

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

AVANCES EN TERAPIAS COGNITIVAS II

Epoca II, Volumen 25 - noviembre 2014

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

99 Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 25, Número 99, Noviembre, 2014 – 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 Gurrola Peña, Universidad

Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna,

Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de

Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortíz, Universidad de Guadalajara,

Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco,

México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar

Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

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

Análitica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna,

Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid,

España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en

Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga,

Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid,

España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

M^a Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid,

España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia,

Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia

Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva,

Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino

Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

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

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

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

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

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Depósito 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.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Director:

director@revistadepsicoterapia.com

Editor:

editor@revistadepsicoterapia.com

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)

Revista de Psicoterapia

C/ Hurtado, 29

08022 - Barcelona

Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

Suscripciones en <http://revistadepsicoterapia.com> o bien rellenado el siguiente

BOLETIN DE SUSCRIPCION y enviándolo a la dirección de la Administración.

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Pais:

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)

Adjunto cheque bancario núm.:

Contrareembolso

VISA

MasterCard



Tarjeta N°:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Precio de la suscripción anual:

Países comunitarios 55 EUR

Países extracomunitarios .. 70 EUR

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará I.R.I.F., S.L., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad:

--	--	--	--

 Oficina:

--	--	--	--

 DC:

--	--

 Cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco/Caja Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

Pais:

Fecha y Firma:



CONTENIDO**Monográfico: Avances en Terapias Cognitivas II**

Adrián Montesano

Editorial

Aproximaciones a la dinámica del cambio: Estructuras y procesos en psicoterapia. Introducción al monográfico 1

Adrián Montesano

**¿Existe la terapia cognitiva?
Una reflexión sobre los modelos de psicoterapia centrados en el trabajo con elementos de conocimiento** 5

Jesús García-Martínez

**La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos:
Un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales.....** 31

Isabel Basto y João Salgado

Cambios en la construcción del sí mismo, estructura cognitiva y sintomatología en mujeres con trastorno distímico en terapia de grupo. Comparación con una muestra no clínica 49

Esmeralda Vegazo Sánchez y Luis Ángel Saúl

Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria 69

Carlota López, Olga Herrero y Luis Botella

**La asimilación de experiencias problemáticas:
El diálogo entre voces en el nivel de Insight** 83

Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz

La revisión del ciclo de experiencia en un caso de fibromialgia 97

Clara Paz, Victoria Compañ y Mari Aguilera

——Artículos de Libre Acceso——

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

Tratamiento del duelo en Salud Mental:	
Una experiencia grupal.....	113
José Manuel Sanz Cruces, Isabel María García Cuenca y Eva Carbajo Álvarez	
Culpa, Reparación y Perdón:	
Implicaciones clínicas y terapéuticas (III)	133
Juan García Haro	
Resultados de un Tratamiento Grupal en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide sobre la Calidad de Vida y el Estado Sintomático	163
Antonia M. Gómez Hinojosa, Lluís Botella García del Cid, Sergi Corbella Santomà, Olga Herrero Esquerdo y Meritxell Pacheco Pérez	
Recensión de libros	181
La reconsolidación de la memoria: Desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia Michał Jasiński	
Entrevista a Manuel Villegas	185
Elia Quiñones Armaza	

CONTENTS

Special Issue: Advances in Cognitive Psychotherapies II

Adrián Montesano

From the Editor

- Approaches to the dynamics of change:
Structures and processes in psychotherapy. Introduction to
the Special Issue** 1

Adrián Montesano

- Does cognitive therapy exist?
A reflection about psychotherapy models focused on working
with knowledge elements.....** 5

Jesús Garcia-Martínez

- Research on the process of change in psychotherapy and the
different therapeutic approaches:
An analysis of cognitive and emotional mechanisms.....** 31

Isabel Basto y João Salgado

- Changes in self construction, cognitive structure and
symptoms in women with dysthymic disorder during group
therapy. Comparison with a non-clinical sample.....** 49

Esmeralda Vegazo Sánchez y Luis Ángel Saúl

- Family dynamics and parental bonding in eating disorders.....** 69

Carlota López, Olga Herrero y Luis Botella

- Assimilation of problematic experiences:
Dialogue between voices in the level of Insight** 83

Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz

- Reviewing the experience cycle in a case of fibromyalgia** 97

Clara Paz, Victoria Compañ y Mari Aguilera

——Open Access Articles——

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

Grief Treatment in Mental Health: A group experience	113
José Manuel Sanz Cruces, Isabel María García Cuenca y Eva Carbajo Álvarez	
Guilt, Repair and Forgiveness: Clinical and therapeutic implications (III)	133
Juan García Haro	
Group treatment in people diagnosed as schizophrenia.....	163
Antonia M. Gómez Hinojosa, Lluís Botella García del Cid, Sergi Corbella Santomà, Olga Herrero Esquerdo y Meritxell Pacheco Pérez	
Review of books:	181
La reconsolidación de la memoria: Desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia Michał Jasiński	
Interview with Manuel Villegas Besora	185
Elia Quiñones Armaza	

EDITORIAL

APROXIMACIONES A LA DINÁMICA DEL CAMBIO: ESTRUCTURAS Y PROCESOS EN PSICOTERAPIA. INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO

APPROACHES TO THE DYNAMICS OF CHANGE: STRUCTURES AND PROCESSES IN PSYCHOTHERAPY. INTRODUCTION TO THE SPECIAL ISSUE

Adrián Montesano

Universidad de Barcelona

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Montesano, A. (2014). Aproximaciones a la dinámica del cambio: Estructuras y procesos en psicoterapia. Introducción al monográfico. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 1-4

Resumen

Este número especial es la segunda y última parte de la recopilación de las contribuciones más significativas del V Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas. Los seis trabajos incluidos en esta segunda entrega exploran diferentes estructuras y procesos que subyacen a la dinámica del cambio en psicoterapia. El lector encontrará tanto revisiones teóricas como artículos empíricos con diseños de grupos y de caso único. En su conjunto configuran una narrativa plural que estimula y desafía el debate sobre los mecanismos involucrados en el proceso de cambio terapéutico y contribuye a incrementar el arsenal técnico de los terapeutas.

Palabras clave: *Terapia Cognitiva, Estructuras cognitivas, Procesos de cambio*

Abstract

This is the second and last installment of the most significant contributions compilation from the V National Cognitive Psychotherapy Conference. The six papers included in this second part explore different structures and processes underlying the dynamics of change in psychotherapy. The reader will find both theoretical reviews and empirical contributions of group and single-case designs. Taken together, they configure a plural narrative that stimulate and challenge the discussion about the mechanisms of change involved in the process of therapeutic change and contribute to the improvement of the therapists' technical repertoire.

Keywords: *Cognitive therapy, Cognitive structures, Change processes*

Fecha de recepción: 25/10/2014. Fecha de aceptación: 26/10/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: adrianmontesano@ub.edu

Dirección postal: Adrián Montesano, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Passeig Vall d'Hebron, 171, 08035, Barcelona. Phone: +34933125118.

© 2014 Revista de Psicoterapia



Este número especial es la segunda entrega de los dos monográficos que hemos dedicado a recoger los trabajos más significativos del V Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas celebrado en Madrid entre el 14 y el 16 de Noviembre del 2013. En el número anterior (Montesano, 2014) ya anunciamos que la dificultad de seleccionar qué artículos formarían parte del monográfico nos llevó a tomar la decisión de dedicar dos números consecutivos a los trabajos presentados. Sólo de esta forma podíamos sentirnos medianamente satisfechos con nuestro intento de captar y trasladar al papel lo acontecido durante el encuentro. Así pues, en esta segunda entrega hemos seguido la misma línea editorial que en el número anterior, a sabiendas de que los trabajos autocríticos y con una visión plural tuvieron el mayor nivel de acogimiento por parte del público asistente. No obstante, para esta segunda entrega hemos reservado aquellos trabajos que de forma especial dan cuenta del proceso terapéutico, los mecanismos y las estructuras implicadas en la dinámica del cambio en psicoterapia.

En efecto, en las últimas décadas el estudio sobre estructuras y procesos ha ganado gran popularidad entre los investigadores, desplazando el interés sobre contenidos específicos, para entender la naturaleza de la construcción del síntoma y la dinámica del cambio en psicoterapia. Parece además que esta tendencia es compartida por los distintos modelos psicoterapéuticos al uso, lo que ha contribuido a consolidar un nuevo estadio en la evaluación del cambio en psicoterapia. El estudio de estructuras y procesos reviste, no obstante, una gran dificultad. Estudiar las estructuras cognitivas, por ejemplo, implica acceder a esquemas implícitos, que en muchas ocasiones no son accesibles ni siquiera para la propia persona evaluada, mientras que estudiar el proceso implica intentar capturar fotografías estáticas sobre el infinito movimiento al que está sometida la experiencia humana. Abordar estructuras y procesos es algo así como querer cazar en el fondo del océano e intentar fotografiar una estrella fugaz, respectivamente. A pesar de ello, algunos investigadores motivados a estudiar la complejidad de la conducta humana, han generado instrumentos y procedimientos que para adentrarse en tan inhóspitos parajes.

Los trabajos incluidos en el monográfico revisan de forma crítica varios de los aspectos cruciales sobre las estructuras (e.g., construcción del self y de los otros, cognitivas, tipo de vinculación familiar, etc.) y los procesos (e.g., asimilación, insight, dinámica familiar, ciclo de la experiencia) relacionados con la dinámica del cambio y la psicoterapia en una variedad de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, conducta alimentaria) incluso funcionales (fibromialgia). En conjunto ofrecen un marco plural para entender distintas facetas del cambio.

En el primero de los textos, el de mayor reflexión teórica (García-Martínez, 2014), el lector se topará con el desafío de resolver la pregunta ¿Existe la terapia cognitiva? La respuesta crítica a esta cuestión se va desarrollando a lo largo de la exposición argumental del autor, en la que revisa el grueso de las psicoterapias ¿cognitivas? pivotando sobre el eje epistemológico de la construcción del conocimiento. Es, sin duda, una revisión excelente del repertorio de psicoterapias

tradicionales y modernas, situándolas en su contexto cultural (desenclave, vaciamiento, sistemas expertos). Esta revisión supone un buen complemento a la ya realizada por Caro (2014) en el número anterior sobre el modelo cognitivo clásico. El artículo va ganando en intensidad a medida que avanza el texto, que finalmente el autor resuelve con una síntesis integrativa a modo de contribución propia a la literatura.

Otra revisión de gran calado es la llevada a cabo por Basto y Salgado (2014) en la que analizan cómo la investigación del proceso de cambio se ha articulado con los modelos teóricos. En su clara y actualizada revisión recopilan la información que trata de dar respuesta a las preguntas: ¿Cuáles son y qué papel tienen los mecanismos de cambio en el proceso terapéutico? ¿Los resultados obtenidos tras una intervención son debidos a los procesos y mecanismos de cambio que supuestamente cada tratamiento promueve? Estas cuestiones son sin duda elementos esenciales para entender cómo funcionan concretamente las psicoterapias y por tanto, para mejorarlas. Los autores realizan una brillante descripción de la investigación sobre el proceso de cambio y los estudios de proceso-resultado, comparando principalmente mecanismos cognitivos y emocionales, aunque sus resultados son extrapolables al estudio de cómo la psicoterapia promueve el cambio en general. Invito al lector a descubrir cuáles son las reflexiones y conclusiones de estos autores y a descubrir cómo desafían la utilidad del modo en que se plantea el estudio de los mecanismos de cambio en la actualidad. De lectura obligatoria.

El tercer texto incluido (Vegazo y Saúl, 2014) en este monográfico es un estudio empírico sobre el cambio tras una psicoterapia de grupo para mujeres con un diagnóstico de distimia. Es un estudio sofisticado que estudia el proceso de cambio a través de la técnica de rejilla teniendo en cuenta variables de construcción del sí mismo y de la estructura cognitiva. Desde la Universidad de Ramon Llull, López, Herrero y Botella (2014) nos brindan con un trabajo sobre la dinámica familiar en los trastornos de la conducta alimentaria. Ya desde las formulaciones clásicas de la terapia familiar el afecto y el control se erigieron como coordenadas esenciales para entender la estructura y la mitología del contexto familiar de este tipo de psicopatología. En el estudio del monográfico se realiza un análisis comparado de dichas variables en los distintos subtipos diagnósticos y se discuten las principales implicaciones para la investigación y la práctica clínica.

Finalmente, el último bloque de estudios del monográfico recoge dos estudios de caso único. En el primero Caro y Pérez (2014) utilizan el modelo de asimilación (Stiles et al., 1990) para analizar el proceso de cambio en un caso de una mujer con un trastorno de ansiedad generalizada. Concretamente, exploran cómo las voces de la paciente (junto con las de la terapeuta) se entrelazan para generar y afianzar el Insight. Es un estudio muy interesante para entender los microprocesos involucrados en la generación de nuevos significados en psicoterapia. Precisamente, en el segundo de los casos presentados (Paz, Compañ y Aguilera; 2014) se presenta un caso basado en la evidencia de psicoterapia para la fibromialgia en el que se describe

paso a paso el proceso de reconstrucción de significados a la luz del ciclo de la experiencia. Estos dos últimos trabajos suponen una contribución esencial no sólo por su capacidad para describir cómo se produce el cambio sino también por su sensibilidad clínica y su aplicabilidad en la práctica diaria de nuestros lectores, tanto clínicos, investigadores como de perfil combinado.

Con estos 6 textos se cierra el especial dedicado al V congreso de psicoterapias Cognitivas. Como editor, quedaría enormemente satisfecho si el lector llegase a disfrutar un tercio de lo que he disfrutado yo con la supervisión de estos trabajos cuyos autores han preparado de forma tan entregada y responsable; pues ello implicaría, sin duda alguna, un notable enriquecimiento profesional.

Referencias bibliográficas

- Basto, I. y Salgado, J. (2014). La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos: Un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 31-47.
- Caro Gabalda, I. (2014). Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 7-24.
- Caro, I. y Pérez-Ruiz, S. (2014). La asimilación de experiencias problemáticas: el diálogo entre voces en el nivel de Insight. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 83-96.
- García-Martínez, J. (2014). ¿Existe la terapia cognitiva? Una reflexión sobre los modelos de psicoterapia centrados en el trabajo con elementos de conocimiento. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 5-30.
- López, C., Herrero, O., Y Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 69-81.
- Montesano, A. (2014). Aportaciones y retos de las terapias cognitivas ante una sociedad cambiante: Introducción al monográfico. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 1-5.
- Paz, C., Compañ, V., Aguilera, M. (2014). La revisión del ciclo de experiencia en un caso de fibromialgia. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 97-112.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F.R., Shapiro, D.A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Vegazo, E. y Saúl, L. A. (2014). Cambios en la construcción del sí mismo, estructura cognitiva y sintomatología en mujeres con trastorno distímico en terapia de grupo. Comparación con una muestra no clínica. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 49-67.

¿EXISTE LA TERAPIA COGNITIVA? UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS MODELOS DE PSICOTERAPIA CENTRADOS EN EL TRABAJO CON ELEMENTOS DE CONOCIMIENTO

DOES COGNITIVE THERAPY EXIST? A REFLECTION ABOUT PSYCHOTHERAPY MODELS FOCUSED ON WORKING WITH KNOWLEDGE ELEMENTS

Jesús García-Martínez

Universidad de Sevilla

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Martínez, J. (2014). ¿Existe la terapia cognitiva? Una reflexión sobre los modelos de psicoterapia centrados en el trabajo con elementos de conocimiento. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 5-30.

Resumen:

En este trabajo se revisan las características de los distintos modelos de terapia que trabajan con elementos cognitivos y del conocimiento, haciendo especial énfasis en las terapias cognitivas típicas y en el constructivismo, aunque se incluyen también modelos relacionados con terapias de modificación del sesgo cognitivo y terapias de tercera generación. Se estudian las características de esos modelos en el marco general de la psicoterapia, atendiendo a criterios de concepción del sujeto, concepción de la terapia, comprensión del problema, criterios de investigación y bases epistemológicas de los modelos. El artículo cierra con una revisión de distintos aspectos de la cognición, su accesibilidad a la conciencia, la diversidad de niveles, su vínculo con la emoción, procesos, estructura, métodos de estudio y su carácter cultural y compartido.

Palabras clave: cognición, constructivismo, terapias cognitivas, epistemología

Abstract:

In this article the characteristics of different models of therapy that work with cognitive and knowledge elements are revisited. Emphasis is focused on standard cognitive therapies as well as in constructivist approaches, but we also included models of cognitive bias modification and third generation therapies. The characteristics of these models are analyzed in the general framework of psychotherapy, attending to the criteria of conception of subject, therapy, and problems, research criteria and epistemological basis. The article ends with a summary related with different aspects of cognition: accessibility to consciousness, levels of cognition, links with emotion, processes, structure, methods of research and its cultural and shared nature.

Keywords: cognition, constructivism, cognitive therapies, epistemology.

Fecha de recepción v1: 01/10/14. Fecha de recepción v2: 17/11/14. Fecha de aceptación: 18/12/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jgm@us.es

Dirección postal: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. C/ Camilo José Cela s/n, 41018 Sevilla (España)

© 2014 Revista de Psicoterapia



1. Una introducción etimológica.

La palabra “*cognitivo/a*” procede del término latino “*cognoscere*”, que significa conocer o interiorizar algo. A su vez, “*cognoscere*” está compuesto por el prefijo flexivo “*co*” y el verbo “*gnoscere*”, lo que implica “llegar a conocer, acceder al conocimiento”. Por tanto, conocer es un proceso de acceso a lo que se conoce. Es importante tener en cuenta la etimología porque su interpretación concreta puede llevar a entender como cognitivas diversas entidades o procedimientos. Para empezar, la terapia cognitiva sería un tipo de terapia relacionada con el modo en que se accede al conocimiento. El problema entonces es cómo se accede al conocimiento. De la respuesta a esta pregunta surgen diversos modos de hacer práctica terapéutica.

2. Tipos de terapia que trabajan con la cognición.

2.1. Las terapias cognitivas típicas.

Las terapias cognitivas típicas son aquellos tipos de intervención terapéutica que están relacionados con la idea central de que la elaboración de la información cumple un gran papel en el modo en que se regula nuestra acción, de manera que la emoción y la conducta están mediadas por la cognición.

Las intervenciones de carácter cognitivo se han transformado con el tiempo en uno de los componentes básicos del conjunto de terapias de orientación cognitivo-conductual, junto con las técnicas y estrategias de basadas en criterios de contingencia en el análisis funcional (puramente conductistas). El elemento central es el propio modelo cognitivo: el supuesto de que es la elaboración mental (el modo en que se representa la realidad) el aspecto básico tanto de la patología como del tratamiento y, por tanto, es a cambiar dicha representación a lo que se dedican los esfuerzos más importantes. En la práctica, la piedra de toque de estos modelos han sido los contenidos, más que la estructura cognitiva.

Los dos modelos básicos dentro de esta orientación son la terapia cognitiva (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Garcia-Martínez, 1994) y la terapia racional-emotiva (Ellis 1962, 1994; Ellis y Dryden, 1989). Aunque no son idénticas, si son semejantes en su formato general, por lo que el análisis se centrará en la terapia cognitiva. Para ambas, el marco de referencia es la psicología del procesamiento de la información, de modo que el malestar, la psicopatología y la psicoterapia están ligados al modo en que filtramos, agrupamos y transformamos la información que nos llega de nuestro entorno. El sentido del mundo dependerá de los contenidos que emerjan como resultado de ese procesamiento. Las técnicas terapéuticas están destinadas prioritariamente a modificar las pautas de procesamiento que se llevan a cabo. La metáfora de referencia es el procesamiento de la información: los buenos o correctos procesadores no tendrán problemas, los malos o erróneos procesadores, sí. La eliminación racional de las implicaciones negativas del procesamiento erróneo de la información supone bien

demostrar que las premisas de las que se parte son falsas, o bien negar la conclusión que se obtiene, para deducir después que la premisa es falsa. Dicho de otro modo, la estrategia es centrarse en comprobar que no hay evidencia que defienda la postura de la que se parte. Su objeto de trabajo son creencias o errores cognitivos, es decir fundamentalmente contenidos del conocimiento que se agrupan en estructuras básicas de conocimiento, llamadas esquemas.

En la que fue su primera exposición del modelo, Beck, (1967) distinguía tres tipos de cogniciones importantes de cara a la patología y la terapia: las *cogniciones automáticas*, los *esquemas* y las *distorsiones cognitivas*. Estos tres tipos de cogniciones se relacionan entre sí en un proceso cognitivo que es responsable de la patología (una vez se ha dado la asociación con las circunstancias vitales estresantes).

Las *cogniciones automáticas* son el nivel más superficial de las cogniciones, pueden ser tanto pensamientos (verbalizaciones) como imágenes que se producen espontáneamente, por lo que pueden no ser reconocidas si no se atiende intencionadamente a ellas. Estas cogniciones automáticas son la manifestación del significado que el paciente da a la situación, y no son una valoración objetiva de esta, sino que hacen una interpretación sesgada de los hechos, produciendo inmediatamente respuestas conductuales y afectivas a la situación. Las respuestas serán desadaptativas si son producidas por un esquema inadecuado para la situación. Cada trastorno se caracteriza por una serie de cogniciones determinadas: la depresión está relacionada con una visión negativa del yo y el mundo, la ansiedad con una percepción del mundo como un lugar amenazante, etc.

Los esquemas son patrones internos estables que representan diversos aspectos de la realidad. Los utilizamos para dar sentido a esta, lo que nos permite convertir los datos en cogniciones (Beck et al., 1979; Garcia-Martínez, 1994). Gracias a ellos etiquetamos, clasificamos y damos sentido a la realidad, vinculando la nueva información a la que ya teníamos. Los esquemas se activan si son relevantes para la situación en la que nos encontramos, las patologías pueden surgir cuando activamos esquemas que no son pertinentes en la situación (como cuando se activa el esquema de peligro dentro de un ascensor). Tienen una estructura jerárquica, de modo que algunos son más centrales que otros. Los esquemas interesantes en terapia son los que tienen contenido autorreferencial, información relevante para el concepto de sí mismo. Siguen los patrones de cualquier otro esquema (saliencia, accesibilidad), pero son siempre egosintónicos, es decir, el sujeto asume que definen su identidad (Beck et al., 1979; Segal, 1988).

Los individuos con patologías ponen en marcha esquemas inadecuados que sesgan la interpretación de los hechos, es decir, dejan de representar la información de forma fidedigna. Los esquemas se desarrollan a lo largo nuestra vida, en función de las experiencias con que nos encontramos, de manera que los individuos con patologías han generado durante toda su existencia una tendencia a aplicar impropriamente determinados esquemas a ciertos hechos. Cada patología estará asociada a la activación de un tipo u otro de esquemas, es decir, a contenidos

cognitivos ligados a diferentes vías de percibir, describir e interpretar el mundo.

Las *distorsiones cognitivas* son el vínculo entre los esquemas disfuncionales y las cogniciones automáticas. Las distorsiones consisten en una serie de errores lógicos que aparecen en las interpretaciones que las personas con patologías hacen de la realidad. Cuando una nueva información, neutra o ambigua, tiene que ser procesada se le aplica un esquema negativo para hacer la situación coherente con el esquema se efectúa una *distorsión* en la manera de evaluar la situación, y esta distorsión se manifiesta en la forma de una *cognición automática*. Mientras que el tipo de esquemas disfuncionales puede ser ilimitado, nos encontramos con que las distorsiones sólo adoptan ciertas formas y con que determinados tipos de distorsiones suelen ser más frecuentes en las personas con determinadas psicopatologías. El trabajo con los distintos tipos de sesgos (sobregeneralización, maximización, minimización, arbitrariedad, polarización, abstracción selectiva, personalización, etc.) es una parte esencial de la terapia cognitiva típica, ya que en la medida que los sesgos sean eliminados y el procesamiento de la información será más real, producirá menos problemas.

El modelo de psicopatología está focalizado en el contenido de las cogniciones, pero defiende la existencia de una interacción continua entre estas, las emociones, las conductas y los estados fisiológicos, por lo que todos estos componentes han de ser atendidos a la hora de conceptualizar el trastorno. Aunque las primeras propuestas de Beck (1976) mantenían que los síntomas de los trastornos psicológicos son el resultado directo de una serie de sesgos cognitivos que causaban directamente todas las manifestaciones del trastorno incluidas las afectivas y conductuales, el papel determinante de las cogniciones se ha ido suavizando a lo largo de la vida del modelo. Actualmente, se defiende un modelo de diátesis-estrés (Beck y Dozois, 2011) para entender la aparición de la patología y se tiende a un modelo cada vez más complejo de entender el trastorno. La clave está en entender que en cada trastorno psicológico subyace un problema concreto de contenido y procesamiento de la información y, por tanto, se producen alteraciones específicas en determinados esquemas. Así, por ejemplo, la depresión estaría causada por una visión negativa de la experiencia, la ansiedad por la atribución de peligro al contexto, la paranoia por un sesgo en la atribución que se hace sobre otros, la obsesión por la hipervigilancia. Cada trastorno tendría su propio esquema cognitivo causante y sus sesgos característicos.

La investigación se ha centrado en el trabajo con los contenidos de los esquemas y en la expansión del modelo a distintos trastornos (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Freeman y Davis, 2003; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck, Rector, Stolar y Grant, 2009).

El modelo plantea que un trastorno queda definido por una serie de sesgos y contenidos cognitivos específicos. Desde la investigación empírica, se construyen escalas para evaluar tanto la sintomatología del trastorno como los sesgos y se evalúa la eficacia del tratamiento mediante ensayos clínicos controlados. Lo que se

espera es que tanto la sintomatología como los sesgos se vean alterados (reducidos) por el tratamiento. El problema es que la vinculación entre sintomatología y procesos cognitivos no siempre es perfecta, lo que implica que los procesos cognitivos de fondo no están bien definidos (problema de validez), su medición no es adecuada (problema de fiabilidad) o que la relación no es tan perfecta como se plantea (problema de conceptualización teórica).

A título de ejemplo se pueden repasar el caso del proceso de rumiación para la depresión. La rumiación se puede definir como la tendencia a centrarse en los problemas y a adoptar una actitud negativa, lo que influye en la desesperanza típica de los depresivos. Se han desarrollado varias escalas para su medida como el Cuestionario de Estilo de Pensamiento Rumiador (RTSQ, Tanner, Voon, Hasking y Martin, 2013) que han probado una adecuada estructura factorial, pero la rumiación no siempre parece estar en la base de la sintomatología depresiva. Así, parece que se asocia al mantenimiento de los síntomas depresivos previos (que ya se daban antes del parto) en mujeres diagnosticadas con el síndrome de la depresión postparto, pero no al inicio de la misma (Barnum, Woody y Gibb, 2013; Müller, Teismann, Havemann; Michalak y Seehagen, 2013), sin embargo sí parece que es un factor que se asocia a altos niveles de depresión bipolar (Stange et al., 2013). Por otro lado, algunos autores han empezado a plantear que la perseveración o pensamiento repetitivo negativo sería un factor común a varios diagnósticos (depresión y ansiedad, entre ellos), algo que no estaba contemplado en el modelo inicial o incluso que sesgos atribuidos a un trastorno pueden cumplir también un papel causal en otro. Trabajando con un modelo de ecuaciones estructurales con cuatro componentes explicativos (la preocupación para la ansiedad, la focalización y la reflexión –dos componentes de la rumiación– y una medida conjunta para ambos diagnósticos llamada pensamiento repetitivo negativo) se encontró que el pensamiento repetitivo negativo es un mediador de la relación entre afectos negativos y ansiedad, mientras que la rumiación es un mediador de la relación entre afectivos negativos tanto en la ansiedad como en la depresión (McEvoy y Brans, 2013).

Hay que tener en cuenta que las técnicas de la terapia cognitiva típica no están siempre basadas en la investigación de la psicología cognitiva experimental y se han centrado fundamentalmente en el trabajo con los contenidos y apenas en los procesos y en la estructura (Vázquez y Cameron, 1997). Los estudios sobre el modo en que se procesa y las características estructurales de la cognición pueden aportar mucha información sobre cómo aplicar las terapias. Desde la perspectiva de los constructos personales se hace mucho énfasis en el trabajo con componentes estructurales (Feixas y Cornejo, 2002), pero algunos de los indicadores usados no están resultando operativos y hay pocos trabajos que vinculen sistemáticamente valores estructurales con determinados trastornos.

Por otro lado, muchas de las técnicas que se usan en terapia cognitiva típica (y en toda terapia, hay que decirlo) tienden a ser producto de la experiencia clínica

como tal y se usan por su utilidad, aún sin una base teórica sólida. Se plantean hipótesis sobre las razones de su eficacia a partir de un modelo teórico, pero estas no siempre se contrastan después en investigación de tipo experimental. Este es un proceso típico de todas las tecnologías en las que la práctica tiende a preceder a la fundamentación experimental (Toro, 2104). En el caso de las terapias cognitivas, muchas de las técnicas tienen importantes componentes conductuales o incluso de la práctica humanista del trabajo con la emoción (García-Martínez, 1994; Beck et al. 1979).

2. 2. Terapias de modificación del sesgo cognitivo.

Dado que el vínculo entre procesos cognitivos subyacentes y técnicas de terapia cognitivas dista de estar confirmado, se han propuesto nuevos modelos de terapia cognitiva que intentan basarse fundamentalmente en los resultados experimentales sobre los procesos cognitivos subyacentes. Lo que hacen es centrarse en el proceso entrenándolo a través de tareas computerizadas en las que está presente un sesgo atencional concreto. Se asume que este entrenamiento activa determinadas áreas del córtex cerebral y que esto logra que el sesgo se reduzca y desaparezca; dado que es el sesgo lo que causa el problema, este debe remitir (Siegle, Ghinasi y Thase, 2007).

Esta variación de la terapia cognitiva se conoce como terapias de modificación del sesgo cognitivo y se centran en tres aspectos: el entrenamiento atencional (discriminar bien la información), la modificación del sesgo cognitivo (alterar el proceso “anómalo” subyacente) y modificar la interpretación del resultado. En definitiva, lo mismo que pretende el modelo típico de la terapia cognitiva típica (valga la redundancia), pero con una mayor base en la psicología cognitiva experimental (Mobini, Reynolds y McKintosh, 2013; Vassiloupolos y Moberdy, 2013) usando tareas de respuesta a estímulos. El objetivo de estos modelos es precisamente trabajar los procesos cognitivos subyacentes, los hace operativos a través de procedimientos de procesamiento de la información muy concretos y la lógica explicativa es neurocientífica, es la activación o desactivación de un proceso de elaboración de información en el cerebro lo que va a determinar el cambio. Su pretensión es, además, conseguir cambios en el síndrome sin usar ningún tipo de tratamiento psicofarmacológico (un tratamiento psicológico puro). En este sentido, se trataría de un tratamiento estrictamente psicológico, cosa que en la terapia cognitiva típica no está tan presente, pues no son raros los tratamientos combinados.

Los resultados obtenidos con las terapias de modificación de sesgo son ambiguos, algunos trabajos indican que hay buenos resultados en la variación de la sintomatología afectiva (Calkins y Otto, 2013, con pacientes con trastorno obsesivo; Siegle et al, 2007; con depresión), pero otros estudios indican que la intervención es difícilmente generalizable y que aunque se producen cambios en los procesos de sesgo, estos no revierten necesariamente en los síntomas (Hertel y Mathews, 2011).

2.3. Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación.

Un último conjunto de modelos que se puede relacionar con las terapias cognitivas, son las llamadas terapias de tercera generación (Pérez-Álvarez, 2005). Se trata de modelos terapéuticos que prestan más atención al aspecto motivacional y sensorial que al cognitivo. Están más cercanos a la terapia de conducta original, ya que se centran en el cambio (aprendizaje, contingencia) y en las condiciones estimulatorias (sensaciones) y no tanto en los procesos mediadores (cognición, contenido cognitivo). Su fundamento teórico es el conductismo radical, pero adoptan una posición técnica mucho más flexible que la terapia de conducta original.

La conceptualización del problema es de tipo contextual y entienden que el lenguaje es el medio a través del cual se regulan las contingencias en la vida diaria. El lenguaje es un campo de contingencias en el que se usan muchísimas reglas de condicionamiento que afectan a la vida humana, de hecho casi toda la acción social del ser humano se canaliza a través del lenguaje. El lenguaje será el campo de trabajo y en la medida en que el lenguaje es conocimiento, hacen un trabajo cognitivo. Pero esta asunción cognitiva no es admitida por los partidarios de las terapias contextuales de tercera generación, ya que para ellos el lenguaje es un contexto donde vive el individuo y las relaciones con los contextos son siempre de tipo contingente (es decir, relaciones variables con un ambiente). La cognición es vista desde estos modelos como un elemento interno, mientras que el lenguaje es una contingencia. Como se puede ver, es una interpretación basada en un juego lingüístico y si es un juego lingüístico, se puede entender que es cognitivo, en tanto que el lenguaje es un componente de la cognición.

Existen un amplio abanico de estas terapias: terapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 2008), terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl, y Wilson 1999; Wilson y Luciano, 2002); terapia de activación conductual (Jacobson, 1987; Dimidjian et al., 2006); terapia Dialéctica-Conductual (Linehan, 1993) y diversas formas de adaptación de la meditación de origen budista a procesos terapéuticos (Miró, 2006; Segal, Williams, y Teasdale, 2002). El origen del movimiento arranca de la comprobación de que los componentes activos (lo más conductuales) de la terapia cognitiva parecen ser más eficaces que el resto (Jacobson, Dodson, Truax, Addis & Koerner, 1996) y de la necesidad de buscar modelos puramente psicológicos (puramente conductuales, en realidad), desde el punto de vista metodológico, para explicar el malestar humano. En este sentido se acercan a las terapias de modificación del sesgo cognitivo, es necesario contar con una explicación psicológica del trastorno, ya que en otro caso no tendría sentido una terapia psicológica.

Todos estos modelos terapéuticos tienen en común una serie de aspectos: a) buscan un modelo no médico del trastorno que permita explicarlo funcionalmente; b) ese modelo tiende a ser general y aplicable a muchos trastornos: síndrome general de evitación (Luciano y Wilson, 2002); síndrome general de hiperreflexividad

(Pérez-Álvarez, 2008); c) el contexto en que se producen los trastornos es claramente verbal, de modo que es el uso del lenguaje el que va a permitir el cambio de conducta y la regulación de las contingencias, asumiendo así que el ser humano es básicamente verbal y cultural; d) el modelo explicativo es conductual antes que cognitivo; e) el modelo de constatación de resultados es claramente experimental y parte de los modelos funcionales generales que explican psicológicamente el malestar; f) técnicamente son bastante eclécticos y muchas de las formas de intervención (especialmente en terapia de aceptación y compromiso), toman elementos de la terapia cognitiva típica, de la terapia gestalt, de la terapia narrativa y hacen un uso intensivo de la metáfora.

En estas terapias la cognición se vive como un problema o como la causa del problema. Los pensamientos van ligando unas afirmaciones con otras, de manera que generan un contexto lingüístico en el que se llega a hacer caso a la orden verbal más que a las contingencias que se derivan de la situación. Los pensamientos no reflejan necesariamente la situación en la que el sujeto se haya, sino que representan sólo la simbolización o la relación de contingencias lingüísticas que el sujeto ha generado a partir de su aprendizaje social previo. Dado que no representan la realidad del mundo, sino sólo el modo en que el sujeto lo conoce, deben ser tomados con mucha precaución, lo que implica que es necesario descentrarse del contenido de las cogniciones y de los pensamientos (Miró, 2006) y comprobar cómo funcionan las verbalizaciones que llevan a generalizaciones de la conducta (Luciano y Wilson, 2002) en diversos contextos. En cierta medida, es una afirmación semejante a la que propone Korzybski (1933) “*el mapa no es el territorio*”, pero la explicación que se da es puramente funcional y contingente.

Las estrategias terapéuticas parten de asumir el malestar: la situación es la que es y como tal no va a cambiar. El cambio supone introducir una modificación en lo que se hace, por tanto hay que centrarse en movimientos y acciones que suponen llevar a cabo una conducta diferente. Como en todo modelo conductista, la motivación (la contingencia) es la fuente de toda transformación. Esa transformación adopta la forma de objetivos o valores personales que deben ser conseguidos a través de acciones. En definitiva, la intencionalidad y la búsqueda de metas se transforman en el medio para conseguir el cambio.

Estos modelos plantean un modelo activo e intencional del ser humano, dibujan un sujeto menos pasivo que el conductismo original, pero su interacción con la realidad es contingente, no representativa, constructivista o cognitiva. La cognición no es una representación del mundo, sino una conducta más. El objetivo no es que la persona vea el mundo de una manera más precisa, sino que cambie (Caro, 2003b). El significado profundo de las cogniciones tampoco es tenido en cuenta en estos modelos, ya que los significados (profundos o no) no son fiables, lo importante son las reglas verbales de regulación de contingencias. En definitiva, se trata de terapias que usan el lenguaje y trabajan con el lenguaje, pero no son cognitivas en el sentido de centrarse en las operaciones o significados mentales. No

obstante, han supuesto un gran avance en la técnica y la práctica clínica.

2.4. Los modelos constructivistas y narrativos.

Aunque el auge de los modelos constructivistas se produjo a partir de finales de la década de 1980 (coincidiendo en el tiempo con la difusión de las terapias de tercera generación), su origen es mucho más antiguo; puede rastrearse en las aportaciones de Korszyski (1933) y continuarse con la escuela de constructos personales (Kelly, 1955), de manera que su origen estaría en los trabajos más pioneros sobre comunicación y en la primera eclosión de los enfoques cognitivos en psicología en la década de 1950, que coincidió con el desarrollo de las terapias humanistas (García-Martínez, 1998).

Pero la gran difusión de estas escuelas se da a finales del siglo XX con la aparición y consolidación de la terapia constructivista (Mahoney, 1991; 2003), la terapia cognitiva post-racionalista (Archiero, 2013; Balbi, 2005; Guidano, 1994), la terapia cognitivo-narrativa (Gonçalves, 2002), la terapia narrativa (White, 2007; White y Epston, 1990), las prácticas terapéuticas basadas en los modelos del construccionismo social (Gergen, 2005; 2006; McNamee y Gergen, 1996), los formatos de terapia dialógica (Hermans y Hermans-Jensen, 1996; Hermans y DiMaggio, 2004), contando además con el desarrollo de escuelas que continúan el modelo de constructos personales (Feixas y Villegas, 2002; Neimeyer, 2013; Neimeyer y Raskin, 2000; Winter, 1994) y las técnicas derivadas del planteamiento de la semántica general (Caro y Schurchardt-Read, 2003). La expansión de las terapias constructivistas coincide con la del pensamiento postmoderno, es decir, con la de la forma cultural propia del capitalismo reciente (Giddens, 1995).

Las características de la postmodernidad como forma cultural implican una defensa del pluralismo y la diversidad y la asunción de que toda fuente de referencia es sesgada y, por tanto, no objetiva. Según Caro (1997) sus características epistémicas son: a) la ausencia de base epistemológica fuerte (es decir, no hay una teoría general a seguir), b) la fragmentación del conocimiento, c) el constructivismo o creación de conocimiento desde esquemas previos y d) el neopragmatismo o utilitarismo. En definitiva es el observador el que determina el objeto conocido y el cambio dependerá del alcance pragmático que se busque, de la utilidad y no de la razón.

Las características de las terapias constructivistas ya han sido discutidas en muchos otros trabajos (Caro, 1997, 2003a; Feixas y Villegas, 2002; García-Martínez, 2012; Neimeyer, 2013). A diferencia de las terapias cognitivas típicas y de las terapias de tercera generación cuya base filosófica está en la tradición racionalista (las primeras) o en el funcionalismo (la segunda), las terapias narrativas se asientan en un relativismo de tipo constructivista y, por ello, tienen un marcado tinte fenomenológico: es la construcción que hace el sujeto lo que da sentido al conocimiento. Feixas y Villegas (2002) afirman que están más próximas a la epistemología que a la ontología en su nivel de explicación, así que el énfasis está en el proceso de construir conocimiento, más que en el contenido del conocimiento mismo.

Se puede decir que las características del constructivismo terapéutico serían: a) el trabajo es conjunto y cooperativo, ya que no cabe intervención objetiva experta; b) hay que asumir una posición de ingenuidad, ya que el experto en su vida es el cliente y no se puede subsumirlo en categorías previas; c) el problema se entiende bien como una solución, es decir, como parte de la vivencia de la persona no como un lastre o deficiencia; o bien se entiende como algo ajeno a la persona; el peso de la cuestión no es el problema, sino la solución, hasta qué punto esa vivencia sigue siendo útil; d) la realidad se construye cooperativamente en el discurso social; e) la realidad se construye a través del lenguaje y la comunicación; f) las realidades se mantienen a través de las historias que narran las secuencias de hechos socialmente sancionados y asumidos como ciertos; g) no hay verdades esenciales, todo es una construcción (Feixas y Villegas, 2002; Freedman y Combs, 1996; Rodríguez Vega, 2001).

El constructivismo, a su vez, tiene dos grandes orientaciones, una es de carácter más individualista o “yoico” y que está basada en asunciones de la biología cognitiva. Los procedimientos de construcción del significado son básicamente individuales, es decir, radican en procesos inherentes a los sujetos. El sujeto está en contacto con su entorno, pero aporta significado a las situaciones a partir de sus estructuras previas de conocimiento de carácter personal. Esta perspectiva se basa en que existen una serie de estructuras implícitas que dirigen los procesos de conocimiento y en la proactividad de los sujetos (son ellos quienes conocen el mundo a través de esas estructuras implícitas y no es la influencia del mundo lo que las genera), todos los cambios posteriormente deben ser compatibles con dichas estructuras. En este modelo la concepción de la identidad es la de un núcleo que está en continua reestructuración pero en las que los cambios posibles dependen de condiciones previas o iniciales en el sistema (Maturana y Varela, 1990). La búsqueda de coherencia a través de los cambios en la identidad es algo básico en las estrategias terapéuticas que parten de estos modelos. Este modelo se conoce como constructivismo cognitivo.

En el constructivismo cognitivo, hay todavía un núcleo agente, una especie de *yo* que básicamente consiste en las estructuras implícitas de regulación del conocimiento. A partir de ese núcleo básico se elabora la identidad de la persona, pero está no se entiende como un cuerpo de propiedades esenciales, sino que es visto como un producto provisional generado por las interacciones entre las estructuras implícitas de conocimiento y el entorno, la identidad es un producto narrativo y como tal puede adoptar múltiples formatos y contenidos. La identidad siempre está en continua reorganización y puede adoptar distintas posiciones que se contrapongan entre sí.

La otra orientación tiene una base social y considera que los significados son contruidos básicamente en entornos relacionales, el conocimiento es de naturaleza interactiva y relacional. A esta segunda orientación se le denomina construccionismo. En este sentido, el construccionismo mantiene una actitud crítica hacia los valores

o normas sociales, ya que los considera un producto social más. Son esas normas las que nos hacen ver el mundo a través de ellas y, por tanto, son las que deberán ser transformadas en el curso de la terapia. Al construccionismo le interesan sobre todo los problemas vistos desde una perspectiva de interacción y la discriminación social, así que los temas relacionados con el control, el poder y la marginación son más relevantes que los vinculados con la coherencia personal. La identidad no está en absoluto definida, ni depende de procesos implícitos de regulación del conocimiento, depende estrictamente del contexto social y es un mero producto de la conversación entre partes.

La conversación es la forma básica de co-creación de un texto y desde esta perspectiva todo significado es creado en la interacción. La conversación se expande atendiendo al contexto inicial y a los criterios de poder-sumisión que hay en ese contexto inicial. Después se atiende a las limitaciones del discurso, incluyendo en el mismo aquello no mencionado u omitido. Por último, se atiende al criterio de ingenuidad, sin usar categorías previas.

El grupo de orientación constructivista cognitiva asume también estos principios en su práctica terapéutica, pero lo cierto es que le da una importancia menor al primer punto (expansión del contexto inicial) y se centra en organizar la narrativa en torno a los significados básicos de la persona, buscando una nueva alternativa viable y aceptable por el cliente. Lo que le interesa es que el desarrollo narrativo de la persona continúe más allá de los bloqueos, incoherencias y omisiones que se encuentran en la narrativa original de la persona, se busca que el nuevo texto describa mejor la experiencia personal tanto desde la perspectiva del cliente como desde la perspectiva de las interacciones de éste con su medio. En definitiva busca la creación de una mayor coherencia entre todas las alternativas que se le dan al individuo, intentando elaborar una nueva narrativa en la que los significados fundamentales de la personalidad se preserven, pero construyendo esta de una forma más atenta a los aspectos previamente no atendidos (Neimeyer, 2000). De un modo u otro, la narrativa se convierte en el núcleo fundamental de toda terapia constructivista; es más, Fernández Liria (2001) indica que las narrativas son un concepto de integración en toda psicoterapia ya que es inevitable trabajar con el discurso del cliente, con su propia perspectiva y que toda terapia consiste en encontrar alternativas viables para este.

3. Los condicionantes de (toda) psicoterapia.

La psicoterapia es una actividad relacionada con la salud mental que ocupa a miles de profesionales en todo el mundo y que mueve anualmente decenas de millones de euros, tanto en asistencia directa a clientes como en formación. A pesar de su clara entidad profesional y económica, carece de una definición consensuada, si bien hay un acuerdo acerca de sus características básicas (Feixas y Miró, 1993; Garrido, 1994; Pi, sin fecha). Entre sus elementos básicos está su base científica, su naturaleza psicológica, la búsqueda de cambios en la salud y la conducta, y la

integración de la identidad de las personas, así como su naturaleza eminentemente relacional (Rogers, 1961).

La base científica la aleja de prácticas de ayuda informales o con una clara base ideológica o cultural (el consejo religioso, las prácticas chamánicas, los formatos de ayuda que parten de supuestos basados en el alma y la transmigración, las redes de ayuda informales).

Su naturaleza psicológica implica que las técnicas y los procesos que se ponen en marcha han de estar centrados en al menos un componente de naturaleza conductual, cognitiva, emocional, volitiva, motivacional, relacional o comunicativa, diferenciándose así de los formatos sanitarios de ayuda de tipo médico (bioquímico, farmacológico, quirúrgico, físico, genético) o puramente social (cambios en infraestructuras, ayudas públicas y privadas, reestructuración social, intervenciones de carácter político o socio-político). Hay que tener en cuenta que la naturaleza psicológica es lo suficiente amplia como para crear mucha diversidad teórica.

Si bien hay un consenso acerca de que la historia de la psicoterapia empieza, de manera formal, con el psicoanálisis freudiano, el devenir histórico de la psicoterapia se configura de manera diferente según distintos autores. Esto constituye diversas narrativas (diversas perspectivas) sobre la psicoterapia que, básicamente, se organizan en torno a dos tipos de relatos (a dos tipos de criterios). Uno es el que marca el énfasis del problema en el aspecto científico, que pasa a ser *cientificista* en tanto que opta por cargar todo tipo de argumentación en este aspecto; el otro es el que se centra en los procesos de relación y en la perspectiva del cliente, con un marcado carácter *fenomenológico*, al menos en su manera de operar, y que se puede definir como *constructivista*, en tanto que opta por cargar la argumentación en el modo en que se elabora la realidad. En términos generales cualquier forma de terapia cabría en uno de estos dos extremos.

Habitualmente, la historiografía de la psicoterapia ha asumido una posición multiparadigmática de la disciplina, en términos de la epistemología de la ciencia de Khun (1962) y, por tanto, ha descrito las ventajas e inconvenientes de distintos modelos terapéuticos (Feixas y Miró, 1993; Rojí, 1997), con independencia de que un autor concreto se decante siempre por uno de ellos en particular. Las diferencias entre modelos se fundamentan en el elemento psicológico que constituye el foco central de la terapia (Garrido y García-Martínez, 1998). Desde este punto de vista, la proliferación de modelos es enorme y aumenta cada vez más, de manera que metafóricamente la psicoterapia es un “*jardín con múltiples especies*”. La tendencia es agrupar los cientos de modelos en cuatro o cinco escuelas (conductual-cognitiva, psicodinámica, experiencial, existencial, sistémica, constructivista) a partir de una serie de criterios que combinan, por un lado, el enfoque epistemológico de la escuela y, por otro, los elementos psicológicos críticos en los que basa el modelo de personalidad y de intervención que subyace al modelo (Botella, 1986; Fierro, 1994). El momento de esplendor de cada escuela a lo largo del periodo 1880-2014, que comprende todo el recorrido histórico de la psicoterapia, ha ido variando y en la

actualidad es difícil afirmar qué escuela cuenta con más vigor, porque los criterios a usar son, a su vez, múltiples (número de profesionales que la practican, eficacia de sus prácticas, número de grupos de formación, número de publicaciones, etc.). De cara al propósito de este artículo, se puede percibir que *al menos* dos de las grandes escuelas citadas (conductual-cognitiva y constructivista) tienen componentes cognitivos.

Esta dicotomía encaja, a su vez, con los dos relatos mencionados anteriormente, el científico y el constructivista. Estos dos grandes enfoques se relacionan, además, con otra manera de entender la historia de la psicoterapia, la de la evolución de los formatos de comprobación de su eficacia y la de los modelos de investigación en psicoterapia. En un primer momento, la psicoterapia se constituye como técnica de intervención, pero la comprobación de su eficacia no se pone en marcha hasta un periodo relativamente tardío. Aunque se asume que los primeros estudios sobre la eficacia tienen que ver con el contraste terapias dinámicas-terapias de conducta (Eysenck, 1952), lo cierto es que muchos de los primeros estudios sistemáticos sobre eficacia de la psicoterapia se deben a la tradición humanista de Rogers, incluso en su expresión cuantitativa (Elliott, 2002; Rogers y Dymond, 1954).

El proceso de estudio de la eficacia de la psicoterapia se hace cada vez más necesario en la medida en que en la psicoterapia en particular (y en las sociedad contemporánea en general) llega a un momento en el que los criterios de utilidad-practicidad se convierten en un elemento esencial de los criterios de valoración social (lo importante no es tanto que algo sea cierto o asumible, sino que sea útil y que esa utilidad pueda ser constatada). En psicoterapia el proceso de probar la utilidad se manifiesta en dos tradiciones distintas, ambas han tenido un desarrollo exponencial a partir de la década de 1990.

La primera, conocida como tratamientos empíricamente validados, está centrada en la comprobación experimental de la eficacia a partir de criterios muy rigurosos de control experimental (Chambless y Ollendick, 2001; Kazdin, 1986; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Levant, 2004). Su piedra de toque es la eficacia, es decir, la comprobación de la utilidad en contextos controlados a partir de criterios de racionalidad científica, grupos control y comparaciones entre tratamientos. En esta tradición se trata de emular el modelo médico definiendo de forma precisa un trastorno y encontrando una cura/solución para el mismo mediante diseños controlados y comparativos de tratamiento. El foco es el problema, no el individuo; lo que se busca es la técnica que remedie el trastorno.

La otra tradición, la de la práctica basada en la evidencia, está más centrada en la investigación de procesos y en la efectividad, es decir, el impacto de una práctica útil en un contexto habitual (Landfield, 1992; 2013; Norcross, 2002; Norcross, Beutler y Levant, 2009). El foco es más la interacción con el individuo y los procesos de cambio que resultan útiles, sin tener tan presente el diagnóstico con el que se etiqueta al cliente. La investigación asume también criterios cualitativos y de cambio global, no sólo de tipo sintomático.

Curiosamente, las dos escuelas cognitivas se alinean cada una de ellas con estas dos diferentes tradiciones de comprobar la utilidad, la cientifista con los tratamientos empíricamente validados y la constructivista con la práctica basada en la evidencia.

El problema es situar a las terapias cognitivas en estos diferentes modelos históricos y conceptuales. En general, se mantiene una idea de que las terapias que se han autodenominado cognitivas pertenecen al tronco experimental-cientifista y que, por tanto, su deriva histórica se situaría en este modelo y dentro de la línea de tratamientos empíricamente validados en cuanto a investigación. Pero, parece que hay otra tradición que no encajaría del todo en este modelo y que se acerca más a la propuesta constructivista y de procesos. El encaje dependerá de una serie de criterios que tienen que ver con cómo se concretan en cada caso distintos elementos de la psicoterapia.

En la actualidad, algunos autores presentan un modelo de evolución histórica de las terapias cognitivas que sigue únicamente la tradición experimentalista y plantean una microhistoria en tres fases, la terapia de conducta, la terapia cognitivo-conductual y los modelos centrados en marcos contextuales (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006; Miró, 2006; Pérez-Álvarez, 2006). Otros sin embargo, siguen una historiografía más compleja e incluyen también los modelos de tipo constructivista y narrativo (Caro, 2003a, b; Semerari, 2002).

Para entender la complejidad de la situación (cómo es posible que haya dos tradiciones distintas de trabajo terapéutico con el conocimiento) es necesario atender, al menos, a los siguientes elementos: la caracterización del sujeto psicológico, la relación terapéutica y la concepción del problema o trastorno. A estos hay que añadir otro componente que, como tal, es externo a la definición de psicoterapia, pero que la engloba: el marco cultural en el que se definen el trastorno y la propia psicoterapia. Sin responder a la naturaleza de estos elementos es difícil determinar qué es una terapia cognitiva o si hay varias formas de entender qué es una terapia cognitiva.

En psicoterapia, en particular, y en psicología, en general, es difícil, incluso inadecuado, hablar de enfermedad, en el sentido de una alteración con etiología clara y base normalmente biológica o exógena, de ahí que en psicopatología se hable más de trastornos o de síndromes que de enfermedades. No obstante, es posible concebir una serie de factores causales, predisponentes o facilitadores que, en combinación entre ellos o con determinados estresores sociales o psico-sociales, desarrollan o generan el trastorno. Si la etiología es básicamente independiente del sujeto, es posible pensar en un tipo de tratamiento que elimine la causa o, al menos, modifique esencialmente los problemas producidos por esta con una mínima intervención del cliente en este proceso. Si este fuera el caso, el problema de la intervención sería básicamente el de la adherencia al tratamiento (tomar la medicación cuándo y cómo proceda y en la dosis prescritas, ejercitarse en los periodos e intensidad aconsejados, acudir a las citas para la dosificación del tratamiento,

aprender a usar las técnicas que se le enseñen). Se trata fundamentalmente de un modelo de déficit, la recuperación se produce a partir de la enseñanza o de la corrección, pero desde una perspectiva fundamentalmente pasiva. El sujeto es “enseñado” a partir de técnicas que son adecuadas por criterios de maestría “objetiva” que le son ajenos y que domina el terapeuta.

Pero si la etiología no es básicamente independiente del sujeto, entonces el trastorno es algo de lo que el propio sujeto es agente, redefinir o cambiar el trastorno implicara básicamente cambiar el modo en que el sujeto se dirige a sí mismo y habrá que concebir la problemática psicológica como un proceso que el individuo usa para dar sentido a su propia experiencia. Desde esta perspectiva, la etiología es básicamente subjetiva, se relaciona con como el sujeto ve el mundo y, por tanto, tiene un carácter más epistemológico, el problema no es tanto el contexto ontológico, “real”, sino el modo de apreciarlo. En definitiva el problema del tipo de sujeto está íntimamente imbricado con el tipo de etiología, el sujeto activo tiene un papel agente en el modo en que se gestiona y, por tanto, en cómo sufre, si es el caso. El sujeto pasivo es objeto de enfermedad, ya que la causa le es ajena. Pero en el caso de los tratamientos psicológicos, la causa del problema nunca es estrictamente separable del individuo o de su relación con el mundo, lo que supone que la persona va a tener siempre un cierto papel activo en el desarrollo del trastorno.

La cuestión de definir al cliente como sujeto activo o pasivo, no sólo se relaciona con la naturaleza del problema, sino también con el papel que se le asigna al cliente en la toma de decisiones respecto a la intervención y el grado en que éste adopta un papel de experto sobre sus propios procesos. Esto ha venido siendo un aspecto que ha dividido las distintas psicoterapias en dos grandes facciones, aquellas que han asumido un papel experto del cliente de modo que éste negocia, participa y co-crea tanto la intervención como su propio sistema y las que le asignan un papel pasivo en el que la intervención técnica del terapeuta es sustancial. Casi ningún modelo asume directamente un papel totalmente pasivo del cliente (lo que lo acercaría a una suerte de medicina desde el punto de vista de que la técnica lo es todo para reparar o curar el problema), pero en la medida de que el modelo es fundamentalmente de déficit o de enseñanza al cliente y en la medida en que se asume que la técnica es fundamental para la recuperación, esta perspectiva está más vigente. Las terapias cognitivas típicas han ido moviéndose dentro de este modelo de pasividad aunque con matices, asumiendo en parte un papel activo, pero centrándose en la importancia del procedimiento de aplicación de la técnica como forma de intervención. En definitiva, el aspecto relacionado con el sujeto se concreta en una concepción activa del sujeto, es creador o co-creador de su propia visión del mundo y por tanto es un sujeto agente o bien es básicamente el objeto de intervención, con lo cual el sujeto psicológico deviene más un objeto de trabajo para el terapeuta. Sin ser tan radicales, la primera opción permite la autodefinición del sujeto y en la otra el sujeto viene definido por una serie de características que pueden ser conocidas con independencia de éste.

El tema del sujeto lleva directamente a la cuestión de la relación terapéutica. En general, hay un acuerdo en que la relación terapéutica es fundamental para el buen desarrollo de la terapia (Cormier y Cormier, 1994; Rogers, 1961) y la relación terapéutica aparece como uno de los factores que mejor explica el éxito terapéutico (Corbella y Botella, 2004; Lambert, 1992; 2013). Incluso entre los autores que defienden una primacía del aspecto técnico de la terapia, la relación es un componente básico del entrenamiento terapéutico (Wilson y Luciano, 2002).

No obstante, hay una tendencia a que los modelos terapéuticos que asignan un papel primordial al papel activo y de experto del sujeto a dar una gran importancia a la relación, puesto que es en ésta dónde los procesos de creación y negociación van a tener lugar. Los tipos de psicoterapia que priman la técnica y que otorgan un papel más pasivo al cliente, tienden a minimizar el papel de la relación.

A su vez, esto influye en la definición del problema del que debe ocuparse la psicoterapia. Por un lado, se puede vivir como un proceso, como una forma de hacer frente a lo insoslayable de la “*realidad*” que se vive y de dar sentido a la propia experiencia (Kelly, 1955; Mahoney, 1991). En este sentido el proceso de sufrimiento es sobre todo una forma de vivir y construir la realidad, no habría un déficit como tal que debe ser corregido, aunque luego en la práctica operativa se ayude al cliente en la modificación de determinadas creencias o actitudes. En el otro modelo, lo insoslayable de la “*realidad*” del cliente es el producto directo de alguna clase de déficit o insuficiencia y la técnica psicológica debe cambiarlo o eliminarlo (Beck et al, 1979). En estos casos, el proceso terapéutico se acerca más a un proceso de cura que a un proceso de construcción de significado. Obviamente, un modelo terapéutico concreto está en algún punto entre estos dos polos, pero siempre se encuentra más cercano a uno de ellos.

La cultura, por último, nos sirve para definir el propio ejercicio de la psicoterapia. De hecho la psicoterapia es un producto de una cultura muy concreta, la sociedad liberal capitalista con alto desarrollo tecnológico. No habría psicoterapia si no existiera este marco cultural. La sociedad liberal capitalista se define por estas características (Giddens, 1995): a) la industrialización de los procesos de producción; b) la mercantilización de toda actividad, c) una estructura social muy compleja, que requiere de sistemas especializados de producción, seguimiento y control de actividades (los sistemas expertos), d) la ruptura con la tradición o vaciamiento espacio-temporal, de modo que no hay criterios fijos de qué hacer y cuándo; e) el desenclave social o falta de conexión entre origen y marcadores de identidad, ya que el criterio fundamental es el éxito económico; f) un alto nivel de reflexividad o replanteamiento continuo de toda acción. A esto hay que añadir un marcado individualismo, de manera que el sujeto se concibe como responsable de toda acción y como protagonista de su propia experiencia (Triandis, 2001), de forma que cada sujeto se percibe como responsable de su propia posición vital, más allá de ocupaciones o ritmos estereotipados (vaciamiento) y de las conexiones con el origen de la persona (desenclave). Este tipo de sociedades requieren intervenciones

centradas en los individuos y, por tanto, en los principios psicológicos de la subjetividad. En este sentido, la psicoterapia es, en términos puramente construccionistas, un tipo de conversación sobre el cambio y el ajuste psicológicos típica de nuestro contexto social, basado en la acción sobre el individuo. Desde esta perspectiva, es un tipo de práctica conversacional. En este sentido cabe preguntarse si son posibles formas de terapia que no centren el énfasis el individualismo y en las prácticas expertas. Y si es posible, ¿entonces estas formas de terapia, serían cognitivas?

En las sociedades del capitalismo en general, y en las del capitalismo reciente¹ en particular, no es posible que cada individuo sea socialmente autosuficiente, su actividad se restringe a un área en la que es experto. La propia sociedad es demasiado compleja como para que un individuo pueda gestionar toda su actividad social, cada vez se precisa de la participación de otros que son expertos en su propio campo y que, además, tienden a dificultar el acceso a los conocimientos y herramientas de su área de experiencia. Surgen así organizaciones y sistemas sociales que se encargan de gestionar diversos ámbitos de la experiencia (sanidad, educación, cultura, software, fontanería, producción de alimentos, diversión...). Se crean lo que se llaman *sistemas expertos*, que son agrupamientos sociales que se ocupan de una actividad que cada vez se especializa más, de manera que se crean élites que son imprescindibles para el desarrollo de una tarea completa. El grado de complejidad social llega al punto de que para desarrollar una sola tarea han de intervenir varios sistemas expertos. La psicoterapia es uno de estos sistemas expertos.

Los sistemas expertos son colectividades de base tecnológica, se dedican a resolver problemas, su ámbito está relacionado más con el cómo se hace que con el conocimiento puro. Obviamente, para llevar a cabo una tarea, es necesario un grado importante de conocimiento básico, pero a medida que la sociedad capitalista se ha ido extremando, el criterio de utilidad (y de mercantilismo) ha ido ganando posiciones, de manera que lo tecnológico y aplicado ha ganado en prestigio social a lo racional y básico. La psicoterapia comparte esta base tecnológica (Fernández-Liria, 2001), pues los criterios de practicidad no sólo se aplican a la generación de bienes (alimentos, puentes, edificios), sino también a los servicios (sanidad, educación,...psicoterapia) que son productos sociales.

El cómo se ofrezca este producto tecnológico lleva también a diferentes concepciones de la psicoterapia; desde el punto de vista tecnológico lo importante es que la solución ofertada sea útil y eficiente en términos de costos/beneficios. Si la solución más eficaz se concibe como co-construcción y colaboración, la terapia evolucionara de una manera; si se concibe como técnica lineal y protocolizada, de otra. A su vez, el contexto social dominante influirá en la definición del tipo de tecnología que se quiere. El problema de la eficiencia depende muy estrechamente de los objetivos político-económicos que se pretendan, ya que la valoración de costes/beneficios tiene un claro componente ideológico y de valores. Es en este

punto donde distintas propuestas psicoterapéuticas y psicológicas entran en el terreno de lo puramente político y deben considerar aspectos como el tipo de salud mental que se pretende, la definición ontológica del sujeto, los aspectos relacionados con valores de tipo social y cultural, su relación con aspectos como la espiritualidad y la religiosidad, su eficacia y práctica inter-cultural, etc. La discusión de estos aspectos, aparte de claramente polémica, excede los objetivos de este artículo.

En cualquier caso, la psicoterapia se desarrolla originalmente en el contexto de una sociedad capitalista industrial y se expande después en el contexto de una sociedad del capitalismo reciente, mucho más centrada en la producción de información que de bienes. Por supuesto, también se expande a otros ámbitos culturales no tan individualistas, pero que adoptan prácticas sociales típicas del capitalismo reciente al tiempo que adoptan su modelo de producción. El cambio a un modelo de capitalismo reciente (Giddens, 1995) implica también un viraje hacia criterios más utilitaristas y fragmentarios, fundamentalmente porque se cuenta con un exceso de información que hace inmanejables los conceptos fijos y unívocos del periodo inicial del desarrollo de la sociedad capitalista. La identidad y la estabilidad social se vuelven cada vez más fluidas, inconsistentes y dispersas y es necesario combinarlas de alguna forma (Bauman, 2003; Gergen, 1992). Esto hace que el criterio de racionalidad cambie por el de utilidad, aunque el sistema social continúe utilizando los mismos criterios socio-económicos. En este panorama, el cambio de un modelo racional-modernista a un modelo postmodernista no se entiende como una alternativa o una oposición, sino como una consecuencia del desarrollo del sistema (Giddens, 1995). Eso sí, tiene una implicación clara en la formulación de los modelos de terapia que ya no pueden seguir siendo lineales y centrados en una identidad unívoca (Caro, 1997).

Respecto a las terapias cognitivas, tenemos variantes que apostarían más por una terapia de modelo experto-técnico y centrada en el análisis de entidades psicológicas concretas (esquemas-creencias) y otra que optaría más por un modelo compartido y procesual y centrada en la construcción del significado. Las terapias cognitivas típicas, las terapias de tercera generación y las terapias de modificación del sesgo constituirían el primer grupo, las terapias de tipo constructivista-narrativo, el segundo. Cada una reflejaría un momento distinto o una visión distinta dentro del sistema cultural.

La terapia cognitiva que defiende el modelo de relación entre experto y receptor y centrada en el trabajo con contenidos mentales y esquemas encajaría dentro del curso histórico de las terapias de base experimental, el otro modelo encajaría mejor en un curso histórico de tipo multiparadigmático. Es decir, parece que según como se historien las terapias cognitivas, son unas u otras las que se van a tener en cuenta. Si la historia se limita a la tradición experimental, es obvio que la familia constructivista no estará presente; si la historia incluye todo lo relacionado con el trabajo con él conocimiento (o todo lo relacionado) con el trabajo terapéutico,

lo estará. Construir una clasificación histórica es hacer historia social y, por tanto, las elecciones generan inclusiones o exclusiones (Gergen, 1996).

La terapia cognitiva típica tomaría el modelo de prueba y control de la terapia de conducta original (la comprobación con diseños cuasi-experimentales), modelo que continuaría con las terapias contextuales y de aceptación contemporáneas. La base de este modelo sería fundamentalmente empirista y buscaría un patrón predictivo-explicativo del cambio a partir de la alteración y modificación de procesos psicológicos subyacentes. La terapia cognitiva constructiva se centraría en producir alteraciones en las concepciones epistemológicas de la persona. El modelo de trabajo, más que experimental sería fenomenológico y el tipo de cambio no se constataría tanto a través de un proceso empírico, sino mediante otras herramientas (estudio de las conversaciones, cambios estructurales, cambio en la coherencia personal). Desde el punto de vista de la filosofía del lenguaje, las tradiciones de terapias cognitivas típicas y terapias conductuales optarían por una posición de relevancia del lenguaje, se centran en lo que el hablante pretende (Sperber, 1994), mientras que el constructivismo terapéutico optaría por un modelo de indeterminación (Atlas, 2005), se centran en cómo el discurso se va construyendo.

¿Son ambas terapias cognitivas, es decir, terapias que tratan del modo en que se accede al conocimiento?

3. Un intento de conclusión: quizá el fondo de la cuestión no es (sólo) lo cognitivo.

Volviendo a la etimología, si cognitivo es lo que se relaciona con el acceso al conocimiento, casi cualquier modelo psicológico tiene componentes cognitivos. Esto es evidente en el psicoanálisis clásico, en la forma de las operaciones mentales inconscientes que generan las dinámicas de represión y transferencia (Freud, 1975), está presente también en derivaciones psicoanalíticas que trabajan con estrategias de representación mental (Adler, 1957), está presente en los modelos sistémicos, que explican como un grupo familia crea una estructura de significado y de funcionamiento (Minuchin 1979; Sluzki, 1996). También está presente, aunque con un formato más centrado en un conocimiento primario, implícito y relacional en las prácticas humanistas (Rogers, 1961) y gestálticas (Stevens, 2003), este conocimiento es de carácter emocional, pero persigue tener un conocimiento consciente de cómo se aprende la realidad.

Obviamente no es posible hacer terapia si no se trabaja aunque sea mínimamente con el conocimiento que la persona tiene sobre sí mismo. Es necesario reiterar que, como afirma Fernández-Liria (2001) no se puede trabajar si no es con la narrativa del cliente. No obstante, hay que tener en cuenta cuáles pueden ser las extensiones de este conocimiento.

En primer lugar, el conocimiento no tiene por qué ser consciente. Esto es algo que está en el punto de partida del psicoanálisis, pero que también puede ser admitido por los modelos cognitivos, tanto desde el punto de vista experimental,

como del constructivista. Los trabajos con modelos de inconsciente cognitivo (Kihlstrom, 1999) han encontrado que muchos procesos de aprendizaje, memoria y respuesta emocional son automáticos y que son invariantes a lo largo de edades y situaciones. Por un lado, suponen un “ahorro” de recursos cognitivos en el procesamiento de tareas no necesariamente sencillas y en la toma de decisiones. Los modelos constructivistas, aludiendo a su base teórica de estructuras implícitas, asumen que las reglas básicas usadas para dar sentido a la experiencia no son fácilmente conocidas y sólo puede indagarse en ellas a través de un proceso complejo de escudriñamiento de las repeticiones y atascos del individuo (Guidano, 1994; Mahoney, 1991). Los modelos construccionistas asumen que si no se deconstruye el discurso, las reglas sociales de control, que subyacen al problema, no se hacen evidentes, lo que supone ahondar en un conocimiento que, si bien, no es inconsciente como tal, no está mencionado y parece ajeno a la situación (White, 2007).

En segundo lugar, el conocimiento no tiene por qué ser simple, es decir, eminentemente declarativo. Es verdad que la terapia cognitiva típica se ha centrado, más o menos, en este tipo de cogniciones (Vázquez y Cameron, 1997) porque ha trabajado fundamentalmente sobre errores o productos cognitivos. Pero lo cierto es que los significados pueden tener varios niveles y los sistemas de interconexión son complejos. Teasdale y Barnard (1993) propusieron un modelo de sistemas cognitivos interactivos que usa diferentes tipos de codificación: básica (sensorial), intermedia (morfemas-lexemas) y de significado. Pero a su vez el significado puede ser denotativo (declarativo) o implicativo (connotativo). Las connotaciones son siempre de tipo subjetivo y son las que se asocian a emociones. Esta propuesta es similar a la de estructuras implícitas y conocimiento explícito que hacen autores como Guidano (1994) y Mahoney (1991), que plantean conexiones entre los pensamientos que afloran a la conciencia y los modos básicos de construir que constituyen la base de la identidad. Está presente también en los diversos indicadores emocionales que pueden generar esquemas emocionales en el trabajo con terapia focalizada en emociones (Greenberg, 2004). La diferencia entre denotación y connotación es básica en el trabajo con el lenguaje y es la base de la metáfora, la capacidad de trasladar un significado de ámbito. Las metáforas no sólo constituyen la mayor parte del lenguaje cotidiano (Lakoff y Johnson, 1991), sino que están a la base de muchas técnicas terapéuticas que permiten la reestructuración de significado (Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Gonçalves, 2002; Wilson y Luciano, 2002).

En tercer lugar, el conocimiento no necesariamente es pensamiento, sino que puede tener un componente emocional muy grande. De hecho, este aspecto está íntimamente relacionado con el anterior. Gran parte de la complejidad de la estructura cognitiva y del conocimiento reside en el carácter emocional de las partes menos accesibles. La emoción es una forma de conocimiento que es global, generalista y más (o muy) automática. No cabe una reestructuración del significado sin un trabajo con la emoción y esto está presente en multitud de enfoques

terapéuticos de carácter cognitivo (Gonçalves, 2002; Guidano, 1994; Greenberg, 2004) y también, aunque de una forma más auxiliar, en las terapias cognitivas típicas (Beck et al, 1979; Garcia-Martínez, 1994). Las emociones son una parte esencial de la construcción de la identidad, de forma que son un pilar básico del modo de interpretar el mundo (Guidano, 1994; Tomkins, 1987). Desde el modelo de constructos personales, también se afirma que no todos los constructos tienen porque ser verbales y que la acción y la emoción pueden construir formas de representación o conocimiento, especialmente en términos de cambios o transiciones en el sistema (Kelly, 1955).

En cuarto lugar, está la cuestión de que el conocimiento no sólo está compuesto por productos cognitivos (pensamientos, creencias) sino que es también procesual y tiene una estructura (Vázquez y Cameron, 1997). Los trabajos terapéuticos se han centrado básicamente en los contenidos y se han descuidado el papel de las estructuras y los procesos. Los procesos están siendo atendidos por los modelos de sesgo cognitivo y la psicología cognitiva experimental, comprobando el papel que la memoria o la atención tienen en las distintas patologías. Parece que la ansiedad está ligada a sesgos atencionales y la depresión a sesgos de memoria y que estos resultados se pueden inducir experimentalmente (Matt, Vázquez y Campbell, 1992). La estructura del sistema también influye en la manera de construir, los sujetos más complejos parecen tener una mejor salud mental (Linville, 1987; Winter, 1994). La psicología de los constructos personales se ha ocupado mucho del estudio de la estructura (Feixas y Cornejo, 2002) y ha encontrado que clientes con determinadas patologías, como la depresión, tienden a tener valores altos en polaridad (Neimeyer, 1985), aunque los resultados no son siempre consistentes (Feixas, Erazo-Caicedo, Harter, y Bach, 2008). Los resultados sobre la complejidad son confusos, especialmente porque no hay una medida clara de esta dimensión usando la técnica de rejilla (Feixas y Cornejo, 1996).

El problema de la estructura se liga al de la coherencia, en general los relatos coherentes son más viables y típicos de personas sin alteraciones de salud mental (Gonçalves, 2002). La coherencia parece ser el factor clave del ajuste de la narrativa personal ya que supone un nivel en el que el sujeto es capaz de unir los distintos componentes de su experiencia (Adler, Wagner y McAdams, 2007; Sewell, 1997). Relacionado con el tema de la coherencia está la estructura dilemática del sistema de construcción, la presencia de contradicciones internas, variable ligada mucho más frecuentemente a la problematicidad (Feixas y Saúl, 2004).

En quinto lugar, los contenidos del conocimiento no tienen por qué ser necesariamente pensamientos, pueden ser entidades más abstractas como los valores, que son reguladores muy importantes de la acción, con una importante carga afectiva y emocional. El trabajo con los valores nos acerca a la terapia existencial y a la concepción del significado como proyecto de vida (Villegas, 1994). El trabajo con los valores es un componente que está presente tanto en las terapias de tercera generación (aunque en realidad se definen como objetivos

personales, que tienen un nivel de jerarquía menor desde un punto de vista regulatorio) y en las terapias construccionistas, en tanto que el objetivo es apoderar a la persona y hacerla que se oriente hacia su propia intencionalidad (White, 2007).

En sexto lugar, se encuentra el problema del método, aunque los resultados típicos de la ciencia son los que se siguen de un modelo estadístico cuantitativo, y en eso los modelos cognitivos típicos y las terapias de tercera generación han tenido un mejor desarrollo, no se puede obviar que la investigación cualitativa sobre las narrativas personales ayuda a entender mejor qué es lo que cambia y cómo cambia (Matos, Santos, Gonçalves y Martins, 2009). El objetivo es avanzar en un modelo mixto de investigación que combine un acercamiento estadístico y otro cualitativo (ver, por ejemplo, Montesano et al., 2014) y que mejore los niveles de control en la investigación cualitativa (Flick, 2014).

Por último, hay que atender al problema del discurso social, el conocimiento ha de ser crítico y es necesario vigilar los discursos ocultos que controlan la investigación, la práctica terapéutica y la categorización de la enfermedad (Gergen, 1996; White, 2007). Es verdad que un discurso entendido como práctica social no es cognitivo, entendido como categoría mental (Caro 2003b), pero si es algo relativo al conocimiento. Sólo teniendo en cuenta un enfoque de este tipo se podrán integrar en la terapia formas de conocimiento transculturales y ligadas a valores espirituales y religiosos, que son básicas para la intervención con miembros de culturas diferentes.

En definitiva, hay acercamientos suficientes entre las distintas modalidades de terapia que trabajan con el conocimiento. La diferencia epistemológica profunda no está, sin embargo, entre el construccionismo social y el constructivismo cognitivo, está entre estos dos modelos de un lado y las terapias cognitivas típicas y otros modelos conductual-cognitivos por otros. Aunque se avanza cada vez a un eclecticismo técnico y estratégico en psicoterapia (Caro 2003b; Garrido, 1994), no parece que esta brecha se vaya a cerrar en breve. Pero ambos modelos pueden convivir y aprender uno del otro, creando un discurso compartido, aunque no necesariamente común. Dado que ambos modelos se ocupan de cómo se accede al conocimiento, ambos son terapias cognitivas, pero diferentes tipos de terapias cognitivas. Como en muchos otros aspectos de la vida, habrá que aprender a hablar en plural y asumir la diferencia como vía para el crecimiento, quizá incluso para el crecimiento mutuo.

Notas

¹ Opto por categorizar a la sociedad contemporánea (occidental y desarrollada) como capitalismo reciente. En la mayoría de los textos sobre la evolución de las psicoterapias se usa el contraste modernidad-postmodernidad. Giddens (1995) desde una óptica de tipo sociológico etiqueta estas sociedades como de la modernidad tardía o modernidad reciente, pero su análisis social indica

claramente que la modernidad es de tipo capitalista desde una perspectiva socioeconómica, lo que da una visión más exacta del funcionamiento social. Entre las etiquetas reciente y tardío, opto por la primera (nueva, que ha sucedido hace poco), frente a la segunda (que sucede después del tiempo en que se esperaba). Esta es la sociedad del tipo de capitalismo de nuestro tiempo.

Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1957). *El conocimiento del hombre*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Adler, J. M.; Wagner, J. M y McAdams, D. P. (2007). Personality and coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality, 41*, 1179-1198
- Arciero, G. (2013). *Tras las huellas del sí mismo*. Madrid: Amorrortu.
- Atlas, D. A. (2005). Logic, meaning, and conversation: semantical underdeterminacy, implicature, and their interface. Nueva York: Oxford University Press.
- Balbi, J. (2005). *La mente narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Barnum, S.; Woody, M.; y Gibb, B. E. (2013). Predicting changes in depressive symptoms from pregnancy to postpartum: The role of brooding rumination and negative inferential styles. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 71-77.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, A. T. (1967) *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: The New American Library.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. y cols. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D (2003) *Cognitive therapy of personality disorders*. 2nd ed. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T.; Rector, N. A; Stolar, N. y Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Dozois, D. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine, 62*, 397-409.
- Botella, C. (1986). *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.
- Calkins, A. W., & Otto, M. W. (2013). Testing the boundaries of computerized cognitive control training on symptoms of obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 587-594
- Caro, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro (Comp.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas*, pp. 37-52. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (2003a). La evolución cultural de las psicoterapias cognitivas. El largo y sinuoso camino. En I. Caro (Comp.). *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones*, pp. 23-42. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (2003b). Reflexiones sobre la evolución y la comparación de las psicoterapias cognitivas. En I. Caro (Comp.). *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones*, pp. 229-248. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. y Schurchart Read, C. (2003). *General Semantics in Psychotherapy: Selected Writings on Methods Aiding Therapy*. Nueva York: Institute of General Semantics.
- Chambless, D.L. y Ollendick, Y. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Barcelona: Visión.
- Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: DDB.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalzing, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (4), 658-670.

- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. En D. J. Cain (Ed.). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, pp. 57-81. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *La práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: DDB.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy. Revised and updated*. Nueva York: Birch Lane Press.
- Erickson, M.H; Rossi, E. L. y Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic realities*. Nueva York: Irvington Pubs.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Saül, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 69-78.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2002). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Feixas, G.; Erazo-Cacedo, M. I.; Harter, S. L. y Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 386-400.Ç
- Fernández-Liria, A. (2001). Una confluencia en las narrativas. En A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, pp.49-78. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Fierro, A. (1994). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Flick, U. (2013). *La gestión de la calidad en la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Nueva York. Norton.
- Freud, S. (1975). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- García-Martínez, J. (1988). Personalidad y cognición: relaciones históricas y perspectivas de futuro. En J. García-Martínez, M. Garrido y L. Rodríguez-Franco (Comps.). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia: un enfoque constructivista*, pp. 13-56. Madrid: Fundamentos.
- García-Martínez, J. (1994). Terapia Cognitiva. En M. Garrido y J. García-Martínez (Comps.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp. 359-406. Valencia: Promolibro.
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
- Garrido, M. (1994). Psicoterapia: conceptos, fundamentos y tendencias actuales. En M. Garrido y J. García-Martínez (Comps.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp.23-64. Valencia: Promolibro.
- Garrido, M. y García-Martínez, J. (1998). Los mitos de la personalidad: razón, afecto y acción como focos del cambio en psicoterapia. En J. García-Martínez, M. Garrido y L. Rodríguez-Franco (Comps.). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia: un enfoque constructivista*, pp. 57-80. Madrid: Fundamentos.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. (2005). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. J. (2006). *Therapeutic realities, collaboration, oppression and relational flow*. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva-narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: DDB.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Herman, H. J. M. y Heramnas-Jansen, E. (1996). *Self-narratives. The construction of meaning in psychotherapy*. Nueva York: Guildford Press.
- Hermans, H.J.M., & Dimaggio, G. (Eds) (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. New York: Brunner & Routledge.
- Hertel, P. T., & Mathews, A. (2011). Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 521-53.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E. & Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2: 295-304.

- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 95–105.
- Kelly, G. A. (1995). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Khun, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Kihlstrom, J. F. (1999). The psychological unconscious. En I. A. Pervin y O. P. John (Eds.). *Handbook of personality: theory and research*, 2nd ed., pp.424-442. Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg R.J y Tsai M. (2008). *Psicoterapia Analítica Funcional: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity: an introduction to non-aristotelian systems and general semantics*. Lancaster, PA: Publishing Company.
- Labrador, F. J.; Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. In J. C. Norcross & M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy*, 94-129. Nueva York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th Edition, pp. 169-218. Nueva York: Wiley.
- Levant, R. F. (2004). The Empirically Validated Treatments Movement: A Practitioner/Educator Perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 219-224.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linville, P. W. (1987) Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 663-676.
- Luciano, M. C.; Valdivia, S.; Gutiérrez, O. y Paéz-Blarrina (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso. *EduPsykhé, 5*, 173-201.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human changes processes*. Nueva York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (2003). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Matos, M.; Santos, A.; Gonçalves, M. y Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 60-80.
- Matt, J.; Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 2*, 227-256.
- Maturana, H.R. y Varela, F.J. (1990). *El árbol del conocimiento*. Madrid: Debate.
- McEvoy, P. y Brans, S. (2013). Common versus unique variance across measures of worry and rumination: Predictive utility and mediational models for anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 183-196.
- McNamee, S. y Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia, 17* (66-67), 31-76.
- Mobini, S.; Reynolds, S. y Mackintosh, B. (2013). Clinical implications of Cognitive Bias Modification for interpretative biases in social anxiety: An integrative literature review. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 173-182. Ç
- Montesano, A., Feixas, G., Erazo-Cacedo, M. I., Saúl, L. A., Dada, G., Winter, D. (2014). Cognitive conflicts and symptom severity in Dysthymia: "I'd rather be good than happy". *Salud Mental, 37*, 41-48.
- Müller, D.; Teismann, T.; Havemann, B.; Michalak, J.; y Seehagen, J.; (2013) Ruminative thinking as a predictor of perceived postpartum mother–infant bonding. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 89-96.
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in depression. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Neimeyer, R. A. (2013). *Psicoterapia constructivista. Rasgos distintivos*. Bilbao: DDB.
- Neimeyer, R. A. y Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder. Meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington, DC: APA.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002) *Psychotherapy relationships that work: therapist contribution and responsiveness to patient needs*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C.; Beutler, L. E. y Levant, R. F. (Eds.) (2009). *Evidence-based practices in mental health*. Washington, DC: APA.

- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, Elliot, 2002159-162.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: A clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187
- Pi, N. (Coord.) (Sin fecha). *Guía para el usuario de la psicoterapia*. Federación española de Asociaciones de Psicoterapia. Disponible en http://www.feap.es/documentos/guia_del_usuario/diptico_feap.pdf. Descargado a 09-09-2914
- Rodríguez Vega, B. (2001). Constructivismo y narrativas. Un nivel diferente para la integración. En A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, pp.29-48. Bilbao: DDB.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. y Dymond, R. F. (Eds.). (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rojí, B. (1997). *Historia de la psicoterapia*. Madrid: UNED.
- Ryle, A. (1990) *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: John Wiley & Sons
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sewell, K.W. (1997). Posttraumatic Stress: Towards a Constructivist Model of Psychotherapy. En G.J. Neimeyer y R.A. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Constructs Psychology*, 4, 207-235. Greenwich, Co: JAI Press.
- Siegle, G.J., Ghinassi, F., Thase, M.E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of Cognitive Control Training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Sperber, D. (1994). *La relevancia: comunicación y procesos cognitivos*. Madrid: Visor.
- Stange, J.; Shapero, B. G.; Jager-Hyman, S.; Grant, D. A.; Abramson, L. Y.; Alloy, L. B. (2013). Behavioral Approach System (BAS)-relevant cognitive styles in individuals with high versus moderate BAS sensitivity: A behavioral high-risk design. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 139-149.
- Stevens, J. O. (2003). *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Tanner, A.; Voon, D.; Hasking, P.; y Martin, G. (2013). Underlying structure of ruminative thinking: Factor analysis of the Ruminative Thought Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 633-647.
- Teasdale, J. y Barnard, P. j. (1993). *Affect, cognition and change: remodeling depressive thought*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tomkins, S. S. (197). Script-theory, En J. Aronoff, A.I. Rabin y R. A. Zucker (Eds.). *The emergence of personality*, pp. 147-216. Nueva York: Springer-Verlag.
- Toro, M. (2014). *La informática: una ingeniería joven muy importante*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Triandis, H. C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69, 907-924.
- Vassilopoulos, S. P. y Moberly, N. (2013). Cognitive bias modification in pre-adolescent children: Inducing an interpretation bias affects self-imagery. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 547-556.
- Vázquez, C. y Cameron, C. (1997). Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas. En I. Caro (Comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*, pp. 207-240. Barcelona: Paidós.
- Villegas, M. (1994). Análisis existencial y psicoterapia. En M. Garrido y J. García-Martínez (Comps.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp. 23-64. Valencia: Promolibro.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: Norton.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Winter, D. A. (1994). *Personal constructs psychology in the clinical practice*. Londres: Routledge.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PROCESO DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA Y LOS DIFERENTES ENFOQUES TERAPÉUTICOS: UN ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES

RESEARCH ON THE PROCESS OF CHANGE IN PSYCHOTHERAPY AND THE DIFFERENT THERAPEUTIC APPROACHES: AN ANALYSIS OF COGNITIVE AND EMOTIONAL MECHANISMS

Isabel Basto

Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal

João Salgado

Instituto Universitário da Maia, Portugal

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Basto, I. y Salgado, J. (2014). La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos: un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 31-47.

Resumen

Actualmente, la investigación sobre la efectividad de los diferentes tipos de psicoterapia demuestra que la psicoterapia funciona para distintos tipos de trastornos. Sin embargo, todavía hay varios problemas que siguen sin resolverse, por ejemplo, los casos que no responden al tratamiento así como casos de deterioro. Con esta finalidad, es necesario complementar la investigación de eficacia con estudios de proceso (investigación de proceso y proceso-resultado). Así este trabajo tiene como objetivos: efectuar una breve síntesis del estado actual de la investigación sobre los mecanismos de cambio (emocionales y cognitivos) en la psicoterapia; y w. El análisis de los diferentes estudios parece validar empíricamente el papel mediador de diferentes mecanismos en la promoción del cambio terapéutico. Sin embargo, parece ser más difícil confirmar la especificidad de los mecanismos a las terapias que los suscitan específicamente. Se discutirá las implicaciones de estos resultados para investigaciones futuras sobre el cambio terapéutico.

Palabras Clave: Psicoterapia; Cambio terapéutico; Investigación Proceso-resultado; mecanismos de cambio.



Abstract

Currently, research on the effectiveness of different types of psychotherapy shows that psychotherapy works for different types of disorders. However, there are still several issues that remain to be solved, for example, cases that do not respond to treatment, as well as cases of deterioration. For this purpose, it is necessary to complement research about the effectiveness of therapy with process studies (process and process-outcome research). So this paper aims to: make a brief summary of the current state of research on the mechanisms of change (emotional and cognitive) in psychotherapy; analyze how process research has been articulated with theoretical models. The analysis of different studies seems to empirically validate the role of mediation that several mechanisms seem to have in promoting therapeutic change. However, it seems more difficult to confirm the hypothesis that these mechanisms are specific to therapies that intentionally promote them. The implications of these results for future research on therapeutic change will be discussed.

Keywords: Psychotherapy; therapeutic change process; process-outcome research; change Mechanisms

Recientemente se celebró los 50 años de la publicación en la revista *Psychotherapy* de la famosa polémica entre Hans Jurgen Eysenck y Hans Herrman Strupp, sobre la supuesta ineficacia de las psicoterapias psicodinámicas (Eysenck, 1964; Strupp, 1964). En ese momento, permanecía en el aire la duda sobre la validez y la solidez de los tratamientos psicológicos. Hoy, después de estos años, el escenario es, en algunos aspectos, mucho más claro. La psicoterapia funciona, llegando a revelar tamaños del efecto muy elevados. En el estudio de la efectividad de los diferentes tipos de psicoterapia para distintos tipos de trastornos, la lista de tratamientos validados empíricamente no ha dejado de aumentar (APA, 2012). Cada vez hay más y más tratamientos para cada trastorno existente. Por ejemplo, la división 12 de la APA sostiene que la depresión tiene ahora 13 tratamientos con apoyo empírico. Estudios sobre la relación coste-beneficio de la psicoterapia también han revelado que esta presenta claras ventajas económicas en comparación con otros tratamientos (Dobson et al., 2008).

Sin embargo, todavía hay varios problemas y desafíos, teóricos y prácticos, en el campo de la investigación en psicoterapia. Aunque la eficacia está probada, es todavía evidente que hay tasas relevantes de no respuesta al tratamiento, así como casos de deterioro (Barlow, 2010), siendo nuestra comprensión de estos fenómenos escasa. Por otra parte, no siempre los resultados terapéuticos se mantienen a largo plazo. Por ejemplo, uno de los mayores desafíos actuales en el tratamiento de la depresión es encontrar procedimientos efectivos para la prevención de las recaídas (Kuyken et al., 2008).

Probablemente, estos desafíos se afrontarán mejor si tenemos una idea más clara sobre cómo funcionan en concreto las terapias. Con este fin, la investigación sobre el resultado (investigación de resultado) necesita ser complementada con la investigación de proceso (investigación de proceso y proceso-resultado). Aquí viene el primer propósito de este trabajo: una breve síntesis del estado actual de la investigación sobre los procesos de cambio en la psicoterapia.

Un segundo propósito de este trabajo es analizar cómo la investigación del proceso de cambio se ha articulado con los modelos teóricos que sostienen las distintas psicoterapias. Concretamente, lo hacemos a partir del análisis de dos tipos específicos de cambio (cambios emocionales y cognitivos), que servirán como indicadores del estado actual de la investigación en este campo. Sabemos que dejamos fuera de nuestro análisis otros tipos de cambio también relevantes (por ejemplo, cambios en el comportamiento o cambios interpersonales), pero para proceder al análisis deseado estos dos tipos son suficientes para ilustrar el estado actual de la investigación.

Nos interesa, particularmente, explorar en este artículo, si los resultados obtenidos por cada tratamiento son debido a los procesos y mecanismos de cambio que supuestamente ese tratamiento promueve. En general se asume que teóricamente cada forma de psicoterapia, a través de sus procesos y técnicas específicas, activa los mecanismos de cambio específicos y coherentes con el modelo. Por ejemplo,

dentro de la terapia cognitiva, la reestructuración cognitiva producirá una modificación de los esquemas cognitivos; o bien, en la terapia focalizada en la emoción, la exploración empática de emociones secundarias, conduce a la expresión y la conciencia de emociones primarias más nucleares. Por lo tanto, se estipula una relación lineal entre las técnicas y los mecanismos de cambio. Sin embargo, podemos preguntarnos acerca de esta relación lineal.

Por ejemplo, ¿En qué medida el cambio cognitivo es generado por las técnicas y los procesos cognitivos? O ¿en qué medida los cambios emocionales son generados por las técnicas experienciales?

Una breve introducción a la investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia

Aunque en la actualidad existen varios estudios que apoyan y validan claramente diversas formas de psicoterapia como eficaces en el tratamiento de diversas psicopatologías, en realidad, poco se sabe sobre los procesos o mecanismos por los cuales se produce el cambio en psicoterapia. Como dice provocativamente Kazdin (2009; p. 418): "Podría decirse que la pregunta más urgente es cómo la terapia conduce a un cambio. En la actualidad, no sabemos las razones, aunque se han propuesto muchas ideas". Por lo tanto, continúa sin respuesta la pregunta sobre cómo la psicoterapia funciona realmente (Greenberg, Goldman y Korman, 2003).

Varios estudios sobre el cambio en la psicoterapia intentan responder a esta pregunta analizando los procesos involucrados en el éxito terapéutico. Hay un acuerdo en llamar a la investigación sobre los eventos ocurridos durante la psicoterapia como "investigación de proceso". Cuando el proceso de análisis se asocia con los resultados obtenidos en la terapia, se denomina "investigación de proceso-resultado" (Hill, 1993). Sin embargo, la mera asociación de ciertos acontecimientos en la terapia y los resultados, aunque puede apoyar empíricamente una terapia determinada, no garantiza una lectura que permita comprender el proceso de desarrollo del cambio. En este sentido, Greenberg (1986) propuso que las investigaciones que tratan de describir dicho proceso de transformación deben denominarse de "investigación del proceso de cambio".

En el campo de las convenciones terminológicas, a menudo se hace una distinción entre "procesos de cambio," y "mecanismos de cambio" (Crits-Cristoph, Gibbons y Mukberjee, 2013). Los procesos se refieren a hechos relacionales entre cliente y terapeuta, directos o indirectos, con impacto causal en el resultado, por ejemplo, la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva, la utilización de una técnica de silla vacía, rellenar un diario, etc. Los mecanismos se refieren a cambios en el cliente con impacto causal en el resultado, e.g., cambio de los pensamientos automáticos disfuncionales, cambio del procesamiento emocional, etc.

Dentro de la investigación del proceso, hay una división entre los estudios que tratan de analizar los factores comunes a las distintas formas de psicoterapia y aquellos que se centran en los factores específicos del cambio en cada terapia. La

primera se centra en el análisis de los factores transversales, transteóricos, de cualquier forma de psicoterapia. Los estudios que se centran en factores específicos enfocan su análisis en los “ingredientes” específicos de cada modalidad terapéutica y su posible contribución para el resultado.

Sin ser exhaustivos, podemos señalar como ejemplos de estudios de los factores comunes los estudios sobre la relación terapéutica (por ejemplo, la alianza terapéutica; estudios sobre empatía), estudios sobre el cambio del self (por ejemplo, asimilación de experiencias problemáticas; Caro, 2012; Stiles, 2012; procesos dialógicos, Leiman, 2002) y los estudios sobre el cambio narrativo (Angus, 2012; Gonçalves et al., 2009). Los estudios sobre los procesos específicos son, sin embargo, más frecuentes. Además, parece existir una resistencia en adoptar un enfoque centrado en factores comunes, quizás por ser percibido como una amenaza para la viabilidad y diferenciación de muchos modelos. A priori, dentro de los estudios sobre los procesos de cambio específico en cada tratamiento, podría haber tantos tipos de estudios como tipos de terapia existen, es decir, cientos, si no miles. Sin embargo, en nuestro estudio, nos proponemos organizar este territorio de una manera más simple, en 4 categorías generales de procesos o mecanismos: cognitivo, emocional, conductual e interpersonal. Estas cuatro categorías principales de procesos serán también “familias” de terapias: terapias cognitivas, experienciales, conductuales y psicodinámicas. Este sistema de clasificación está lejos de ser perfecto y respetar la diversidad enorme en el campo, pero nos permite adoptar, al menos, una perspectiva más organizada.

A continuación haremos un breve resumen del estado actual de la investigación sobre los procesos de cambio en psicoterapia, más específicamente sobre los mecanismos cognitivos y emocionales.

Estudios sobre mecanismos cognitivos

En cuanto a los mecanismos cognitivos, Beck et al. (1979) definieron un modelo cognitivo que entiende la psicopatología como asociada a los procesos y contenidos cognitivos desadaptativos, más probables en individuos que han desarrollado a lo largo de su vida esquemas cognitivos depresivos o negativos. Estos esquemas cognitivos siguen “dormidos” durante toda la vida, hasta que un acontecimiento en particular los activa. Cuando se activan, estos esquemas cognitivos negativos sesgan el procesamiento cognitivo el cual influye, a su vez, en el contenido cognitivo (como pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales; Dozois, et al., 2009), y fomenta la aparición de trastornos psicológicos (por ejemplo, depresión). Por lo tanto, tenemos diferentes niveles de profundidad con respecto a los mecanismos cognitivos. En un nivel más profundo tenemos los esquemas cognitivos que, no sólo están conectados al almacenamiento, organización y estructuración de la forma en cómo se procesa la información, sino que también influyen los contenidos cognitivos (Dozois & Beck, 2008). A un nivel más superficial existen los productos cognitivos, que son los que son más accesibles a

las personas y que pueden tomar la forma de pensamientos automáticos o actitudes disfuncionales (Dozois, et al., 2009).

Como ya hemos mencionado, aunque sabemos que la terapia es efectiva para producir cambio, a saber, por ejemplo en la depresión, no entendemos claramente cuál es el proceso implicado. Con respecto a la terapia cognitivo-conductual, a pesar de ser un tratamiento empíricamente validado en diferentes tipos de psicopatología, no existen estudios confirmando empíricamente qué mecanismos cognitivos median en el cambio (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007). Hay varias propuestas teóricas que ofrecen una conceptualización del cambio especificando los mediadores cognitivos. Uno de estos modelos de cambio sugiere que para que se produzca el cambio terapéutico deben existir modificaciones estructurales en los esquemas cognitivos negativos (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007). Por otra parte, otros autores proponen que no existen cambios estructurales, sino una desactivación del esquema cognitivo durante el proceso terapéutico (Ingram y Hollon, 1986). Finalmente, existe un modelo de cambio cognitivo que propone que la terapia no cambia el esquema cognitivo, pero apoya al cliente en la creación de esquemas compensatorios que ayudan en situaciones difíciles (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007; Hollon et al., 1990). A pesar de que los diferentes modelos sostienen que el elemento central del cambio es el esquema cognitivo (un proceso cognitivo profundo), la mayoría de los estudios sobre los mecanismos de cambio cognitivo se centran en las cogniciones más superficiales tales como pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales. Ello es debido a que es difícil acceder a los esquemas cognitivos, al contrario de lo que ocurre con las cogniciones más superficiales.

Así pues examinaremos las revisiones de la literatura sobre los mecanismos de cambio cognitivo, así como los meta-análisis que se han producido en los últimos 15 años. Nuestro análisis está dividido por el tipo de enfoque de los estudios: (1) Focalizados en mecanismos cognitivos más superficiales, como pensamientos automáticos o actitudes disfuncionales, y (2) Centrados en cogniciones más profundas como los esquemas cognitivos. También se tendrá en consideración los estudios que examinan la influencia de la mediación cognitiva en el proceso de cambio de los síntomas durante el proceso terapéutico y su especificidad en las terapias cognitivo-conductuales.

Con respecto a los estudios sobre mecanismos cognitivos más superficiales y su influencia en el cambio sintomático, nos apoyamos en una revisión de la literatura (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007) que informa sobre los resultados de 31 estudios sobre el tratamiento de la depresión. En términos generales, los diversos estudios confirman que la terapia cognitivo-conductual genera el cambio en los mecanismos cognitivos, que a su vez permiten una disminución de la sintomatología clínica depresiva. Por ejemplo, en el estudio realizado por Kwon y Owei (2003), con 35 clientes de terapia cognitiva verificaron que una disminución de pensamientos automáticos en una etapa inicial del proceso terapéutico se relacionaba con la disminución de síntomas depresivos al final del proceso terapéutico.

Kuyken (2004), en un estudio que se realizó en terapia cognitiva con una muestra de 122 personas, encontró que los cambios en la desesperanza en etapas iniciales del proceso terapéutico predijeron una mejora en la sintomatología al final del proceso, con independencia del nivel inicial de síntomas depresivos. Tang y DeRubeis (1999) en un estudio de 61 pacientes en terapia cognitiva-conductual encontraron que los cambios cognitivos significativos ocurridos durante la sesión precedieron a las reducciones repentinas en el nivel de síntomas depresivos. Tang et al. (2005) replicaron el mismo estudio (pero con una muestra de Terapia Cognitivo-Conductual parcial, Terapia Cognitivo-conductual y Terapia Conductual), obteniendo resultados similares. Como se puede ver en estos estudios, parece haber evidencia a favor de que los mecanismos cognitivos están relacionados con, e influyen en, los síntomas y el resultado terapéutico.

Con respecto a los estudios sobre mecanismos cognitivos profundos, los esquemas cognitivos, los estudios son más escasos debido a la dificultad en la medición de la variable en cuestión. Sin embargo, los resultados de las investigaciones realizadas permiten apoyar empíricamente los supuestos teóricos relacionados con el papel de esquemas cognitivos en la vulnerabilidad y el mantenimiento de estados depresivos (Dozois et al. 2009).

Seeds y Dozois (2010) han analizado la estabilidad de la organización de los esquemas cognitivos, a través de la comparación de los resultados en dos momentos temporales con un año de distancia entre ambos. Verificaron la existencia de una estabilidad de moderada a alta en los patrones de organización de los esquemas cognitivos. Analizaron también la relación de estos esquemas cognitivos con una mayor vulnerabilidad a la depresión, después de la ocurrencia de eventos negativos en la vida. Confirmaron que los esquemas cognitivos organizados de forma más rígida alrededor de contenido negativo se asociaron con una mayor ocurrencia de sintomatología depresiva después de acontecimientos negativos. Lo mismo ocurrió en relación con esquemas cognitivos organizados de forma difusa alrededor del contenido positivo interpersonal.

También se han realizado estudios con la intención de verificar cómo el uso de estrategias compensatorias tiene un impacto en la reducción sintomatológica. Las estrategias compensatorias derivan de esquemas compensatorios. Son habilidades promovidas por la terapia cognitiva con el objetivo de compensar el esquema cognitivo disfuncional y ayudar a superar situaciones de vida difíciles que conducirían a la depresión (Hollon et al., 1990). Hablando en términos generales, los diversos estudios (Barber y DeRubeis 2001; Connolly, Gibbons et al., 2009; Strunk, DeRubeis, Chiu y Alvarez, 2007;) han encontrado una asociación entre niveles más elevados de utilización de estrategias compensatorias y el cambio clínicamente significativo, así como con una disminución en la probabilidad de recaída.

Existen algunos estudios sobre la cuestión de si los resultados obtenidos por la terapia cognitivo-conductual son debido a los procesos y mecanismos de cambio supuestamente activados. En ellos se comparan las terapias cognitivas con otros

tratamientos, incluyendo la psicofarmacología, con respecto a la presencia de diferentes mecanismos cognitivos y su impacto en la reducción de los síntomas.

Los resultados de estudios previos (DeRubeis et al. 1990; Fava, Bless, Otto, Pava y Rosenbaum, 1994; McKnight, Nelson-Gray y Barnhill, 1992; Stravynski et al., 1994; Whisman, Miller, Norman y Keitner, 1991) confirmaron la existencia de una asociación significativa entre un cambio en los mecanismos cognitivos y la reducción de los síntomas. Sin embargo, hay pocos estudios que pueden aclarar el papel específico de la terapia cognitiva en la promoción de una transformación del procesamiento cognitivo, puesto que, de una forma general, no se encuentran diferencias significativas entre el grupo de terapia cognitivo-conductual y la psicofarmacoterapia, con respecto a dichos cambios (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007).

Teasdale et al. (2001) compararon dos condiciones diferentes de tratamiento: una que combinaba terapia cognitiva, medicación y manejo clínico, y otra que incluía manejo clínico y medicación, pero no terapia cognitiva. Los autores no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, ni en las medidas relativas a los mecanismos cognitivos, ni en las medidas relativas a la sintomatología depresiva. Por otra parte, sí que encontraron diferencias significativas entre los grupos en la forma de rellenar los cuestionarios sobre medidas cognitivas, siendo el grupo sin terapia cognitiva el que puntuaba con valores más extremos, hecho que se mantuvo durante todo el proceso. En cambio, el grupo de terapia cognitivo-conductual disminuyó significativamente el número de puntuaciones extremas en los cuestionarios a lo largo del proceso terapéutico. Encontraron también que, después de la eliminación de los abandonos (casos que se retiraron antes de las 8 semanas), el grupo de terapia cognitiva tenía menos recaídas y promovió, en gran medida, un cambio en ciertos tipos de errores de pensamiento (e.g., pensamiento de tipo absolutista/dicotómico).

Beevers y Miler (2004) compararon grupos con diferentes condiciones: un grupo de medicación, un grupo de medicación más terapia familiar, un grupo de medicación y terapia cognitivo-conductual y, finalmente, un grupo de medicación más terapia cognitivo-conductual y terapia familiar. No se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos, en las diversas medidas relativas a la sintomatología y los mecanismos cognitivos.

En una serie de estudios, Segal et al. (1999, 2006) encontraron resultados distintos de los anteriormente mencionados. Los autores elaboraron un estudio que analizó cómo un estado de depresión temporal influye en la aparición de actitudes disfuncionales en grupos que previamente habían sido tratados por depresión, con terapia cognitivo-conductual y con farmacoterapia, y compararon los resultados de ambos grupos. Verificaron que, en ambos grupos, cuando estaban en un estado de ánimo normal, no presentaban, de una forma significativa, actitudes disfuncionales. Sin embargo, cuando se indujo un estado depresivo, el grupo tratado con psicofarmacoterapia demostró mayor reactividad cognitiva, presentando un núme-

ro significativamente mayor de actitudes disfuncionales. También se verificó que esta reactividad cognitiva era predictiva de futuras recaídas.

Dozois et al (2009) elaboraron un estudio que comparó un grupo de terapia cognitiva y farmacoterapia, con un grupo de farmacoterapia con respecto a los mecanismos cognitivos (superficiales y profundos) y la sintomatología depresiva. En contraste con estudios previos, encontró resultados que, en parte, apoyan la idea que el cambio en la terapia cognitiva se produce, mediante la modificación de los esquemas cognitivos. En relación a los mecanismos cognitivos superficiales, ambos grupos mostraron una disminución significativa de los síntomas depresivos y una disminución significativa de los pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales. Sin embargo, en respecto a los mecanismos cognitivos más profundos, los esquemas cognitivos, sólo existieron cambios significativos en el grupo de terapia cognitiva más farmacoterapia.

Cuando hablamos de la asociación entre la utilización de las estrategias compensatorias y la terapia cognitiva, los estudios comparativos con otros tratamientos no han confirmado la existencia de una asociación positiva entre los niveles más elevados de utilización de estrategias compensatorias y la terapia cognitiva (Connolly-Gibbons et al., 2009).

En resumen, los diversos estudios demuestran que una modificación en los mecanismos cognitivos (pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales, esquemas cognitivos o estrategias compensatorias) tiene impacto en la reducción de los síntomas. Sin embargo, pocos son los estudios que son capaces de probar y confirmar la hipótesis de que existe una relación de causa y efecto entre las dos variables. Además, la gran mayoría de los estudios comparativos con otros tratamientos, por ejemplo, farmacoterapia, no son capaces de confirmar la hipótesis de que la terapia cognitiva tiene mayor capacidad para promover cambios cognitivos que otros tratamientos. Varias cuestiones metodológicas pueden haber contribuido a esta situación, a saber: el uso de muestras reducidas que no tienen poder estadístico suficiente para producir diferencias significativas entre grupos; la falta de un grupo de control en los diferentes estudios que permitiría comparar el impacto real del tratamiento vs. el no tratamiento; por último, en la mayoría de los estudios no se controla la existencia del cambio sintomatológico previo al cambio cognitivo, lo cual reduce la posibilidad de confirmar el efecto mediador de los mecanismos cognitivos en el cambio terapéutico (Crits-Cristoph, Gibbons y Mukberjee, 2013).

Estudios sobre mecanismos emocionales

Con respecto a los mecanismos emocionales, son varios los estudios que analizan cómo las emociones influyen en el cambio terapéutico. En primer lugar, vamos a presentar estudios relativos a la activación emocional y después estudios cuyo enfoque es el procesamiento emocional. Aunque se puede argumentar que la activación emocional es parte del procesamiento emocional, existen varios estudios sobre este mecanismo más específico, por lo que nos pareció importante realizar

esta división. Los estudios que se presentan a continuación sobre la activación emocional están basados en una revisión de la literatura sobre el papel de las emociones en el proceso terapéutico de Greenberg y Pascual-Leone (2006). También se presentarán estudios más recientes sobre la activación emocional, aunque en general, los resultados son convergentes.

Con respecto a los mecanismos emocionales presentes en terapia, la activación emocional parece ser un primer paso, cuando el foco de la intervención son las emociones. Traer a la conciencia la experiencia emocional permite el trabajo terapéutico posterior con emociones descubiertas (Greenberg y Pascual-Leone, 2006). Para superar la evitación y permitir la activación emocional es necesaria la exposición a experiencias evitadas. Diversos estudios en terapia conductual (Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995; Jaycox, Foa y Morral, 1998) en clientes con trastornos por estrés postraumático, encontraron que la activación emocional del miedo en conjunto con el recuento de los eventos traumáticos durante la primera exposición y con una disminución progresiva del malestar sentido durante las exposiciones durante el proceso terapéutico, funcionaron como predictores del éxito terapéutico. Otro estudio llevado a cabo con los clientes con trastorno por estrés postraumático (Foa, Aparejos, Massie y Yarczower, 1995) encontró que la activación emocional (medida a través de la expresión facial) durante la narración de eventos traumáticos era esencial para permitir el acceso a la “estructura del miedo” que, a la postre, promueve el éxito terapéutico. Un metaanálisis sobre la eficacia de diferentes terapias en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (Foa, Rothbaum y Furr, 2003) concluye que la terapia de exposición (sin ser combinada con otras terapias) es la más eficaz en el tratamiento de este trastorno.

En cambio, los estudios llevados a cabo con terapias experienciales indican que la activación emocional, por sí sola, no es suficiente para promover el cambio terapéutico, siendo necesaria una combinación con la integración cognitiva de la propia experiencia emocional. Un estudio (Warwar y Greenberg, 2000) en una muestra de clientes en terapia focalizada en la emoción para la depresión parece confirmar estos resultados, al tiempo que verifica que la activación emocional en conjunción con la reflexión sobre las emociones activadas en la fase intermedia del proceso terapéutico fueron predictores del éxito terapéutico. Otro estudio (Warwar, 2003) analizó la relación entre la emoción exhibida y la emoción experimentada (esta última requiere interpretación cognitiva de la emoción) y el resultado terapéutico. Se verificó que ambas variables en conjunto fueron mejores predictores del resultado terapéutico, que por separado. Finalmente, un estudio (Missirlan, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005) realizado sobre una muestra de 32 clientes en terapia focalizada en la emoción para la depresión verificó que la activación emocional en conjunción con el procesamiento perceptivo son mejores predictores de éxito terapéutico que cualquiera de las variables solas. Los resultados de estos estudios parecen indicar que no sólo es importante la activación de emociones, sino también la consciencia y reflexión sobre las mismas. Carryer y

Greenberg (2010) realizaron un estudio para determinar la relación entre el tiempo empleado en la expresión de emociones intensas (activación emocional significativa) y el éxito terapéutico. Utilizaron una muestra de 32 clientes en terapia focalizada en la emoción. Los resultados del estudio indicaron que el éxito terapéutico estaba asociado con cantidades moderadas de activación emocional intensa (aproximadamente 25% del tiempo de la terapia, en la fase intermedia y de la fase final). Por lo tanto, parece importante no sólo que el cliente alcance niveles elevados de activación emocional, sino también cuánto tiempo se mantiene en estos niveles de activación emocional durante la terapia.

Estos estudios parecen indicar que, a pesar de que la activación emocional desempeña un papel muy importante para el proceso terapéutico, por sí sola no parece ser suficientemente eficaz, siendo necesaria una integración cognitiva de la propia experiencia emocional para facilitar el proceso de cambio. Aunque lo contrario puede también ocurrir, para que exista una integración cognitiva apropiada y completa de la experiencia emocional que está siendo trabajada en la terapia, es necesaria la activación eficaz de las emociones asociadas a esa experiencia. Como hemos visto, durante el proceso terapéutico parece haber una frecuencia ideal (ni demasiado alta ni demasiado baja) de tiempo en la expresión de emociones.

Sobre el estudio de los mecanismos emocionales y el cambio terapéutico, diferentes estudios se centraron en el procesamiento emocional. El procesamiento emocional se define como el proceso mediante el cual se accede a los estados emocionales, se fijan temporalmente en la conciencia de la persona y se transforman en experiencias emocionales más adaptativas y claramente conectadas con las necesidades reales del individuo (Baker et al., 2012). En relación a cómo se produce, un estudio fue diseñado (Pascual-Leone y Greenberg, 2007) para mostrar cómo se lleva a cabo, momento a momento, el procesamiento emocional. Este estudio propone un modelo teórico con las diferentes fases o pasos de la ocurrencia del procesamiento emocional relacionado con el cambio, el cual fue empíricamente validado en una muestra de 34 clientes. En una etapa inicial del procesamiento emocional, el modelo propone la existencia de emociones indiferenciadas o no procesadas, tales como el malestar general, la rabia agresiva, el miedo y la vergüenza. Posteriormente y como un paso principal para el cambio, se refiere a la interconexión entre una mayor conciencia de la autoevaluación negativa de sí mismo con las necesidades del self que anteriormente no eran conscientes. Finalmente, el acceso a las emociones como la rabia asertiva, la angustia, el dolor y el auto-apaciguamiento parecen ser pasos más avanzados de procesamiento emocional (Pascual-Leone y Greenberg, 2007).

Varios estudios también analizaron cuál es la relación del procesamiento emocional y el cambio terapéutico, especialmente en terapias experienciales que centran su intervención en la exploración y procesamiento de las experiencias emocionales del cliente. Un estudio (Pos, Greenberg, Goldman y Korman, 2003) realizado con 34 clientes en terapia focalizada en la emoción tuvo como objetivo

examinar la relación entre el procesamiento emocional (inicial y tardío) con los síntomas generales, la autoestima y los problemas interpersonales. Se constató, en primer lugar, que el procesamiento emocional mejoró significativamente a lo largo de la terapia y que este aumento producía mejoras sintomáticas. Además, se comprobó que el procesamiento emocional inicial fue mediado por el procesamiento emocional tardío (Pos, Greenberg, Goldman y Korman, 2003). Esto parece indicar que iniciar la terapia con una buena capacidad de procesamiento emocional no es un factor muy importante para el resultado terapéutico, puesto que lo importante es aumentar esta capacidad a lo largo del proceso terapéutico.

Del mismo modo, otro estudio (Pos, Greenberg y Warwar, 2009) analizó cómo el procesamiento emocional y la alianza terapéutica, en diferentes etapas de la terapia (inicial, intermedia y final), se relacionan con los resultados terapéuticos (sintomatología depresiva y general, autoestima y problemas interpersonales). Para este estudio se utilizó una muestra de 74 clientes en terapia experiencial breve. Como en el estudio anterior, el procesamiento emocional aumentó significativamente durante el proceso terapéutico. Lo mismo ocurrió con la alianza terapéutica. También se constató que el procesamiento emocional de la fase intermedia fue el mejor predictor del resultado terapéutico con respecto a los síntomas (depresivos y generales) y el procesamiento emocional de la fase final fue el mejor predictor con respecto a la autoestima. También se constató que la alianza terapéutica influía directamente en el procesamiento emocional e indirectamente en los resultados terapéuticos, durante la etapa intermedia y final de la terapia. Un estudio más reciente (Malin y Pos, 2014) destinado a comprobar cómo la empatía expresada por el terapeuta, en la fase inicial del tratamiento, influye en la alianza terapéutica, en el procesamiento emocional (en la fase intermedia de la terapia) y en la sintomatología depresiva (en la fase final de la terapia). Con este fin, se utilizó una muestra de 30 clientes en terapia experiencial breve para la depresión. Se encontró que tanto la alianza terapéutica, como el procesamiento emocional influyeron directamente en los resultados terapéuticos (sintomatología depresiva en las etapas finales). La empatía había influenciado directamente en estos dos mecanismos (alianza y procesamiento emocional) e indirectamente en los resultados terapéuticos.

Aunque una proporción significativa de los estudios sobre procesamiento emocional utilizaron muestras de terapias experienciales, también se realizaron estudios en otras terapias cuyo foco terapéutico no es cambiar la experiencia emocional, sino más bien, los mecanismos cognitivos, como por ejemplo la terapia cognitivo-conductual. A través del análisis de estos estudios podremos verificar si la modificación de los mecanismos emocionales es más significativa en las terapias experienciales. Esto podría ayudar a confirmar la posible existencia de una relación de causa-efecto entre las estrategias experienciales y la modificación de los mecanismos emocionales. Castonguay et al. (1996) realizaron un estudio para analizar cómo dos variables comunes a otras terapias (la alianza terapéutica y el procesamiento emocional) y una variable específica de la terapia cognitiva-

conductual (las distorsiones cognitivas) influían en el resultado terapéutico. El estudio se realizó sobre una muestra de clientes con depresión tratados con terapia cognitivo-conductual con y sin medicación. Se observó que el aumento de la alianza terapéutica y del procesamiento emocional predecía la mejora sintomática, mientras que la disminución de las distorsiones cognitivas no anticipaba la disminución de síntomas. Watson y Bedard (2006) compararon los niveles de procesamiento emocional de 40 casos de éxito y fracaso en terapia cognitivo-conductual y terapia experiencial. Los resultados ayudaron a demostrar que: (1) en ambos tratamientos el procesamiento emocional aumentó a lo largo de la terapia, de forma más significativa en la fase intermedia del proceso terapéutico; (2) que el grupo de éxito en ambos tratamientos obtuvo niveles de procesamiento emocional significativamente superiores en comparación con el grupo de peores resultados; y (3) que los clientes de terapia cognitivo-conductual llegaron a niveles de procesamiento emocional inferiores en comparación con el grupo de la terapia experiencial. Otro estudio posterior (Baker et al., 2012) comparó los niveles de procesamiento emocional de un grupo de clientes en terapia cognitivo-conductual con un grupo de individuos no clínicos. En la evaluación inicial, se encontró que los niveles de procesamiento emocional del grupo clínico fueron significativamente más bajos que el grupo no clínico. Sin embargo, al final de la terapia, el grupo clínico había alcanzado niveles de procesamiento emocional próximos a los del grupo no clínico.

A pesar de que los diferentes estudios parecen confirmar la importancia de los mecanismos emocionales en el cambio terapéutico, los estudios contienen algunas limitaciones metodológicas que merece la pena señalar. En particular, gran parte de los estudios contaban con muestras reducidas y/o carecían de grupos control. Además, muchos estudios no tenían un control sobre las posibles mejoras en la variable de resultado, antes de medir la variable de proceso. Tales limitaciones dificultan la generalización de los resultados y dificultan la confirmación de la relación entre los mecanismos emocionales y el cambio terapéutico (Crist-Cristophe, Gibbons y Mukberjee, 2013). Además son escasos los estudios que comparan las terapias experienciales con otros tratamientos (como la farmacoterapia) con respecto a los mecanismos emocionales. Esto dificulta la posibilidad de confirmar que el cambio en los mecanismos emocionales es más significativo en las terapias experienciales, lo cual apoyaría la idea de que transformación emocional es promovida, de forma más significativa, por el arsenal técnico y estratégico de dichas psicoterapias.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los diferentes estudios son unánimes en afirmar que el procesamiento emocional es un mecanismo clave que influye en el proceso de cambio en la terapia. Además, esta relación no parece ser específica de terapias cuyo enfoque es la experiencia emocional, como por ejemplo la terapia focalizada en la emoción, sino que también existen en las terapias que se centran en estrategias interrelacionadas con mecanismos cognitivos, como la terapia cognitivo-conductual.

Implicaciones para investigaciones futuras sobre el cambio en la terapia

Después de analizar los resultados de los diferentes estudios sobre los mecanismos emocionales y cognitivos, comprobamos que, en su mayor parte, los estudios validan el papel mediador de dichos mecanismos en la promoción del cambio terapéutico. Sin embargo, no confirman su especificidad al tipo de terapia concreta que supuesta y teóricamente los suscitan. De hecho, parece que el cambio se produce de forma simultánea en diferentes mecanismos, emocionales y cognitivos, incluso cuando no hay estrategias terapéuticas que se dirigen específicamente a cada uno de estos mecanismos, como por ejemplo el tratamiento farmacológico. En efecto, los resultados de los estudios comparativos entre diferentes formas de psicoterapia y la farmacoterapia son sorprendentes, puesto que se producen cambios en los mecanismos emocionales y cognitivos, incluso cuando no se utilizan estrategias que tienen como objetivo su cambio. De hecho, el cambio fisiológico promovido por los psicofármacos también parecen tener un efecto, no sólo en los síntomas, sino también en los mecanismos cognitivos y emocionales. Aunque también es cierto que, como ha sido indicado más arriba, la inexistencia de diferencias entre los distintos tipos de tratamientos con respecto a la especificidad de los mecanismos de cambio, puede deberse de las limitaciones metodológicas de una parte significativa de los estudios (Crist-Cristophe, Gibbons y Mukberjee, 2013). Los estudios con muestras reducidas pueden producir resultados menos claros, puesto que las diferencias que podrían ser significativas en una muestra más grande dejan de ser cuando tenemos una muestra más pequeña. Así, la inexistencia de diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamiento, puede explicarse por la utilización de muestras reducidas que no tienen poder estadístico suficiente para producir diferencias significativas entre los grupos.

No obstante, las limitaciones metodológicas pueden no ser la única explicación para la inexistencia de diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamiento en relación a los procesos psicológicos o mecanismos estudiados. De hecho, nos parece que los diferentes estudios se basan en un modelo teórico lineal o restrictivo sobre el cambio terapéutico y sobre la propia estructura psíquica. En otras palabras, el modelo psicológico y, a su vez, el modelo de cambio terapéutico utilizado por los diferentes estudios están basados en una lógica atomista y lineal, que intenta reducir de una manera simplista fenómenos y estructuras altamente complejos. Por lo tanto, nos parece que para poder entender mejor cómo se produce el cambio terapéutico será necesario adoptar un modelo más complejo del funcionamiento humano, que toma en cuenta los diferentes mecanismos psicológicos (cogniciones, emociones, procesos bioquímicos y fisiológicos, comportamientos) como fenómenos interconectados en un todo que se auto-organiza mediante los inputs del mundo que lo rodea (Feixas, 2003; Procter, 2009). Por lo tanto, será más fácil de entender cómo las estrategias dirigidas a fomentar cambios en un proceso específico (por ejemplo comportamiento), producen cambios sustanciales en otros procesos o mecanismos psicológicos y fisiológicos. Así, cuando se toma una

perspectiva de la estructura psíquica como un conjunto de procesos interconectados, con un funcionamiento sincrónico, pero también con influencias diacrónicas, y que se auto-organiza en un todo, es imposible disociar los diversos mecanismos a nivel de su funcionamiento. De esta manera, nos parece importante alcanzar un modelo de cambio terapéutico más integrador y configurado en esta perspectiva sobre los diferentes procesos como interconectados e inseparables. Nos parece que, una aproximación basada en esta visión permitiría lograr una comprensión más clara acerca de lo que sucede durante la terapia y entender qué hace que sea eficaz en la promoción del cambio y el bienestar. Es evidente que las limitaciones metodológicas, particularmente con respecto a la observación y medición de fenómenos tan complejos como los descritos, son, sin duda, un obstáculo difícil de sortear, pero al mismo tiempo un reto que parece ser importante afrontar en el futuro, con el fin de producir una comprensión más clara de los fenómenos y procesos que promueven el éxito terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research, 22*, 367–380.
- APA. (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. Disponible en: <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey G., Gower, P., Tosunlar, L. & Corrigan, E. (2012). Does CBT facilitate emotional processing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*, 19–37
- Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (2001). Change in compensatory skills in cognitive therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Practice Research, 10*, 8–13.
- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American Psychological Association, 65*, 13–20
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Depression-related negative cognition: Mood-state and trait dependent properties. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 293–307.
- Carrier, J. R. & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 190–199.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Gross Holtforth, M. (2006). The working alliance: where are we and where should we go?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 271–279.
- Connolly-Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A. & Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 801–813.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. & Mukherjee, D. (2013) Psychotherapy Process-Outcome Research. In M.J. Lambert (Ed). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th Ed, pp. 298-340). New Jersey: Willey.
- Dobson K. S., Hollon S. D., Dimidjian S., Schmalzing K. B., Kohlenberg R.J., Gallop R.J., Rizvi S.L., Gollan J.K., Dunner D.L. & Jacobson N.S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-77.
- Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., MacCabe, K. & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1078–1088.

- Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 2, 97–100
- Fava, M., Bless, E., Otto, M. W., Pava, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1994). Dysfunctional attitudes in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 45–49
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107–112.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487–499.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., & Furr, J.M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals*, 33, 47–53.
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224–239.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(5), 611–630.
- Gonçalves, M. M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapies and the nature of “unique outcomes” in the construction of change. *Journal of Constructive Psychology*, 22, 1–23
- Hill, C. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 3–24.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., & DeRubeis, R. J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In R. E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment* (pp. 117–136). New York: Plenum Press.
- Ingram, R. E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 255–281). San Diego, CA: Academic Press.
- Jaycox, L.H., Foa, E.B., & Morral, A.R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185–192.
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418–428
- Kwon, S., & Oei, T. P. S. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 73–85.
- Kuyken, W. (2004). Cognitive therapy outcome: The effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behavior Research and Therapy*, 42, 631–646.
- Kuyken W., Byford S., Taylor R. S., Watkins E., Holden E., White K., Barrett B., Byng R., Evans A., Mullan E. & Teasdale J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966–78.
- Leiman, M. (2002). Toward semiotic dialogism: The role of sign mediation in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12, 221–235
- Malin A. J. & Pos, A. E. (2014). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 1–15.
- Missirlan, T.M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H. & Greenberg, L. S. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing, and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 861–871.
- McKnight, D. L., Nelson-Gray, R. O., & Barnhill, J. (1992). Dexamethasone suppression test and response to cognitive therapy and antidepressant medication. *Behavior Therapy*, 23, 99–111.
- 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, 875–887.
- Pavio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50, 341–345.
- Pos, A. E., Greenberg, L.S., Goldman R. N. & Korman, L. M. (2003). Emotional Processing During Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1007–1016.
- Pos, A. E., Greenberg, L.S. & Warwar, S. H. (2009). Testing a Model of Change in the Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1055–1066.
- Procter, H. G. (2009). The construct. In R. J. Butler, (Ed.) *Reflections in Personal Construct Theory*. Chichester: Wiley- Blackwell
- Segal, Z. V., Gemar, M., Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3–10.

- Segal, Z. V., Kennedy, M. D., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., Buis, T., et al. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749–755.
- Seeds, P. M. & Dozois, D. J. A. (2010). Prospective evaluation of a cognitive vulnerability-stress model for depression: the interaction of schema self-structures and negative life events. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1307-1323
- Stravynski, A., Verreault, R., Gaudette, G., Langlois, R., Gagnier, S., Larose, M., et al. (1994). The treatment of depression with group behavioral-cognitive therapy and Imipramine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 387–390.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W. & Alvarez, J. (2007). Patients' Competence in and Performance of Cognitive Therapy Skills: Relation to the Reduction of Relapse Risk Following Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 523–530.
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1, 1–13.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). *Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894–904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 168–172.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Paykel, E. S., Scott, J., Pope, M., et al. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 347–357.
- Watson, J. C. & Bedard, D. L. (2006). Clients' Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 152–159.
- Warwar, S. (2003). *Relating emotional arousal to outcome in the treatment of depression*. Unpublished doctoral dissertation, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Warwar, N. & Greenberg, L. (2000). *Catharsis is not enough: Changes in Emotional Processing related to Psychotherapy outcome*. Paper presented at the International Society for Psychotherapy Research Annual Meeting, June, Indian Hills, Chicago.
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 282–288.

IV ENCUENTRO DE AETEN

Sevilla, del 12 al 14 de marzo de 2015

Invitado especial, Hugh Fox



Puntos de entrada
Conversaciones Terapéuticas
Puertas de esperanza

Dani Jorjic

Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla



Información: www.aeten.es

Inscripción: aetenencuentros@gmail.com

Organiza:



Colabora:



CAMBIOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO, ESTRUCTURA COGNITIVA Y SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES CON TRASTORNO DISTÍMICO EN TERAPIA DE GRUPO. COMPARACIÓN CON UNA MUESTRA NO CLÍNICA

CHANGES IN SELF CONSTRUCTION, COGNITIVE STRUCTURE AND SYMPTOMS IN WOMEN WITH DYSTHYMIC DISORDER DURING GROUP THERAPY. COMPARISON WITH A NON-CLINICAL SAMPLE

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Vegazo, E. y Saúl, L. A. (2014). Cambios en la construcción del sí mismo, estructura cognitiva y sintomatología en mujeres con trastorno distímico en terapia de grupo. Comparación con una muestra no clínica. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 49-67.

Esmeralda Vegazo Sánchez

Psicóloga clínica

Luis Ángel Saúl

Psicólogo clínico

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología, UNED.

Resumen

El propósito de este estudio es analizar si se han producido cambios en la construcción del sí mismo, en la estructura cognitiva y en la sintomatología ansiosa-depresiva en 19 pacientes diagnosticadas de trastorno distímico tras realizar seis meses de terapia de grupo. Un segundo objetivo que nos hemos planteado, ha sido analizar con medidas test y retest si en una muestra no clínica, pareada en edad, nivel de estudios y ocupación con la muestra clínica, ha habido cambios en la construcción del sí mismo, en la estructura cognitiva tras un lapso de tiempo a los seis meses. Para evaluar estos cambios hemos utilizado la Técnica de la Rejilla de Kelly, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Autoestima de Rosemberg. Los resultados revelan que los pacientes con trastorno distímico, tras la terapia de grupo, han tenido un cambio en la construcción del sí mismo y en su estructura cognitiva, no encontrándose este tipo de cambios en la muestra no clínica. Además, en la muestra clínica también se ha obtenido una disminución del nivel de ansiedad y de depresión, junto con un aumento del nivel de autoestima.

Palabras clave: Trastorno distímico, Terapia de Grupo, cambio terapéutico, estructura cognitiva, construcción del sí mismo, Técnica de Rejilla, estudio comparativo, estudio de resultado

Fecha de recepción v1: 11/06/14. Fecha de recepción v2: 23/12/14. Fecha de aceptación: 24/12/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: esmevegazo@hotmail.com - lasaul@psi.uned.es

Dirección postal: Esmeralda Vegazo Sánchez

C/ Carlos Caamaño 8, 28016 Madrid

© 2014 Revista de Psicoterapia



Abstract

The purpose of this paper is to analyze whether there have been changes in self construction, cognitive structure and anxious-depressive symptomatology in 19 patients diagnosed with dysthymic disorder, after been treated in group therapy during six months. The second objective was to compare those changes in self construction and cognitive structure with a non-clinical sample paired in age, education and occupation levels, during a six months lapse. The assessment tools used were Repertory Grid Technique, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI) and Rosenberg self-esteem scale. The results show that, after group therapy, patients with dysthymic disorder, have changed in self construction and cognitive structure. However, no changes were found in non-clinical sample. Moreover, the clinical sample has also obtained a decrease of anxiety and depression levels, along with an increased of the self-esteem level.

Keywords: Dysthymic disorder, group therapy, therapeutic change, cognitive structure, self construction, Repertory Grid Technique, comparative study, outcome study

INTRODUCCIÓN

En la quinta edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-5), el trastorno depresivo persistente o también llamado trastorno distímico, es definido como un “estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años” (APA, 2013). Por otro lado, se ha visto, que en la práctica clínica, los pacientes con trastorno distímico, muestran una marcada resistencia a los tratamientos psicológicos y farmacológicos, teniendo una tasa mucho más baja de recuperación si lo comparamos con el trastorno depresivo mayor: 40% frente al 75% al finalizar el año, teniendo un pronóstico desfavorable (APA, 2000).

Según la “Guía de tratamientos psicológicos eficaces”, el tratamiento de elección en el trastorno distímico, es la Terapia Cognitiva realizada por Beck en 1979 (Pérez, Fernández, Amigo, Fernández, 2003). A pesar de que se concluye que el tratamiento psicológico de elección en el trastorno distímico y en la depresión unipolar es la Terapia Cognitiva (Pérez, García, 2001), como el propio Beck ha señalado recientemente, el modelo formulado resulta incompleto y necesita complementarse (Beck y Dozois, 2011).

Un aspecto que ha sido poco estudiado y que podría contribuir a explicar las dificultades que tienen los pacientes con trastorno distímico en la mejoría de su malestar, son los procesos cognitivos relacionados con la identidad y los conflictos cognitivos (Feixas, Saúl, Ávila y Sánchez, 2001; Féixas, Saúl y Ávila, 2009). Para su estudio y explicación, desde este artículo nos hemos servido en la Teoría de los Constructos Personales (TCP) de George Kelly (1955/2001).

La TCP supone un enfoque teórico diferente dentro de las grandes teorías de la personalidad, puesto que explica cómo las personas construyen su mundo personal mediante su interpretación de los acontecimientos. De esta forma, el ser humano entendería la realidad de acuerdo con el sistema de los constructos personales que ha elaborado a lo largo de su vida. Desde la TCP se da una gran importancia a cómo el individuo se construye a sí mismo y a las discrepancias que surgen dentro de su sistema de construcción. Desde esta teoría se entiende como comprensible que la persona se encuentre con conflictos o dilemas al tener que compatibilizar el autoconcepto con sus valores personales en el proceso de tomar decisiones (Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ, y Pucurull, 2014).

Por otro lado, Kelly (1955) elaboró en coherencia con su teoría, una técnica de evaluación, la Técnica de Rejilla (TR), con el fin de estudiar la red de significados a través de los cuales una persona percibe y actúa en el acontecer cotidiano (Feixas y Cornejo, 1996). La rejilla es la técnica de evaluación psicológica más utilizada en el área de las investigaciones fundamentadas en la terapia de constructos personales (Botella y Feixas, 1998; Feixas y Villegas, 2000; Saúl, López-González, Moreno-Pulido, Corbella, Compañ y Fexias, 2012). La TR es un buen instrumento para poder valorar la estructura cognitiva y así poder captar los conflictos de significado

personal (Feixas, Saúl y Sánchez, 2000; Feixas y Saúl, 2004).

Para el estudio presentado en este artículo, hemos utilizado el programa Record 5 (de acceso gratuito en: <http://www.tecnicaderejilla.net>) para el análisis de los datos obtenidos con la aplicación de la TR y hemos seleccionado algunos índices de la medida en la “construcción del sí mismo” y de la “estructura cognitiva” que consideramos relevantes estudiar en pacientes con trastorno distímico. Dentro de las medidas de la construcción del sí mismo, hemos utilizado el *número de constructos congruentes* (NCC) que aparecen en sus rejillas, esta variable hace referencia a constructos con los que el sujeto se siente satisfecho. A través de la TR este índice se identifica porque entre los elementos “yo” y “yo ideal” no hay más de un punto de diferencia (utilizando una escala de 7 puntos). Estos constructos incluyen aspectos nucleares que definen el sí mismo del sujeto, los cuales el sujeto no desea modificar.

Otra variable de estudio seleccionada es el *número constructos discrepantes* (NCD) que también se manifiestan en las rejillas. Estos constructos hacen referencia a constructos en los que existe un malestar y un deseo de cambio por parte de la persona evaluada. Para la identificación de los mismo buscamos si existe una diferencia notable (de cuatro o más puntos, en una escala de 7 puntos) entre los elementos “yo” y el “yo ideal”.

Con respecto con las dos variables anteriores, consideramos de interés estudiar la relación entre ellas, de forma que se puedan detectar incongruencias o conflictos entre ambos tipos de constructos personales. Este tipo de conflicto cognitivo ha sido denominado Dilema Implicativo (DI) y operativizado por el grupo de investigación del profesor Guillem Feixas (Feixas, Saúl, Avila y Sánchez-Rodríguez, 2001). En este estudio hemos tomado como variable el *número de dilemas implicativos* (NDI) que aparecen en la TR de cada sujeto evaluado. El DI es un tipo de conflicto cognitivo que da cuenta de una inconsistencia entre dos niveles de construcción del sujeto. Por una parte la construcción de su malestar psicológico y por otra la construcción sobre el sí mismo. En un DI el sujeto se encuentra ante una disyuntiva, por un lado existe un deseo de abandonar su malestar psicológico y por otro lado, ese malestar psicológico está asociado a aspectos de la definición del sí mismo con el que el sujeto se siente satisfecho. De tal manera, que el abandono de este malestar tendría consecuencias negativas en su identidad. Así la persona es reacia a dejar su síntoma por mucho malestar que le genere. Hinkle en 1965 (Hinkle, 1965), abrió un campo muy interesante con este concepto, indicando que debido a esto, el paciente se sentiría dividido entre un cambio deseado y las implicaciones positivas del síntoma que le definen como persona. El concepto de DI ha sido adaptado y operativizado dentro del Proyecto de investigación Multicéntrico Dilema, en donde se investiga el papel de los DI en diversos problemas de salud, tanto físicos como mentales (Feixas y Saúl, 2004); más información sobre el proyecto en internet: www.usal.es/tcp). Recientemente, el equipo del profesor Feixas ha aportado evidencia sobre la importancia de los DI en las personas con depresión, señalando

una alta frecuencia de éstos en la narrativa del paciente depresivo (Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ, y Pucurull, 2014; Montesano et al., 2014). Además, Erazo (2004), en un estudio piloto, encontró una gran proporción de dilemas implicativos en pacientes depresivos, un 54% en pacientes con depresión mayor ($n = 13$) y un 73% en pacientes con distimia ($n = 22$), en relación a un 39% del grupo control. Asimismo, algunos estudios indican que la disminución de los DI durante el proceso psicoterapéutico, independientemente del modelo de intervención utilizado, estaría relacionado con una disminución de la sintomatología (Feixas y Saúl, 2000; Feixas, Saúl, Winter y Watson, 2008).

Otra variable que nos ha parecido importante incluirla en este estudio es el concepto de autoestima, ya que según la DSM-5, uno de los criterios diagnósticos del trastorno distímico es la baja autoestima que presentan estos pacientes (APA, 2013). A partir de la TR se puede analizar el autoconcepto del sujeto a través de la variable *disimilaridad entre los elementos Yo y Yo-ideal* (DYI) (Feixas y Cornejo, 1996).

Otras variables obtenidas desde el análisis de los datos de las rejillas de los sujetos mediante el Análisis de Correspondencias que realiza el programa Record 5, que hemos considerado relevantes utilizar para este estudio, han sido el peso de los elementos Yo-Ahora y Yo-Ideal a la determinación del eje principal, equivalente a la carga factorial de un Análisis de Componentes Principales. El Análisis de Correspondencias es una técnica de factorización multidimensional que se enclava dentro de los métodos multivariados (Cornejo, 1988b). Su propósito consiste en reducir en unas pocas dimensiones el conjunto de los datos, explicando el máximo de varianza posible. En este estudio hemos tomado en consideración los valores de la *Contribución Absoluta (CA) a la determinación del Eje 1*, de los elementos Yo-Ahora y Yo-Ideal. Este valor de la contribución a la determinación del eje nos daría información sobre la relevancia de estos dos elementos. De tal manera que, por ejemplo, si el Yo-Actual tuviese un valor próximo al 0 nos indicaría el poco peso que tiene la construcción del sujeto sobre sí mismo en el primer eje de significado obtenido de su Rejilla.

Por otro lado, hemos analizado una serie de variables en las medidas de la estructura cognitiva que componen la TR. Entre estas variables hemos evaluado el *índice de indefinición* (II). El II informa del porcentaje de puntuaciones medias en las que el sujeto no le ha sido posible situar un elemento en uno u otro polo del constructo. En una escala de 7 puntos como la utilizada en este estudio, el II determina el porcentaje de puntuaciones 4 utilizadas. Una puntuación muy alta en esta medida indicaría una dificultad para dar sentido a los elementos utilizados en la TR de una forma significativa (Feixas y Cornejo, 1996).

Por último, otra variable que hemos incluido en el estudio, es el *índice de polarización* (IP). Este índice, nos indica el porcentaje total de puntuaciones extremas en la matriz de datos de la TR. En una escala de 7 puntos como la utilizada en este estudio, el IP determina el porcentaje de puntuaciones 1 y 7 utilizadas. Así,

en el caso de un constructo muy polarizado, sugiere que se podría tratar de un constructo muy significativo, en el sentido de que permite definir con sus valores máximos a la mayoría de los elementos (Feixas y Cornejo, 1996). Por otra parte, cuando se toma en su valor global, puede indicar el grado de rigidez, o extremosidad, lo cual se ha asociado a rasgos patológicos del evaluado (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992).

A partir de estas medidas podremos inferir algunas características estructurales del sistema de constructos e hipotetizar así algunos rasgos de los estilos cognitivos de los sujetos con trastorno distímico.

En el manual diagnóstico DSM-5, el trastorno distímico o trastorno depresivo persistente, se incluye dentro de la categoría de Trastornos depresivos, siendo los criterios diagnósticos más habituales el estado de ánimo crónicamente triste, baja autoestima, desesperanza, anhedonia, tendencia al pesimismo, problemas de concentración o de toma de decisiones, falta de energía o fatiga, trastornos del apetito, trastornos del sueño. Por ello, hemos decidido incluir en este estudio, variables relacionadas con la sintomatología ansiosa-depresiva, tales como la *ansiedad*, la *tristeza* y el *nivel de autoestima*, que nos indicarán tras realizar la terapia grupal, si hay una modificación en estas variables. Para evaluar dichos cambios, hemos utilizado el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Autoestima (RSES).

Los objetivos que nos hemos planteado en este estudio son dos. El primer objetivo es analizar si tras la realización de una terapia de grupo con pacientes diagnosticados de trastorno distímico, se ha producido cambios significativos en la construcción del sí mismo y en la estructura cognitiva, así como una mejora a nivel de la sintomatología ansiosa-depresiva. El segundo objetivo consiste en comparar la muestra clínica con una muestra no clínica y analizar si hay diferencias significativas entre ambas antes y después de un periodo de tiempo de seis meses, donde los sujetos clínicos han realizado una terapia grupal, y los sujetos no clínicos no han recibido ninguna intervención psicológica. Se espera por otro lado, que en la muestra no clínica después del periodo de tiempo de seis meses no haya cambios ni en la construcción del sí mismo ni en la estructura cognitiva.

MÉTODO

Participantes

Los participantes de este estudio constituyen un total de 38 sujetos, entre 21 y 55 años ($M = 43.24$, $DT = 10.83$) que están distribuidos en dos muestras, una clínica y otra no clínica. Las muestras están formadas exclusivamente por mujeres.

La *muestra clínica* está compuesta por 19 sujetos de entre 26 y 70 años de edad ($M = 44.53$, $DT = 12.24$). Estos sujetos están derivados por su psiquiatra o psicólogo de su Centro de Salud Mental y están diagnosticadas de trastorno distímico.

Antes de empezar la terapia de grupo se realizó una entrevista individual para

asegurar que cumplieran con los siguientes requisitos, imprescindibles para la admisión en el grupo.

- Criterios diagnósticos según CIE-10 de trastorno distímico.
- Pacientes entre 20 y 70 años de edad.
- Mostrar motivación y disponibilidad para asistir al grupo.
- No tener una estructura psicótica o cumplir criterios diagnósticos de Trastornos de la Personalidad.
- No ser pacientes drogodependientes.

La *muestra no clínica* es extraída de un “banco de datos” de rejillas de población no clínica formado por voluntarios reclutados y evaluados en su ambiente natural, por alumnos de la UNED previamente entrenados en la utilización de la TR. Los sujetos que componen dicha base de datos no superan los niveles de normalidad en sintomatología clínica valorados con el SCL-90R (González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002). De dicho banco de datos se seleccionaron 19 sujetos, de sexo femenino, de entre 21 y 53 años de edad ($M = 43.24$, $DT = 10.83$). Estos sujetos se seleccionaron por el criterio de semejanza en edad, nivel de estudios y ocupación a la *muestra clínica*.

Instrumentos

En la muestra clínica, se realizaron dos evaluaciones, pre y post tratamiento, en donde se administraron las siguientes pruebas: la TR (Kelly, 1955), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008), el Inventario de Depresión de Beck, (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996) y el Cuestionario de Autoestima (RSES) (Rosenberg, 1965). Todos los pacientes cumplieron una TR con la misma estructura. Siguió un protocolo en el que estaban fijados doce roles para los elementos y doce preguntas concretas para generar doce constructos (ver anexo 1). Después de seis meses, se realizó la evaluación post, en la que se utilizó la misma rejilla, con los mismos constructos y elementos. Además, se volvieron a pasar los mismos autoinformes administrados en la evaluación pre.

En la muestra no clínica, también se realizaron dos evaluaciones, test y retest a los seis meses. La TR utilizada seguía el mismo protocolo que en la muestra clínica. En la evaluación retest se utilizaron los mismos constructos y elementos que en la rejilla inicial.

Procedimiento

Para realizar este estudio hemos escogido una muestra de pacientes con trastorno distímico en el Centro de Salud Mental “Esperanto” (Valladolid), en el que se estaban realizando terapias grupales para pacientes diagnosticados de trastorno distímico. La terapia estaba dirigida por un terapeuta, acompañado de otro terapeuta observador, lo que aporta una doble perspectiva sobre el grupo y sus individuos.

Se realizaron 26 sesiones, una a la semana, de 90 minutos cada una, durante

seis meses. La muestra de 19 sujetos se dividió de forma aleatoria en dos grupos para una mejor atención del paciente, formándose así un grupo de diez sujetos y otro de nueve. La terapia de cada grupo se realizó en días de la semana diferentes, en el mismo Centro de Salud y a la misma hora. En ambos grupos se trataron los mismos temas con el mismo procedimiento. La terapia grupal, se llevó a cabo con un enfoque principalmente cognitivo-conductual.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal, donde se ha llevado a cabo un diseño ex post facto retrospectivo de comparación de grupos (Fontes de Gracia *et al.*, 2001). En este estudio se comparó un grupo de sujetos distímicos que realizó una terapia grupal (*muestra clínica*), con otro grupo de sujetos que tenía la función de grupo control (*muestra no clínica*).

Para controlar las variables extrañas que pueden interferir en los resultados, se ha llevado a cabo un emparejamiento de sujetos. Las variables emparejadas fueron: sexo, edad, nivel de estudios y ocupación.

RESULTADOS

Medidas de la construcción del sí mismo:

Se ha analizado si existían diferencias de medias en la variable *Número de Constructos Congruentes* (NCC) entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos. Para ello se ha utilizado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En la evaluación pre no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ($U = 160.50$; $p = .55$) (Ver tabla 1).

Sin embargo, en la evaluación post se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U = 74.50$; $p = .00$), mostrando el grupo de sujetos clínicos una media mayor de NCC. Analizando exclusivamente el grupo de los sujetos clínicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el NCC entre la evaluación pre y post ($Z = -3.41$; $p = .00$), produciéndose un aumento en esta variable al finalizar la terapia. Para realizar este análisis, se utilizó la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon. El tamaño del efecto de este cambio se cataloga como muy relevante ($d = 1.12$). La fórmula que se utilizó para calcular el tamaño del efecto para muestras relacionadas fue la propuesta por Vallejo (2012). Esto es, dividir la diferencias de medias pretest y posttest entre la desviación típica del posttest.

Con respecto al *Número de Constructos Discrepantes* (NCD), se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos en la evaluación pre ($U = 115.00$; $p = .05$), pero no en la evaluación post ($U = 109.00$; $p = .09$) (ver tabla 1). Dentro del grupo de los sujetos clínicos, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el NCD entre el pre y post ($Z = -.50$; $p = .61$).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y de contraste de los índices de construcción del sí mismo en sujetos clínicos y no clínicos.

Índices	Media y DT				EC clínicos y no clínicos		Test-Retest		Tamaño del Efecto		
	Sujetos clínicos		Sujetos no clínicos		U Mann-Whitney	Sig. Bilateral	Suj clínicos	Suj no clínicos	Suj clínicos	Suj no clínicos	
	M	DT	M	DT							Z
NCC	Pre	5.21	2.91	5.63	2.58	160.50	.55	-3.41	-1.23	1.15	Pequeño
	Post	8.11	2.53	5.29	2.88	74.50	.00	.00	.21	Muy Relevante	
NCD	Pre	3.63	2.71	2.26	3.14	115.00	.05	-.50	-.13	-.16	Pequeño
	Post	3.21	2.57	2.00	2.23	109.00	.09	.61	.89	Pequeño	
NDI	Pre	3.16	3.20	.74	1.32	89.50	.00	-.84	-.61	-.26	Pequeño
	Post	2.32	3.21	1.18	1.70	139.00	.44	.40	.53	Pequeño	
DYYI	Pre	.44	.14	.41	.20	144.00	.28	-2.91	-1.25	-.93	Pequeño
	Post	.30	.15	.32	.13	146.00	.62	.00	.20	Muy relevante	Moderado
CA-Y	Pre	8.11	7.03	6.18	6.60	149.00	.35	-2.05	-.94	-1.06	.11
	Post	3.87	3.99	6.95	6.57	146.00	.62	.04	.34	Muy Relevante	No relevante
CA-I	Pre	8.53	3.68	4.65	4.72	132.00	.11	-2.64	-.31	-.90	.50
	Post	5.32	3.56	8.24	7.16	132.00	.34	.00	.75	Relevante	Moderado

Nota: NCC (número de constructos congruentes), NCD (número de constructos discrepantes), NDI (número dilemas implícitos), DYYI (disimilaridad Yo-Yo Ideal), CA-Y (contribución absoluta al eje I del YO-AHORA), CA-I (contribución absoluta al eje I del YO-IDEAL), Sig. Bilateral (significación bilateral), EC (estadístico de contraste entre muestra clínica y muestra no clínica), Test-Retest (comparación entre momentos test-retest).

Con respecto al *Número de Dilemas Implicativos* (NDI) en la evaluación pre se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos clínicos y el grupo de sujetos no clínicos ($U = 89.50$; $p = .00$) (ver tabla 1). En la evaluación post no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos ($U = 139.00$; $p = .44$). No obstante, se puede observar que en el grupo de sujetos clínicos la media del NDI ha disminuido en la medida post si lo comparamos con la media del inicio del tratamiento, encontrando un tamaño del efecto pequeño ($d = -.26$). El tamaño del efecto de los sujetos no clínicos al finalizar el tratamiento es pequeño ($d = .25$) (Vallejo, 2012).

En la variable *Disimilaridad entre los elementos Yo y Yo-Ideal* (DYYI), en la evaluación pre, no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ($U = 144.00$; $p = .28$) (ver tabla 1). En la evaluación post tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U = 146.00$; $p = .62$). Sin embargo, en el grupo de los sujetos clínicos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la DYYI entre las medidas pre y post, produciéndose una disminución ($Z = -2.91$; $p = .00$), hallada por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon. El tamaño del efecto indica que la diferencia que se ha hallado antes y después del tratamiento es muy relevante ($d = -.93$), sin embargo la diferencia de los sujetos no clínicos cuando acabaron el tratamiento fue moderada ($d = -.69$) (Vallejo, 2012).

En la variable *Contribución Absoluta del elemento Yo-Ahora* (CA-Y), en la evaluación pre no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ($U = 149.00$; $p = .35$). En la evaluación post tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U = 146.00$; $p = .62$) (ver tabla 1). Sin embargo, dentro del grupo de los sujetos clínicos se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post ($Z = -2.05$; $p = .04$), produciéndose una disminución, calculada con la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon. El tamaño del efecto indica que en el grupo clínico esa diferencia es muy relevante ($d = -1.06$), sin embargo en los sujetos no clínicos el tamaño del efecto (cambio en seis meses) no es relevante ($d = .11$) (Vallejo, 2012).

En la variable *Contribución Absoluta del elemento Yo-Ideal* (CA-I), en la evaluación pre no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ($U = 126.50$; $p = .11$). En la evaluación post tampoco se hallaron diferencias de medias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U = 132.00$; $p = .34$). Sin embargo, por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon, en los sujetos clínicos se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post ($Z = -2.64$; $p = .00$) (ver tabla 1) encontrándose una disminución de la media después del tratamiento. El tamaño del efecto indica que esta diferencia es relevante ($d = -.90$), por el contrario, el tamaño del efecto de los sujetos no clínicos es moderado ($d = .50$) (Vallejo, 2012).

Medidas de la estructura cognitiva:

En la variable *Índice de Indefinición* (II) se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas en la evaluación pre entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ($U = 58.00$; $p = .00$), a favor de estos últimos (ver tabla 2). En la evaluación post también se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos ($U = 24.00$; $p = .00$), a favor de los no clínicos, observando una disminución acusada en los sujetos clínicos. Además, por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon en el grupo de los sujetos clínicos, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post ($Z = -3.05$; $p = .00$), habiendo una disminución de la media. A través de la valoración del tamaño del efecto, se ve que esta diferencia es muy relevante ($d = -1.82$), sin embargo en los sujetos no clínicos el tamaño del efecto es pequeño ($d = .25$) (Vallejo, 2012).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y de contraste de los índices de estructura cognitiva en sujetos clínicos y no clínicos.

		Media y DT				EC clínicos y no clínicos		Test-Retest		Tamaño del efecto	
		Sujetos clínicos		Sujetos no clínicos		U Mann-Whitney	Sig. Bil.	Suj clínicos	Suj no clínicos	Suj clínicos	Suj no clínicos
		M	DT	M	DT			Z Sig.	Z Sig.	D	D
II	Pre	6.06	4.54	13.76	6.28	58.00	.00	-3.05	-1.11	-1.82	.25
	Post	2.08	2.18	16.13	9.2	24.00	.00	.00	.26	Muy relevante	Pequeño
IP	Pre	28.69	10.72	21.53	10.63	125.00	.10	-2.57	-2.65	.65	-.76
	Post	37.86	14.03	13.44	10.67	27.00	.00	.01	.00	Moderado	Moderado

Nota. II (índice de indefinición), IP (índice de polarización), EC (estadístico de contraste entre muestra clínica y muestra no clínica), Sig. Bilateral (significación bilateral), Test-Retest (comparación entre momentos test-retest).

En la variable *Índice de Polarización* (IP), en la evaluación pre no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ($U = 125.00$; $p = .10$) (ver tabla 2). En la evaluación post sin embargo, se hallaron diferencias de medias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U = 27.00$; $p = .00$), a favor de la muestra clínica. Por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post tanto para la muestra clínica ($Z = -2.57$; $p = .01$), encontrándose un aumento de la media después del tratamiento, como en la no clínica ($Z = -2.65$; $p = .00$), encontrándose en este caso, una disminución. El tamaño del efecto indica que esta diferencia es moderada tanto para la muestra clínica ($d = .65$), como para la muestra no clínicos ($d = -.76$) (Vallejo, 2012).

Sintomatología ansiosa-depresiva:

Dentro del grupo de los sujetos clínicos se analizaron las siguientes variables:

Nivel de Ansiedad: Se han encontrado diferencias de medias entre la evaluación pre y post, utilizando la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon, para las variables Ansiedad-Estado (A-E) ($Z = -3.82$; $p = .00$) y Ansiedad-Rasgo (A-R) ($Z = -3.54$; $p = .00$) (ver tabla 3). Entre ambos momentos de evaluación se produce una disminución de la medida de ambas variables. El tamaño del efecto indica que esta diferencia es muy relevante, tanto para la variable A-E ($d = -1.37$), como para AR ($d = -.99$).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y de contraste de los índices índices de "Sintomatología ansiosa-depresiva" en sujetos clínicos en la evaluación Pre y Post.

	Medias y DT				EC		Tamaño del efecto	
	Pre		Post		Z	Sig. Bilateral	D	
	M	DT	M	DT				
A-E	70.63	22.50	44.21	19.24	-3.82	.00	-1.37	Muy relevante
A-R	78.21	22.62	55.79	22.68	-3.54	.00	-.99	Muy relevante
Nivel de Depresión	28.79	7.77	20.11	6.43	-3.82	.00	-1.34	Muy relevante
Nivel de Autoestima	18.74	8.06	23.84	7.21	-3.62	.00	0.70	Relevante

Nota: A-E (ansiedad-estado), A-R (ansiedad-rasgo), **Sigte** (significativamente), **EC** (estadístico de contraste).

Nivel de Depresión: Se han encontrado para esta variable diferencias de medias entre la evaluación pre y post, utilizando la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon ($Z = -3.82$; $p = .00$). En la evaluación post se obtuvo una disminución. El tamaño del efecto obtenido es muy relevante ($d = -1.34$) (Vallejo, 2012) (ver tabla 3).

Nivel de Autoestima: Se han encontrado para esta variable diferencias de medias entre la evaluación pre y post, utilizando la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon ($Z = -3.62$; $p = .00$). En la evaluación post se encontró un aumento de esta variable. El tamaño del efecto obtenido fue relevante ($d = .70$) (ver tabla 3).

DISCUSIÓN

En este trabajo se han explorado dos aspectos importantes. El primer objetivo que nos hemos planteado ha sido analizar si tras haber realizado una terapia de grupo de seis meses de duración se han producido cambios en la construcción del sí mismo, en la estructura cognitiva y en la sintomatología ansiosa-depresiva en mujeres diagnosticadas de trastorno distímico. El segundo objetivo propuesto ha sido comparar si había diferencias significativas entre sujetos clínicos y no clínicos antes y después de que los sujetos clínicos realizasen la terapia grupal. Por medio

de la TR se evaluó si se habían producido cambios en variables relacionadas con la “construcción del sí mismo” y la “estructura cognitiva”.

En la evaluación de la “construcción del sí mismo”, hemos analizado los siguientes índices de TR que nos han parecido relevantes tener en cuenta: número de constructos congruentes, número de constructos discrepantes, número de dilemas implicativos, disimilaridad entre los elementos Yo y Yo-Ideal y la *contribución absoluta a la determinación del Eje I*, de los elementos Yo-Ahora y Yo-Ideal. Sobre el índice NCC, en la evaluación pre, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos. No obstante, sí se encontraron en la evaluación post, presentando los sujetos clínicos un mayor NCC. Dentro del grupo de los sujetos clínicos, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento, siendo mayor el índice del NCC después del tratamiento, con un tamaño del efecto catalogado como muy relevante. El aumento de esta variable indicaría que aumenta el número de constructos con los que los sujetos se encontrarían más satisfechos consigo mismo.

Con respecto al NCD, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la evaluación pre entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos. Presentando los sujetos clínicos un mayor número de discrepancias en cuanto dónde sitúan a su elemento “yo” con respecto a su “yo ideal”. Estas discrepancias están relacionadas con un mayor malestar psicológico. Sin embargo, en la evaluación post no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Con respecto a las medidas entre las evaluaciones test y retest, en la muestra de los sujetos clínicos después del tratamiento no hemos encontrado una disminución significativa. Este resultado podría hacernos pensar, que si uno de los temas más frecuentes y más persistentes en estos pacientes es la insatisfacción en su “yo actual” queriéndolo aproximar a su “yo ideal”, quizás la duración del tratamiento ha sido insuficiente para generar este cambio de esquemas, más cuando sí hemos observado, que con el mismo tiempo, se ha producido un cambio muy significativo con respecto a los síntomas ansioso-drepresivos.

En el análisis de la variable número de DI, encontramos diferencias significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos en la evaluación inicial, presentando los sujetos clínicos un mayor NDI. Esto es acorde con otras investigaciones que encuentran la relación entre sintomatología depresiva y presencia de DI (ver p. ej. Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ, y Pucurull, 2014). Sin embargo, aunque se ha encontrado una reducción del ND en los sujetos clínicos tras seis meses de tratamiento, ésta no llega a ser estadísticamente significativa. Debemos de indicar que para realizar el estudio, partíamos de la hipótesis de que en los pacientes con trastorno distímico, la proporción de DI era mayor que en el grupo control, resultado que hemos podido confirmar. Sin embargo, después de seis meses, tanto en los sujetos clínicos como en los no clínicos no se han encontrado diferencias significativas en dicho índice. Con respecto a estos resultados, debemos de tener en cuenta la importancia que tienen los DI en las personas con depresión debido a su

alta frecuencia (Feixas et al. 2008). En este grupo de sujetos analizados, la terapia grupal no ha sido lo suficientemente potente para llegar a disminuir el NDI en los pacientes, en seis meses. Sería interesante para futuras investigaciones llevar a cabo un tratamiento psicológico que se centrara en trabajar los DI en profundidad y observar si así se produce una disminución de este índice, o analizar si estos cambios de esquemas necesitan más tiempo para producirse, realizándose evaluaciones de seguimiento para comprobarlo.

Con respecto a la variable DYYI, tanto en la evaluación pre como en la post no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos. Sin embargo, dentro de los sujetos clínicos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post, con un tamaño del efecto muy relevante. Esta disminución en la media de la DYYI, concuerda con las previsiones de cambio que señala Winter (1985). Hay que tener en cuenta que cuanto más se aproxime a cero esta variable, hay menos diferencias entre los elementos *Yo* y *Yo-ideal*, y por lo tanto, el nivel de autoestima sería mayor. El que no se hayan encontrado diferencias en esta variable en la evaluación pre, entre sujetos clínicos y no clínicos, nos permite poder pensar que, que al menos, en sujetos con trastorno distímico, sus diferencias con la población no clínica, no se encuentra en la visión que tienen de sí mismos, en la línea de que su construcción del sí mismo esté muy alejada de su ideal. Parece, que al menos, con los datos que hemos encontrado, la visión de estos sujetos de sí mismos no es muy distinta de la que tienen sujetos no clínicos, aunque podemos intuir, que la psicoterapia podría estar produciendo una mejora en esa visión.

En la *Contribución Absoluta (CA) a la determinación del Eje 1*, de los elementos *Yo-Ahora* y *Yo-Ideal*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos ni en la evaluación test ni retest. No obstante, en la muestra clínica se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post, produciéndose una disminución de la media, con un tamaño del efecto catalogado como muy relevante, en el caso de la variable *Yo-ahora*, y de relevante en la variable *Yo-ideal*. Estos datos indicarían que en los sujetos clínicos, tras seis meses de tratamiento ha disminuido el peso que tiene la visión del sí mismo en relación a otros elementos, al igual que ha disminuido el peso que tiene la construcción de lo que el sujeto le gustaría ser. Hay que señalar que esperábamos encontrar un aumento de esta variable. Una posible explicación de estos datos, es que los sujetos clínicos tras el tratamiento, han aprendido a dar menos importancia a la visión de sí mismo en comparación con otros elementos y a dar menos relevancia a su *Yo-Ideal*. No obstante, necesitaríamos más investigaciones para profundizar en el significado real de esta variable.

También con la TR, hemos analizado variables de medida de estructura cognitiva tales como el índice de indefinición y el índice de polarización. En el II se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en esta variable, tanto en la evaluación pre como en la post entre los sujetos clínicos y los no clínicos,

hallando unos valores inferiores de esta variable en los sujetos clínicos. Tras seis meses de tratamiento en los sujetos clínicos, se ha encontrado una disminución en la media de la variable. Este resultado indica que los pacientes han obtenido una mayor estructuración cognitiva. Además, el tamaño del efecto de esta variable es significativamente muy relevante, por lo que dicho resultado sería interesante tenerlo en cuenta para futuras investigaciones. El dato que resulta llamativo, es que la población no clínica es la que presenta un mayor índice de indefinición en las puntuaciones que otorga a sus rejillas. Este hecho debería revisarse y estudiar si el carácter voluntario de los sujetos no clínicos que rellenan las rejillas está influyendo en que den puntuaciones menos precisas e indefinidas, como es la puntuación intermedia del “4” en una escala de 7 puntos.

Con respecto al IP, en la evaluación pre no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos, sin embargo en la evaluación post se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo los sujetos clínicos los que presentan una mayor polarización en sus puntuaciones. No obstante, en sentido inverso, estas puntuaciones extremas aumentan al finalizar la terapia en el grupo clínico y disminuyen en el grupo no clínico. Sin embargo, esperábamos encontrar una disminución de esta variable en el grupo clínico. La polarización en el uso de un constructo indica su grado de significación y hace referencia al grado en que esa persona construye la realidad de forma dicotómica o polarizada (Feixas et al, 2003). Una alta polarización ha sido considerada como una forma de rigidez cognitiva, es decir, como una visión en términos de “blanco y negro”, “todo o nada”. Algunos estudios sugieren que un alto grado de polarización está asociado a la severidad de los síntomas depresivos (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992).

En este estudio, además de utilizar la TR, hemos empleado otros instrumentos de evaluación, para medir variables relacionadas con la sintomatología ansiosa-depresiva en los sujetos clínicos. Después de realizar la terapia de grupo, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post en la variable Ansiedad-Estado (A-E), obteniendo una disminución de la misma,, categorizándose el tamaño del efecto como de muy relevante.

Con respecto a la variable Ansiedad-Rasgo (A-R), también hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post, obteniendo una disminución de esta variable al finalizar el tratamiento. El tamaño del efecto encontrado se cataloga también como muy relevante. La A-R, señala que el individuo presenta una propensión ansiosa relativamente estable. Dato que nos conduce a la conclusión de que la terapia ha sido beneficiosa, al menos, en relación al manejo de la ansiedad y del estrés.

Con respecto al nivel de depresión hemos hallado una disminución de esta variable al finalizar el tratamiento, con un tamaño del efecto muy relevante. Esta variable además de medir la depresión también mide síntomas como la desesperanza, la irritabilidad, las cogniciones como la culpa o sentimientos de ser castigado,

así como los síntomas físicos como fatiga, pérdida de peso y la falta de interés en el sexo. Este inventario mide sintomatología muy similar a la que sufren los pacientes distímicos, por lo que la reducción del nivel en esta variable significaría una disminución de los síntomas depresivos y una mejora a nivel subjetivo.

Por último, tras llevar a cabo la terapia de grupo, esperábamos que el nivel de autoestima fuese más elevado que al principio del tratamiento. Para poder medir el citado nivel de autoestima, hemos utilizado la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). En la evaluación post, hemos obtenido un aumento de esta variable. Con ello encontramos concordancia con los datos obtenidos con la TR con respecto a la variable DYYI.

A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que tras la terapia grupal en pacientes con trastorno distímico se ha producido en éstos, una modificación a nivel estructural y sintomatológico, no encontrando estos cambios en pacientes no clínicos, menos en la variable polarización. Estos datos apoyarían la conclusión de que la mejora en los pacientes clínicos se debe a que el tratamiento ha sido eficaz y no sólo al mero paso del tiempo.

No obstante, hemos de manifestar las limitaciones del presente estudio, como por ejemplo, la reducida muestra de población, pudiéndose ver alteradas las conclusiones alcanzadas en el supuesto de que se analizase una muestra de tamaño superior. De igual manera, la no existencia de medidas de seguimiento, es una limitación, al no disponer de información de qué sucede en un proceso temporal mayor, y poder explorar de manera más precisa los cambios estructurales y sintomatológicos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000): *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid, España: Arlington.
- Beck, A.T., Dozois, D. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Laertes.
- Cornejo, J. M. (1988b). *Técnicas de investigación social: El análisis de correspondencias. Teoría y práctica*. Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Erazo, M. I. (2004). *Factores cognitivos en los estados depresivos: Un enfoque constructivista*. (Trabajo de investigación, Universidad de Barcelona, España).
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el programa RECORD v 2.0*. Barcelona, España: Paidós.
- Feixas, G., De la Fuente, M., y Soldevilla, J. M. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 152-172.

- Feixas, G., Montesano, A., Erazo-Cacedo, M. I., Compañ, V., y Pucurull, O. (2014). Implicative Dilemmas and Symptom Severity in Depression: A preliminary and content analysis study. *Journal of Constructivist Psychology*, 27(1), 1-11.
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2004). The multi-center dilemma project: An investigation on the role of cognitive conflicts in health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.
- Feixas, G., Saúl, L. A., y Avila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169. doi: 10.1080/10720530802675755
- Feixas, G., Saúl, L. A., Avila, A., y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista argentina de clínica psicológica*, X(1), 5-13.
- Feixas, G., Saúl, L. A., y Sánchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemma: Implications for the therapy process. En Joern W. Scheer (ed.), *The Person in Society-Challenges to a Constructivist Theory* (págs. 391-399). Giessen, Alemania: Psychosozial-Verlag.
- Feixas, G., Saúl, L. A., Winter, D. y Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 243-255.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia (3ª ed.)*. Bilbao, España: DDB.
- Fontes de Gracia, S., García, C., Garriga, A. J., Pérez-Llantada, M. C. y Sarriá, E. (2001). *Diseños de Investigación en Psicología*. Madrid, España: UNED.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis. Adaptación española*. Madrid, España: TEA.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from a view-point of a theory of construct*. Tesis doctoral no publicada, Ohio State University.
- Kelly, G.A. (1955/1991): *The psychology of personal constructs. A Theory of Personality* (vol. 1 y 2). Nueva York: Norton.
- Montesano, A., Feixas, G., Erazo-Cacedo, M. I., Saúl, L. A., Dada, G., y Winter, D. (2014). Cognitive conflicts and symptom severity in Dysthymia: "I'd rather be good than happy". *Salud Mental*, 37(1), 41-48.
- Neimeyer, R.A. (1985). Personal constructs in depression: research and clinical implications. In E.Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (págs. 82-101). Londres, Reino Unido: Croom Helm.
- Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (1), 47-56.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depression. *Psycothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez, M. y García, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigó (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (págs. 161-196). Madrid, España: Pirámide.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (traducción de 1973).
- Saúl, L. A., López-González, M. A., Moreno-Pulido, A., Corbella, S., Compañ, V., y Feixas, G. (2012). Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 112-131. doi: 0.1080/10720537.2012.651065
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.)*. Madrid, España: TEA.
- Vallejo, P. (2012). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Recuperado de: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDeIEfecto.pdf>
- Winter, D. A. (1985). *Repertory grid technique in the evaluation of therapeutic outcome*. Londres, Reino Unido: Croom Helm.

ANEXO 1:**Procedimiento en la utilización de la Técnica de Rejilla utilizada en el estudio**• **ELEMENTOS DE REJILLA**

1. Yo Actual
2. Yo dentro de dos años
3. Padre
4. Madre
5. Persona significativa 1 (pareja)
6. Persona significativa 2 (especificar rol)
7. Persona significativa 3 (especificar rol)
8. Persona significativa 4 (especificar rol)
9. Persona significativa 5 (especificar rol)
10. Persona significativa 6 (especificar rol)
11. Persona non grata
12. Yo Ideal

Sobre la elicitación de los Elementos:

A la hora de elegir las personas significativas hay que especificar, al lado, el **rol** que tienen, esto es, si es un hermano, abuela, tío, amiga, amigo, ex pareja, profesor, jefe, etc.

Para no confundiros vosotros, quizás es importante que también anotéis al lado del rol, el nombre de la persona.

A la hora de introducir los elementos en el programa Record introducir sólo el rol.

Como anexo podéis recoger todo aquello que os haya resultado relevante en el proceso de evaluación, como dificultades a la hora de elicitar los constructos, los elementos, el hecho de no señalar personas de distinto sexo, etc.

PREGUNTAS PARA LA ELICITACIÓN DE CONSTRUCTOS

A continuación se enuncian las preguntas que hay que realizar para elicitar los 12 constructos con los que tiene que contar la rejilla. Se menciona entre qué elementos hay que realizar las preguntas y la respuesta a cada pregunta irá a formar parte del constructo correspondiente. La primera parte de la diferencia formará parte del polo izquierdo del constructo y la segunda parte del polo derecho. *Por ejemplo yo y mi padre nos diferenciamos en que mi padre es “muy ordenado” (polo izquierdo) y yo soy un “desastre” (polo derecho).*

Diferencia yo-padre

Constructo 1. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de tu *Padre*?

Constructo 2. ¿En qué otro aspecto se diferencian?

Diferencia yo-madre

Constructo 3. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de tu *Madre*?

Constructo 4. ¿En qué otro aspecto se diferencian?

Diferencia padre-madre

Constructo 5. ¿En qué se diferencia tu *Padre* de tu *Madre*?

Constructo 6. ¿En qué otro aspecto se diferencian?

Diferencia yo actual-persona significativa 1

Constructo 7. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 1 (*Pareja*)? *Si no tiene pareja, la persona más significativa en la actualidad que no sea el padre ni la madre. Señalar en tal caso el rol.*

Diferencia yo actual-persona significativa 2

Constructo 8. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 2?

Diferencia yo actual-persona significativa 3

Constructo 9. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 3?

Diferencia yo actual-persona significativa 4

Constructo 10. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 4?

Diferencia yo actual-persona significativa 5

Constructo 11. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 5?

Diferencia yo actual-persona significativa 6

Constructo 12. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 6?

Sobre las preguntas de elicitación de los constructos:

Si en las preguntas de en qué se diferencia X de Y no surge ninguna diferencia, entonces preguntar en qué se parecen. Con esta pregunta se coloca esa similitud en el polo izquierdo del constructo (primera columna) y se preguntaría a continuación cual sería el opuesto para esa persona de tal término. Este se colocaría en como polo derecho del constructo (segunda columna).

No repetir constructos. Si un constructo ya ha salido en una de las preguntas, éste no se recoge y se pregunta por alguna otra diferencia.

UNED

Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores

Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4
NÚM. PÁGINAS: 736
AÑO EDICIÓN: 2013
EDITORIAL: UNED

DINÁMICA FAMILIAR Y VÍNCULO PARENTAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

FAMILY DYNAMICS AND PARENTAL BONDING IN EATING DISORDERS

Carlota López, Olga Herrero y Luis Botella

Universitat Ramon Llull. FPCEE Blanquerna

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López, C., Herrero, O., Y Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 69-81.

Resumen

El principal objetivo de este estudio es comparar la percepción subjetiva del vínculo y la dinámica familiar en pacientes diagnosticados con diferentes tipos de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Se compararon distintos grupos de pacientes: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y, finalmente, personas sin trastorno de la conducta alimentaria. Las variables «percepción subjetiva del vínculo» y «dinámica familiar» fueron evaluadas mediante los cuestionario Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling y Brown, 1979) y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (Olson, Portner y Lavee, 1985) respectivamente. Los resultados muestran una tendencia al vínculo de control sin afecto en pacientes con TCA, variación en la vinculación parental entre el padre y la madre y diferencias entre los distintos subtipos de trastorno alimentario.

Palabras clave: *Dinámica familiar, vínculo parental, TCA*

Abstract

The main goal of this study is to compare the subjective perception of the bond and family dynamics in patients diagnosed with different types of disordered eating behavior. Different groups of patients were compared: anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, and finally people without any disorder of eating behavior. The variables «subjective perception of bond» and «family dynamics» were assessed by means of the Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling & Brown, 1979) and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (Olson, Portner & Lavee, 1985) respectively. The results show a tendency to link disaffected control in patients with TCA, variation in parental bonding between father and mother and differences among the different subtypes of eating disorder.

Keywords: *Family dynamics, parental bonding, eating disorders.*

Fecha de recepción v1: 09/09/14. Fecha de recepción v2: 26/10/14. Fecha de aceptación: 27/10/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: olgah@blanquerna.url.edu

Dirección postal: Olga Herrero. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. C/ Císter, 34. 08022 Barcelona

© 2014 Revista de Psicoterapia



En la sociedad occidental un elevado número de personas tiene una relación disfuncional con la comida, con su cuerpo y con su imagen corporal. Hoy en día los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en los países desarrollados. En todo el mundo el 1% de la población sufre anorexia nerviosa, el 3% bulimia nerviosa, el 26,3% obesidad y el 3,5% otros tipos de trastorno alimentario (OMS, 2008). En España los TCA afectan a casi un 5% de la población femenina joven y el 11,5% de chicas está en riesgo de padecerlos. Aparte de su incidencia y prevalencia, y si bien hay tratamientos específicos para ellos, la tasa de recaída sigue siendo muy alta. Por otra parte el riesgo de mortalidad por ejemplo de la anorexia nerviosa es considerable -aproximadamente de un 10% (OMS, 2008).

Por lo que respecta a la clínica, los TCA son fenómenos muy complejos y su etiología es multicausal, abarcando desde lo biológico a lo social y pasando por lo psicológico y relacional/familiar. De entre todos los factores implicados en los TCA nuestro interés en este estudio radica en uno en concreto: el funcionamiento familiar.

En cuanto al grupo de pacientes objeto de estudio, nos proponemos estudiar de forma específica el funcionamiento familiar en cada subgrupo de TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Concretamente, uno de los grupos que más nos interesa es el de los pacientes que sufren obesidad ya que son la población menos estudiada hasta el momento a pesar de la gran cantidad de personas que la padecen. El año 2008 la OMS estimó que 1.400 millones de adultos tenían sobrepeso y que, de entre ellos, 500 millones sufrían obesidad. A la vista de los datos, la OMS ya define la obesidad como una epidemia mundial y estima que el año 2015 serán 2,3 billones de adultos los que tendrán sobrepeso en todo el mundo y más de 700 millones serán obesos. En España el porcentaje de población obesa y/o con sobrepeso también se ha incrementado notablemente en los últimos años. En 2003 un 48,4% de los españoles tenían sobrepeso y/u obesidad, mientras que en el año 2009 este porcentaje había aumentado hasta el 53,6%. Por tanto, la obesidad (si bien aún no se considera un subtipo de TCA siguiendo criterios diagnósticos del DSM-5) es un tema de interés social y sanitario relevante digno de ser estudiado en profundidad.

En resumen, el gran número de personas que sufren un TCA y las graves consecuencias individuales, familiares y sociales que tiene esta patología hace que el estudio de su funcionamiento relacional y las implicaciones del mismo sea útil de cara a favorecer procesos psicoterapéuticos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. El estudio de la dinámica familiar y el vínculo parental en pacientes que sufren un TCA puede ayudarnos a comprender cómo funcionan los distintos subgrupos y qué similitudes y diferencias comparten, así como a derivar de ello implicaciones para la intervención con estos pacientes y sus familiares. De esta forma, la investigación y la práctica profesional se benefician la una de la otra, y nos permiten profundizar y hacer avanzar los modelos teóricos

sobre los que se sustentan.

Los estudios clásicos de Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1970) ya advertían de problemas en el funcionamiento y la estructura de las familias de los pacientes que sufrían un TCA. Estos trabajos indicaban que las familias de pacientes que sufrían TCA tendían a la aglutinación y a un nivel elevado de cohesión (Minuchin 1978). Por otro lado, en cuanto al «juego familiar» que establecían las familias con un hijo con TCA se identificaron dos posibles funciones del síntoma: (a) como expresión del sentimiento de desvalorización que experimenta la paciente, y (b) como expresión de una enorme capacidad de control sobre el ambiente, adquirida a través de la consecutiva restricción alimentaria y la pérdida de peso (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

La relación entre TCA y dinámica familiar problemática se hace evidente también en el hecho de que más de un tercio de los pacientes diagnosticados de TCA destacan la disfunción familiar como un factor contribuyente al desarrollo de su trastorno (Tozzi, Sullivan, Fear, Makenzie y Bulik, 2003). Concretamente, achacan sus dificultades a la privación parental, el exceso de control, la poca relación con el padre, la tensión familiar y el maltrato psicológico vividos todos como factores que les llevaban a sufrir un elevado nivel de estrés y frustración.

En este mismo sentido, estudios cualitativos como el de Cruzat et al. (2010) demuestran que los pacientes explican que viven en un ambiente familiar conflictivo y muy exigente que los presiona a ser perfectos. Además, según estos autores, las madres tienden a dar mucha importancia al aspecto físico y al peso.

Por otro lado, Dallos y Denford (2008), destacan como propios de la vivencia de las relaciones familiares en estos pacientes los problemas de comunicación, las dificultades para expresar sus sentimientos, los conflictos familiares con tendencia a la evitación, la falta de seguridad y atención, las vivencias de triangulación y finalmente el deseo de tener relaciones familiares más cálidas y afectivas.

Más recientemente se empiezan a publicar estudios sobre las posibles diferencias en el funcionamiento familiar según la tipología de TCA (por ejemplo, Botta y Dumlao, 2002; Moreno, Selby, Aved y Besse, 2000); Ochoa de Alda, Espina y Ortego, 2006 y Ruiz-Lázaro, 2003).

Botta y Dumlao (2002) apuntan que las familias de las pacientes que sufren anorexia nerviosa suelen tener altos niveles de cohesión y un bajo nivel de expresividad y conflictividad. En cambio, las pacientes que sufren bulimia nerviosa tienden a vivir en un ambiente familiar desorganizado, en el que los niveles de conflictividad y hostilidad suelen ser altos.

En el caso de pacientes con trastorno por atracón se ha observado que tienen poca cohesión familiar y un alto interés en expresar honestamente sus sentimientos. Además, suelen tener un nivel de conflicto y rigidez familiar más altos que el resto de subgrupos de TCA (Chávez, 2007).

Por su parte, Moreno et al. (2000), estudiaron a pacientes con obesidad y observaron que tienden a una dinámica familiar muy parecida a la de los pacientes

con bulimia nerviosa: sobreprotección y déficit de sensibilidad de la madre limitando así el movimiento del hijo (también comprobado por Tognarelli, 2012); familias muy sobreprotectoras con actitudes posesivas que impiden la independencia del niño (confirmado por Trombini, Baldaro, Bertaccini, Montebanocci y Rossi, 2003); tendencia a presentarse como padres perfectos y sacrificados que no pueden ser criticados por los hijos, a utilizar la comida para aplacar cualquier molestia, premiar o castigar, remplazar el afecto y como estrategia de resolución de conflictos (también descrito por Kiesewetter et al., 2010).

Si bien la mayoría de investigaciones se centran en las relaciones entre los subsistemas parental y filial, Onnis, Mulè y Vietri (2004), afirman que generalmente en estas familias los padres tienen una relación conyugal conflictiva que los lleva a involucrar a los hijos en sus desacuerdos. Por eso, según Bay y Rausch (1993) el hijo puede ser utilizado para desviar los conflictos conyugales, con el objetivo de conseguir mantener el equilibrio en el subsistema conyugal.

Esta dinámica de triangulación ya fue anticipada por Minuchin (1978) y Selvini (1970) que afirmaban que generalmente uno de los padres, mayoritariamente la madre, está muy implicada en la vida del hijo y en su trastorno, siendo el padre quien tiene un rol más periférico. De forma complementaria, Botta y Dumlao (2002), Dominy, Johnson y Koch (2000) y Miller-Day y Marks (2006), consideran que es la relación con la figura paterna la que tiene un papel fundamental en el desarrollo del TCA, dándose una falta de calor afectivo y aceptación en la relación con el padre y, además, mayor agresividad y negligencia en comparación con la relación con la madre. Más recientemente, Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery y Zalsman (2014) han observado que las pacientes con TCA tienden a tener una visión más negativa del padre que la población normal. Concretamente, tienden a percibirlos como más punitivos y sobreprotectores y el 62% de la muestra hace explícita la evitación de la relación.

En cuanto a los estilos de apego en pacientes diagnosticados de TCA encontramos distintas perspectivas. En primer lugar, autores como Swanson et al. (2010) apuntan que las pacientes con anorexia nerviosa tienden al vínculo ausente o débil ya que en su estudio observaron un bajo nivel tanto de afecto como de control. Por otro lado, otros autores apuntan una tendencia hacia el vínculo ambivalente ya que han observado que a veces las pacientes buscan la proximidad y otras rechazan la figura de apego (Greenberg, 2001; Rhodes y Kroger, 1992).

Los estudios comentados en el párrafo anterior coinciden parcialmente con los de Noe (2001) y Ward, Ramsay y Treasure (2000) que sugieren que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa tiende a un patrón de vinculación insegura mientras que el grupo que sufre bulimia nerviosa tiende a un patrón de vinculación ambivalente.

Por otro lado, aunque se han hecho muy pocos estudios sobre el apego en población con sobrepeso y obesidad algunos autores han encontrado que estas personas tienden a un vínculo inseguro (Baldaro et al., 2003; Tognarelli, 2012 y

Trombini et al., 2003). Anderson, Rachel, Lemeshow y Whitaker (2012) han confirmado estos resultados y concluyen que el vínculo inseguro está correlacionado con el hecho de sufrir obesidad a partir de la adolescencia. Turner, Rose y Cooper (2005) encontraron que las personas con un alto sobrepeso tienden a un vínculo de control sin afecto y a un funcionamiento familiar conflictivo con una alta sobreprotección materna y una relación disfuncional con el padre.

Lo que resulta evidente es que, tradicionalmente, se ha considerado a los pacientes diagnosticados de TCA como individuos de difícil vinculación, resistentes al cambio, y que la familia de origen de estos pacientes -su funcionamiento y forma de vincularse- juega un papel importante en el desarrollo de un TCA en uno de sus miembros. Tal y como afirman Grau y Sánchez (2014), es frecuente que el profesional que trabaja con estos pacientes identifique dificultades en el establecimiento del vínculo debido, entre otras cuestiones, a los evidentes déficits interpersonales en los TCA.

Los estudios sintetizados hasta este punto se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1

Resumen de las investigaciones sobre TCA y dinámica familiar

Patología	Dinámica Parental, Conyugal, Familiar o Vincular Disfuncional
TCA en general	aglutinación nivel elevado de cohesión sentimiento de desvalorización privación parental exceso de control poca relación con el padre tensión familiar maltrato psicológico ambiente familiar conflictivo ambiente familiar muy exigente las madres tienden a dar mucha importancia al aspecto físico y al peso problemas de comunicación conflictos familiares con tendencia a la evitación falta de seguridad y atención vivencias de triangulación deseo de tener relaciones familiares más cálidas y afectivas falta de calor afectivo y aceptación en la relación con el padre relación conyugal conflictiva que los lleva a involucrar a los hijos en sus desacuerdos
Anorexia Nerviosa	altos niveles de cohesión bajo nivel de expresividad y conflictividad vínculo de apego inseguro: ausente, débil o ambivalente
Bulimia Nerviosa	ambiente familiar desorganizado niveles de conflictividad y hostilidad altos vínculo de apego ambivalente

Trastorno por atracón	poca cohesión familiar nivel de conflicto y rigidez familiar más altos que el resto de subgrupos de TCA
Obesidad	sobreprotección y déficit de sensibilidad de la madre limitando así el movimiento del hijo familias muy sobreprotectoras con actitudes posesivas que impiden la independencia del niño tendencia a presentarse como padres perfectos y sacrificados que no pueden ser criticados por los hijos tendencia a utilizar la comida para aplacar cualquier molestia, premiar o castigar, remplazar el afecto y como estrategia de resolución de conflictos vínculo de control sin afecto alta sobreprotección materna relación disfuncional con el padre

Llegados a este punto, el objetivo de este trabajo se concreta en estudiar y analizar el funcionamiento familiar de las personas que sufren un TCA así como las similitudes y diferencias del funcionamiento familiar entre los distintos tipos de TCA.

Teniendo en cuenta la literatura revisada nos planteamos las siguientes hipótesis genéricas:

1. Existen diferencias significativas entre el grupo clínico (TCA) y el grupo control en cuanto al funcionamiento familiar (peor dinámica familiar y vínculo parental en el grupo de TCA).
2. Los pacientes con TCA tienden a un vínculo de control sin afecto.
3. Los pacientes diagnosticados de bulimia son los que tienen mayores dificultades a nivel familiar.
4. Los pacientes con obesidad tienen más similitudes con los pacientes con bulimia nerviosa que con los pacientes con anorexia nerviosa.

Método

Participantes

Este estudio se compone de un total de 60 participantes: 30 para el grupo clínico y 30 para el grupo control.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que nos dirigimos a un grupo específico de población, en este caso pacientes con un TCA que seguían su tratamiento en alguno de los centros del Instituto de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Catalunya (ITA).

Los criterios de inclusión de la muestra clínica, fueron los siguientes: (a) pacientes diagnosticados de TCA, (b) cuyos padres estén casados o convivan y (c) en el caso de haber recibido o estar recibiendo tratamiento que no haga más de 6 meses que se haya iniciado.

El 93,3% de las participantes del grupo clínico eran mujeres y el 6,7% restante hombres. La media de edad fue de 31 años (DT=10). En relación al diagnóstico un 33,33% estaba diagnosticado de anorexia restrictiva, un 20% de anorexia purgativa, un 6,7% de bulimia purgativa, un 3,3% de bulimia no purgativa y finalmente el 36,7% restante de obesidad

El grupo control estaba formado por 30 participantes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico aleatorio accidental de entre una muestra de estudiantes universitarios voluntarios. En cuanto a los participantes del grupo control, el 10% eran hombres y el 90% eran mujeres con una media de edad de 22 años (DT=2).

Material

Utilizamos los siguientes cuestionarios: el *Parental Bonding Instrument* (PBI) y el *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* (FACES III), ambos en su versión española.

El PBI (adaptación española de Ballús, 1991) en su versión original (Parker et al., 1979) consta de 25 ítems a los que se contesta mediante una escala tipo Likert autoaplicada para cada uno de los padres.

Este cuestionario se compone de dos escalas, una de sobreprotección y otra de cuidado, que miden la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación al hijo hasta los 16 años de edad y tiene como objetivo detectar el tipo de vínculo parental.

Teniendo en cuenta estos dos factores, las puntuaciones del PBI permiten construir una tipología de vínculos parentales percibidos: 1. Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección); 2. Ausente o débil (bajo cuidado, baja sobreprotección); 3. Constreñido (alto cuidado, alta sobreprotección); 4. Control sin afecto (bajo cuidado, alta sobreprotección).

La *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* (adaptación española de Gómez et al. 1999) en su versión original (Olson, Bell y Portner, 1978) constaba de 111 ítems y ha sido modificada en varias ocasiones para mejorar sus propiedades psicométricas. La versión española del FACES III consta de 20 ítems a los que se contesta mediante una escala tipo Likert de forma autoaplicada. El cuestionario consta de dos escalas: una de cohesión y otra de adaptabilidad familiar, que miden la percepción del hijo respecto a la dinámica de la familia.

En función de si el grado de cohesión es bajo, moderado o alto, la escala tipifica a las familias en (a) desligadas, (b) separadas, (c) conectadas, o (d) aglutinadas. En función de si el grado de adaptabilidad es bajo, moderado o alto, la escala tipifica a las familias en (a) rígidas, (b) estructuradas, (c) flexibles, o (d) caóticas.

Procedimiento

En primer lugar se seleccionaron los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para la muestra. Después se contactó con los participantes seleccionados con el objetivo de plantearles la investigación y pedir su participación volun-

taria en el estudio. En el caso de estar de acuerdo en participar se propuso una fecha para administrar los cuestionarios y se entregó a cada participante una hoja de consentimiento informado.

Se administraron los cuestionarios tanto al grupo clínico como al grupo control, respetando también los criterios de inclusión fijados para este último grupo. Los participantes del grupo clínico respondieron los cuestionarios en el centro ITA mientras que, en el caso del grupo control, los cuestionarios fueron respondidos en los domicilios particulares y devueltos en un sobre cerrado para garantizar así su confidencialidad.

Resultados

Percepción subjetiva del vínculo parental

Por lo que respecta a la percepción subjetiva del vínculo parental en el grupo clínico, un 53,3% de los padres obtienen una puntuación de cuidados baja (vs. un 46,7% alta). La distribución en el grupo control es del 50% alta y 50% baja.

En cuanto a las madres, un 93,3% obtienen una puntuación de cuidados baja en el grupo clínico (vs. un 6,7% alta). La distribución en el grupo control es del 23,3% alta y 76,7% baja.

Combinando padres y madres, la aplicación de la prueba t de Student para la comparación de la significación de la diferencia entre las puntuaciones del grupo clínico ($M=10,75$; $DT=6,5$) y el grupo control ($M=17,45$; $DT=9,5$) reveló que dichas diferencias en cuidados eran estadísticamente significativas; $t(58)=2,39$, $p=0,031$.

En cuanto a sobreprotección, en el grupo clínico, un 53,3% de los padres obtienen una puntuación alta (vs. un 46,7% baja). La distribución en el grupo control es del 23,3% alta y 76,7% baja.

En cuanto a las madres, un 60% obtienen una puntuación de sobreprotección baja en el grupo clínico (vs. un 40% alta). La distribución en el grupo control es del 86,7% alta y 13,3% baja.

Dichas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Por lo que respecta a la tipología de vínculos parentales percibidos calculada a partir de las puntuaciones del PBI, en el grupo clínico los padres puntúan más alto en el vínculo parental de control sin afecto; en cambio, en el grupo control tienden al vínculo débil o ausente. Por otro lado, las madres del grupo clínico muestran un alto porcentaje en el vínculo de control sin afecto al igual que en el grupo control (véanse Tablas 2 y 3).

A pesar de las aparentes diferencias a nivel descriptivo, la comparación estadística entre ambos grupos no reveló que ninguna de ellas fuese estadísticamente significativa.

Tabla 2
Porcentajes de vínculo parental paterno según grupo

	Constreñido	Óptimo	Control sin afecto	Ausente
Clínico	23,3%	23,3%	30%	23,3%
Control	33,3%	16,7%	13,3%	36,7%

Tabla 3
Porcentajes de vínculo parental materno según grupo

	Constreñido	Óptimo	Control sin afecto	Ausente
Clínico	0%	6,7%	60%	33,3%
Control	16,7%	10%	66,7%	6,7%

En cuanto al vínculo parental en los distintos subgrupos de TCA observamos que la figura paterna muestra la puntuación más baja de cuidados en el subgrupo de obesidad (14,5) y el nivel más alto de sobreprotección en el subgrupo de bulimia nerviosa no purgativa (20). Las madres, por su parte, muestran la puntuación más baja de cuidados en el subgrupo de bulimia nerviosa purgativa (17) y la más alta de sobreprotección en el subgrupo de bulimia nerviosa no purgativa (27) (véase Tabla 4). El reducido número de participantes por subgrupo hace imposible el contraste de la significación estadística de tales diferencias.

Tabla 4
Medias del constructo vínculo parental para las escalas cuidados y sobreprotección en los distintos subgrupos de TCA y según figura parental

	Padre		Madre	
	Cuidados	Sobreprotección	Cuidados	Sobreprotección
Anorexia Restrictiva	25,9	8,3	31,8	13,7
Anorexia Purgativa	23,3	11,8	29,3	13,3
Bulimia Purgativa	16,5	19	17	22
Bulimia No Purgativa	15	20	33	27
Obesidad	14,5	18,6	20,1	16,8

Dinámica Familiar

Por lo que respecta a la dinámica familiar, nuestros resultados indicaron, en primer lugar que en el grupo clínico, por lo que respecta a cohesión, predominan las familias desligadas (36,7%) y por lo que respecta a adaptabilidad las flexibles (30%) o caóticas (30%). En el grupo control predominan, por lo que respecta a cohesión, las familias separadas (36,7%) y conectadas (36,7%) y por lo que respecta a adaptabilidad las estructuradas (40%) -véanse Tablas 5 y 6.

De nuevo, y a pesar de las aparentes diferencias a nivel descriptivo, la comparación estadística entre ambos grupos no reveló que ninguna de ellas fuese estadísticamente significativa.

Tabla 5
Porcentajes de cohesión familiar según grupo

	Desligada	Separada	Conectada	Aglutinada
Clínico	36,7%	33,3%	26,7%	3,3%
Control	23,3%	36,7%	36,7%	3,3%

Tabla 6
Porcentajes de adaptabilidad familiar según grupo

	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Clínico	20%	20%	30%	30%
Control	6,7%	40%	26,7%	26,7%

Al profundizar en el análisis entre los grupos diagnósticos por lo que respecta a la dinámica familiar observamos que el subgrupo de bulimia nerviosa no purgativa es el que tiene una puntuación de cohesión más alta (42). Por otro lado, el subgrupo de obesidad es el que obtiene un puntuación de adaptabilidad más baja (20,8) (véase Tabla 7). El reducido número de participantes por subgrupo hace imposible el contraste de la significación estadística de tales diferencias.

Tabla 7
Medias del constructo dinámica familiar para las escalas de cohesión y adaptabilidad en los distintos subgrupos de TCA

	Cohesión	Adaptabilidad
Anorexia Restrictiva	39,2	29
Anorexia Purgativa	35,5	24,8
Bulimia Purgativa	31	28
Bulimia No Purgativa	42	27
Obesidad	31,2	20,8

Discusión

En relación a nuestra primera hipótesis, los datos indican que se dan diferencias significativas entre las familias de personas afectadas por un TCA y las familias de población normal en relación al vínculo parental -se observan diferencias en la escala de cuidados pero no en sobreprotección. Sin embargo no encontramos diferencias entre ambos grupos en cuanto a la dinámica familiar.

Este resultado parece sugerir que las diferencias entre ambos grupos se deben especialmente a la función parental, no necesariamente al funcionamiento conjunto como sistema familiar. Incorporar este dato a la terapia aconseja hacer especial hincapié en optimizar los aspectos estructurales y funcionales de las relaciones paterno-filiales en las sesiones, no a expensas de los patrones sistémicos más amplios pero sí con especial relevancia.

En relación a nuestra segunda hipótesis, los resultados obtenidos no permiten confirmarla de forma estadísticamente significativa, si bien la distribución de los

porcentajes de tipologías de vínculos parentales percibidos calculada a partir de las puntuaciones del PBI sugieren que las personas afectadas por un TCA tienden a un vínculo de control sin afecto sobre todo con sus madres –pero este mismo resultado aparece en el grupo control, lo cual pone en duda que se trate de un fenómeno exclusivo de la población con TCA.

Por lo que respecta a la tercera hipótesis, el subgrupo de bulimia (combinando purgativa y no purgativa) es el que muestra mayor nivel de cohesión y sobreprotección y a la vez los cuidados más bajos por parte de la figura materna, aunque de nuevo los resultados no son estadísticamente contrastables debido al tamaño de la muestra.

Por último, en relación a la última hipótesis planteada, podemos ver que a diferencia del grupo de bulimia nerviosa, el subgrupo de obesidad destaca por una baja adaptabilidad y a la vez los cuidados más bajos por parte de la figura paterna. Es decir, podemos pensar que se asemejan en relación al vínculo parental y se diferencian en cuanto al funcionamiento familiar. El subgrupo de anorexia muestra también un nivel alto de cohesión familiar pero es el grupo que tiene una mayor adaptabilidad. Además, es el grupo que parece recibir más cuidados por parte del padre con una sobreprotección más baja tanto por parte de la madre como del padre. Dados estos resultados pensamos que el aspecto más relevante es el cuidado que percibe la persona por parte del padre y de la madre, volviendo una vez más a la importancia de la nutrición relacional y al deseo de las pacientes de tener una relación más cálida y afectuosa con sus padres.

Los resultados refuerzan la necesidad de que además de intervenciones individuales o grupales se lleven a cabo intervenciones familiares debido a las dificultades de vinculación y funcionamiento familiar evidentes en todos los subgrupos de TCA. Deberían desarrollarse más estudios que puedan apuntar en las necesidades concretas de la intervención para cada subgrupo, en función de las dificultades específicas.

Este estudio cuenta con limitaciones que queremos hacer explícitas antes de finalizar el trabajo. En primer lugar, los instrumentos que hemos seleccionado miden la «percepción subjetiva» pero no miden directamente la dinámica familiar o el tipo de vínculo parental desde el punto de vista de un observador externo.

En segundo lugar, una muestra mayor de participantes en el estudio también nos permitiría mayores generalizaciones de los resultados. Sería conveniente, en futuras líneas de investigación, poder aumentar la muestra y contrastar los datos cuantitativos con datos cualitativos obtenidos a través de entrevistas y/o narrativas de los propios pacientes y de sus familiares para poder profundizar en la comprensión de su vivencia tanto respecto al síntoma como respecto al funcionamiento familiar, desde la perspectiva de los distintos miembros de la familia.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, S., Rachel, A., Lemeshow, S. y Whitaker, R. (2012). Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics*, 119(1), 132-140.
- Baldaro, B., Rossi, N., Caterina, R., Cadisposti, M., Balsamo, A. y Trombini, G. (2003). Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *International Journal of Obesity*, 27, 191-195.
- Ballús, C. (1991). *Adaptació del Parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escola Professional de Psicologia Clínica.
- Bay, L. y Rausch, C. (1993). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós Terapia Familiar.
- Botta, R. y Dumlao, R. (2002). How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health Communication*, 14(2), 199-219.
- Chávez, A. (2007). Valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5(3), 123-128.
- Cruzat, C., Aspíllaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociadas a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psyche*, 19(1), 3-17.
- Dallos, R. y Denfort, S. (2008). A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322.
- Dominy, N., Johnson, W. y Koch, C. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 134(1), 23-36.
- Gómez, F. J., Irigoyen, A., Ponce, E. R., Mazón, J. J., Dickinson, M. E., Sánchez, M. E., Fernández, M. A. (1999). Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). *Arch Med Fam*, 1, 73-79.
- Grau, T. y Sánchez, M. (2014). Cognición social y trastornos alimentarios. *Revista de Psicoterapia*, 25, 61-75.
- Greenberg, D. (2001). *Attachment themes relevant to young women with eating disorders*. Tesis Doctoral no publicada.
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E. y Zalsman, G. (2014). Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry Journal*.
- Kiesewetter, S., Köpsel, A., Köpp, W., Kallenbach-Dermutz, B., Pfeiffer, A., Spranger, J. & Deter, H.C. (2010). Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – First observations with different attachment styles. *Psycho-Social-Medicine*, 7, 1-9.
- Miller-Day, M. & Marks, J. (2006). Perceptions of parental communication orientation, perfectionism, and disordered eating behaviors of sons and daughters. *Health Communication*, 19(2), 153-163.
- Minuchin, S. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Harvard: University Press.
- Moreno, J. K., Selby, M., Aved, K. y Besse, C. (2000). Differences in family dynamics among anorexic, bulimic, obese and normal women. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(1), 78-87.
- Noe, S. (2001). *Attachment relationships and eating disorders: Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders?* Tesis Doctoral no publicada.
- Ochoa de Alda, I., Espina, A. y Ortego, M. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17, 151-170.
- Olson, D. H., Bell, R. Q. y Portner, J. (1978). FACES: Family adaptability and cohesion evaluation scales. St. Paul, MN; University of Minnesota.
- Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Faces III*. St. Paul: University of Minnesota.
- Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra, 2008.
- Onnis, L., Mulè, A. y Vietri, A. (2004). Anorexia y bulimia: nuevas tendencias desde la óptica sistémica. *Revista de psicoterapia*, 58-59(15), 75-91.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- Rhodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(4), 249-263.

- Ruiz-Lázaro, P. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas España Psiquiatría* 31(2), 85-94.
- Selvini Palazzoli, M. (1970). *Anorexia nerviosa*. Nueva York: Basic Book.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D. & Yellowlees, A. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18, 22-32.
- Tognarelli, A. (2012). Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. *Summa Psicológica*, 9(2), 57-67.
- Tozzi, F., Sullivan, P., Fear, J., Makenzie, J. y Bulik, M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154.
- Trombini, E., Baldaro, B., Bertaccini, C., Montebrocchi, O. y Rossi, N. (2003). Maternal attitudes and attachment styles in mothers in obese children. *Perceptual and Motor Skills*, 97, 613-620.
- Turner, H., Rose, K. y Cooper, M. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29, 381- 387
- Ward, A., Ramsay, R. y Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.

A S E P C O

**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS**

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

La cuota de socio te regala la suscripción a la

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Más información en:

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

LA ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS: EL DIÁLOGO ENTRE VOCES EN EL NIVEL DE INSIGHT

ASSIMILATION OF PROBLEMATIC EXPERIENCES: DIALOGUE BETWEEN VOICES IN THE LEVEL OF INSIGHT

Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz

Universidad de Valencia

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, I. y Pérez-Ruiz, S. (2014). La asimilación de experiencias problemáticas: el diálogo entre voces en el nivel de Insight. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 83-96.

Resumen

En este trabajo se analiza la asimilación de experiencias problemáticas de una paciente focalizándose en el diálogo entre las voces dominantes y no dominantes en el nivel de Insight, ya que es donde mejor se puede estudiar el puente de significado que se establece entre las voces. Este estudio de caso surge de otro trabajo anterior en el que se abordaba el papel del terapeuta en el contexto de la terapia lingüística de evaluación. En esta investigación se estudian, fundamentalmente, las actividades realizadas por la paciente, es decir, cómo surgen las voces en sus Insights, y cómo la paciente maneja dichas voces. Los resultados indican, principalmente, qué relación establece la paciente con sus voces en el nivel de Insight, así como con las "voces terapéuticas". Una de las conclusiones principales de este trabajo es que los datos revelan la importancia que tiene que la paciente disminuya el peso de las voces dominantes para que se produzca la asimilación de la experiencia problemática. Igualmente, los datos sugieren la importancia de establecer un diálogo interpersonal (entre paciente y terapeuta), al igual que un diálogo intrapersonal (entre las voces del paciente) para lograr niveles elevados de asimilación.

Palabras clave: Asimilación, Voces, Insight, Puente de Significado, Terapia Lingüística de Evaluación

Abstract

This paper analyzes the assimilation of the problematic experiences of a patient. It focuses on the dialogue between nondominant and dominant voices in the Insight stage, where this dialogue between voices is seen better. This study is based on a previous one where the role of the therapist in the context of linguistic therapy of evaluation was explored. In the present study, patient's activities are analyzed, that is, how voices appear in patient's Insights and how the patient dealt with these voices. Basically, results show the relationship of the patient with her voices on the Insight stage as well as with "the therapeutic voices". One of the main implications of this study is that data show the relevance of diminishing the role of dominant voices in order to assimilate a problematic experience. Also, data suggest the importance of establishing an interpersonal (between patient and therapist), as well as an intrapersonal dialogue (within patient's voices) to reach high assimilation stages.

Keywords: Assimilation, Voices, Insight, Meaning Bridge, Linguistic Therapy of Evaluation

Fecha de recepción v1: 04/06/14. Fecha de recepción v2: 17/06/14. Fecha de aceptación: 07/07/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Isabel.Caro@uv.es - Sergio.Perez-Ruiz@uv.es

Dirección postal: Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010-Valencia (España)

© 2014 Revista de Psicoterapia



Introducción

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas (Stiles et al., 1990, 1991) describe el proceso del cambio. Lo que plantea este modelo es que el sí mismo está compuesto de una serie de recursos de tipo cognitivo, afectivo y conductual que nos caracterizan como personas y que tienen una propiedad agente, siendo trazos de nuestras experiencias (Osatuke et al., 2004; Stiles y Angus, 2001; Stiles, Osatuke, Glick y Mackay, 2004). A este acúmulo se le denomina *voces dominantes* (VDs) (Honos-Webb y Stiles, 1998). Desde el modelo de asimilación se parte de la idea de que el *self* es dialogal (Hermans, Kempen y Van Loon, 1992).

El concepto de voz incluye lo que desde otros enfoques se ha denominado como objetos (teoría de las relaciones objetales), arquetipos (psicología analítica de Jung) o pensamientos automáticos (terapias cognitivas), por ejemplo. Los seres humanos tenemos experiencias que intentamos asimilar e integrar en nuestro sí mismo. Si éstas no están, o no surgen en oposición ante las VDs se convierten en otro recurso más, sumado a los ya existentes. Pero si, por el contrario, estas nuevas experiencias se oponen o contradicen a las VDs, se van a convertir en experiencias problemáticas. Se niegan, rechazan y no se asimilan (*voces no dominantes*) (VNDs). De este modo, una experiencia problemática puede definirse como una voz activa, y separada en el sí mismo de la persona (Honos-Webb y Stiles, op. cit.), y que se refiere a una memoria traumática, a una parte no aceptada por el sí mismo, o cualquier aspecto que produce dolor y sufrimiento a una persona (Osatuke et al., 2004). La asimilación supone que el sí mismo es capaz de integrar estas VNDs.

Para que se dé esta integración se debe dar un diálogo entre voces, o una *comprensión mutua* entre ellas. Esto es, tanto las VDs como las VNDs se comunican entre sí y ambas cambian. Por lo tanto, el diálogo entre ambas voces es el resultado de la asimilación y el sí mismo integra aquello que inicialmente no reconocía, dotando a la persona de más recursos. Como sugieren Honos-Webb y Stiles (1998) la asimilación representa la emergencia y la aceptación de la voz problemática dentro de la comunidad de voces. El proceso de asimilación supone una secuencia de niveles a través de la cual el paciente debe ir avanzando (Stiles et al., 1990), y que supone, entre otras cuestiones, que la relación entre la voz dominante y la voz no dominante vaya modificándose gradualmente sufriendo una acomodación que facilita que la experiencia inicialmente no aceptada por el "self" se integre en éste (Honos-Webb y Stiles, 1998).

La asimilación se mide mediante la *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* (APES; Stiles, et al., 1991) que consta de 8 niveles que describen el proceso a seguir para la asimilación de una experiencia problemática. Al comienzo las experiencias se niegan (Nivel 0, Supresión) o se evitan (Nivel 1, Evitación). Cuando las VNDs surgen en la conciencia lo hacen desde la perspectiva de la VD y con una fuerte carga afectiva (Nivel 2, Surgimiento). A continuación, se puede producir una clarificación de lo dominante y lo no dominante (Nivel 3, Clarificación) para pasar, después, a una comprensión más elaborada o nivel 4 de Insight.

Este nivel de Insight constituye el foco de nuestra investigación, por ello nos detendremos en él, brevemente.

En diferentes enfoques terapéuticos facilitar el Insight constituye una clave importante del proceso de cambio (McAleavey y Castonguay, 2013), considerándose como un factor común a muchas psicoterapias. Además, se valora como un resultado importante que ocurre durante la sesión de terapia (Timulak y McElvaney, 2013). El Insight representa para el paciente una nueva comprensión sobre su experiencia (Gibbons, Crists-Christoph, Barber y Schamberger, 2007). Desde el punto de vista del modelo de asimilación, es en este nivel donde mejor se puede apreciar el *punte de significado* o diálogo entre las voces. El puente de significado se construye cuando ambas voces entienden un signo, una experiencia en la misma dirección (Osatuke et al, 2004). Dicho de otro modo, el puente de significado es una frase, una palabra, una historia, una imagen que tiene el mismo significado tanto para la voz dominante como para la experiencia problemática, lo que permite que se establezca una conexión entre las voces a través de una comprensión mutua (Glick Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg, 2006). Por ejemplo, una paciente establece un puente de significado entre la voz dominante y no dominante, es decir, experimenta un nivel APES de Insight cuando comenta lo siguiente durante la terapia: “Me doy cuenta de que yo me siento tan cansada (voz no dominante), porque hago muchas cosas, intentando controlarlo todo (voz dominante)” (Caro, Pérez y Llorens, 2014).

El hecho de que un paciente alcance un nivel 4 o Insight en el proceso de asimilación se asocia, en diferentes investigaciones de estudios de caso, con una mejora en la sintomatología (Honos-Webb, Stiles, Greenberg y Goldman, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles y Greenberg, 1999; Stiles et al., 1992, 2004), es decir, el Insight permite diferenciar entre los casos con cambio en la comparación estándar pre-test-post-test y aquellos en los que el cambio es menor (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2006).

Una vez que se produce dicha comprensión o Insight se puede pasar a señalar nuevas vías de acción y comportamiento (Nivel 5, Aplicación) que facilitan alcanzar el Nivel 6 (Solución del problema) y finalmente, la integración de experiencias problemáticas en el sí mismo convirtiéndose en nuevos recursos sumados a las voces ya existentes, dominantes (Nivel 7, Dominio).

El proceso de asimilación que acabamos de describir, en el que se establece, como hemos dicho, un diálogo entre la voz dominante y la no dominante (experiencia problemática) puede considerarse un proceso *intrapersonal* muy parecido a lo que ocurre en las relaciones humanas en las que dentro de un grupo inicialmente se excluye o margina a un nuevo integrante, a un nuevo miembro que intenta acceder a dicho grupo ya constituido. Poco a poco se van limando asperezas entre los integrantes del grupo y la persona que pretende acceder a él hasta que finalmente se acepta. El grupo representaría la comunidad de voces y la persona no aceptada, en un principio, la voz no dominante o la experiencia problemática. En el Cuadro

1 tenemos una breve descripción de cada uno de los niveles de la APES.

Cuadro 1. Niveles en el proceso de asimilación (a partir de Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999)

NIVELES DE LA ESCALA APES
NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN: El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema. <i>No se habla del problema. El cliente no trabaja en el problema</i> La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (i.e., cambiar de tema).
NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN: <i>Control/evitación</i> El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el cliente cambia de tema, algo así como "tengo que ser duro y no pensar en esto". El afecto es más destacado que el contenido e implica fuertes sentimientos negativos -ansiedad, miedo, cólera, tristeza.
NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO: El cliente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad. <i>Sabe lo que le molesta.</i> El afecto incluye dolor psicológico agudo o pánico asociados con los pensamientos problemáticos y las experiencias.
NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN: <i>Ves lo que pasa y lo que lo impide.</i> El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar. El P enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema. El afecto es negativo pero manejable, no hay pánico.
NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT: La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del "ajá". Niveles del 4.1 al 4.9 reflejan progresivamente mayor claridad o generalización de la comprensión, asociada, por lo general con un afecto positivo (o negativo disminuyendo)
NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN: La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El cliente puede describir que está considerando alternativas o seleccionando, sistemáticamente, cursos de acción.
NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA: El cliente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. Niveles del 6.1 al 6.9 reflejan generalizar la solución a otros problemas y construir las soluciones sobre patrones usuales o habituales de conducta. El P ha practicado la solución fuera de la consulta.
NIVEL 7. DOMINIO: El cliente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es positivo cuando se habla del tema, pero neutro (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse). El problema ha dejado de ser un problema

Nota. La escala permite niveles intermedios como un intento de ofrecer una estimación más precisa del nivel APES en el que se encuentra el cliente. Así, un código de 2.5 indicaría que el cliente (en cuanto al párrafo codificado) se encuentra a medio camino entre Surgimiento (2) y Clarificación (3).

El trabajo que aquí presentamos complementa otro recientemente publicado (Caro et al., 2014) en donde se estudió, por primera vez, el papel del terapeuta en el contexto de la terapia lingüística de evaluación (TLE), la terapia en la que llevamos varios años analizando el proceso de asimilación de los pacientes tratados con ella (Caro, 2006a,b, 2007, 2008, 2011). En este trabajo se hizo hincapié en cuáles eran las principales operaciones terapéuticas que, en el contexto de la TLE, podíamos relacionar con la aparición de uno de los momentos principales en el proceso de asimilación, el Insight, entre las VDs y las VNDs, encontrándose dos grandes bloques: 1) actividades de la terapeuta propias de la TLE y relacionadas con los Insights (por ejemplo, “la terapeuta busca la orientación extensional”), y 2) actividades de la terapeuta relacionadas con cómo se manejaban las voces de la paciente (por ejemplo, “la terapeuta desafía las VD de la paciente”).

Pero, en esta investigación, encontramos no sólo que la terapeuta se dirigía y trabajaba con las voces de la paciente, mediante determinadas operaciones terapéuticas, sino que la paciente también realizaba determinadas actividades. Es decir, aquí presentaremos datos desde la perspectiva de una paciente, focalizándonos en cómo aparecen las voces en sus Insights (medidos con la APES), concretando el manejo de las voces por su parte. Seguiremos una perspectiva, fundamentalmente, cualitativa, aunque presentaremos algunos datos cuantitativos para enmarcar estos resultados.

Método

Muestra y Procedimiento. Se analizaron 85 Insights tomados del proceso de asimilación de una paciente, María (un pseudónimo), de 54 años, tratada con éxito con la TLE, durante 14 sesiones. Los Insights aparecieron en las 14 sesiones, salvo las sesiones #2, #8 y #9. María fue diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada con síntomas depresivos. La terapeuta fue la primera firmante de este trabajo. La terapia siguió exclusivamente los principios de la TLE y no del modelo de asimilación, centrándose, por tanto, en las metas, actividades y tareas terapéuticas de la TLE.

Muy brevemente, la TLE es un tipo de terapia cognitiva, desarrollada a partir de la teoría de la Semántica General (Korzybski, 1933), basada en cómo estructuramos el conocimiento mediante el uso del lenguaje (Caro, 1994). Fundamentalmente, busca el desarrollo de una *orientación hacia el lenguaje* de tipo *extensional* que toma la forma de *no identificaciones palabras-‘hechos’*, de *no anticipaciones* (no saltar a conclusiones y vivir en el aquí y ahora), y de *extensionalizaciones* (usar un lenguaje condicional, de matices, que busca el ejemplar dentro de la categoría). Esta orientación se opone a la denominada *orientación intensional*, que se relaciona con el desarrollo de problemas emocionales y de forma concreta, supone hacer *identificaciones palabras-‘hechos’*, hacer *anticipaciones* e *intensionalizaciones* (uso de un lenguaje absolutista, en donde el ejemplar se incluye en la categoría; Caro, 1999).

La asimilación de las experiencias problemáticas de María ha aparecido en

otros trabajos (Caro, 2006b, 2007) así como la convergencia y relación entre sus voces (por ejemplo, Caro, 2009). Sus VDs eran “necesidad de control”, de “hacer cosas y darse a los demás” y “superar los obstáculos”; mientras que sus VNDs fueron “mareo”, “cansancio” e “incapacidad para hacer cosas”. Estas voces se consideran VNDs porque chocaban con sus VDs anteriores, que siempre había podido llevar a la práctica o hacer válidas, siendo sus recursos habituales para afrontar situaciones difíciles. Es decir, en vez de huir de ellas, las intentaba controlar y superar por todos sus medios. Esto le había funcionado hasta el momento. Su situación, en el momento de acudir a terapia, con mareos y cansancio continuos, por ejemplo, impedía hacer válidas estas VDs. El análisis consistió, por tanto, en encontrar cómo aparecían estas voces en el nivel de Insight.

La primera autora de este trabajo codificó todos y cada uno de los 85 Insights en función de cómo aparecían las VDs y VNDs en este nivel de Insight. Esta codificación se pasó a dos jueces (con experiencia en el modelo de asimilación) que revisaron la codificación inicial. El nivel previo de acuerdo fue de 93.94% con el juez 1 (2º autor de este trabajo) y de 94.70% con el juez 2.¹ Todos los códigos se revisaron, en diversas reuniones, hasta que se llegó a un acuerdo total entre jueces. Este procedimiento dio como consecuencia 124 códigos que describen el manejo de las voces, por parte de María, en el nivel de Insight.

Resultados

Los resultados muestran fundamentalmente dos cosas. En primer lugar, cómo se relaciona María con sus voces en el nivel de Insight y, en segundo lugar, cómo se relaciona María con las “voces terapéuticas”. Es decir, se encontró que no sólo se producía un diálogo *intrapersonal*, que manifiesta, por ejemplo, cómo María disminuyó o comprendió el peso de la VD y de la VND, sino que se produjo, también, un diálogo *interpersonal*. Es decir, María siguió o se dejó guiar por las “voces terapéuticas”, esto es, los elementos básicos de la conceptualización y trabajo en la TLE, planteados por la terapeuta. De manera, que algunos de estos Insights recibieron un doble código.

Así, y de forma resumida, los 124 códigos relacionados con las voces se repartieron entre 5 categorías, basadas en la observación por los jueces de estos Insights, con una particularidad. Al codificar algunos de estos Insights se vio que cuando María “seguía las voces terapéuticas”, se apreciaba, igualmente, la relación de María con sus voces (es decir, 3 de las restantes 4 categorías), recibiendo, pues, las voces en estos Insights un doble código. En la Tabla 1 nos aparecen los datos totales, mientras que en la Tabla 2 aparecen los datos que analizan de forma más pormenorizada la categoría de “seguir las voces terapéuticas”. Así, estos 124 códigos suponen la suma de cómo aparecían las voces en 85 Insights + las 39 ocasiones (véase Tabla 2) en donde se dio un doble código. Veamos estos resultados de forma más concreta.

Resultados cuantitativos

Tal y como aparece en la Tabla 1, María disminuyó el peso de la VD en 49 de estos Insights (39.52%), siguió las voces terapéuticas en 41 de estos Insights (33.06%), comprendió el peso de la VD en 20 ocasiones (16.13%) y de la VND en 10 (8.06%), y finalmente reforzó su VD, pero asimilando la no dominante, en 4 ocasiones (3.23%).

Tabla 1. Las voces en los Insights de María

Relación entre voces	Σ y %
Disminución del peso de la VD	49 (39.52%)
Seguir las voces terapéuticas	41 (33.06%)
Comprender la VD	20 (16.13%)
Comprender la VND	10 (8.06%)
Reforzar la VD y asimilar la VND	4 (3.23%)

VD (voz dominante); VND (voz no dominante)

Los códigos dobles tienen que ver con cómo el Insight reflejaba su seguimiento de las voces terapéuticas que a su vez facilitaba el manejo de las voces. En la Tabla 2 nos aparecen estos resultados. Así, de las 41 ocasiones donde “seguía las voces terapéuticas”, 28 (68.29%) de ellas reflejaban, al mismo tiempo, cómo “disminuía el peso de la VD”, esto es, de las 49 ocasiones (Tabla 1) en donde María “disminuyó el peso de la VD”, en 28 lo hizo, a la vez que “seguía las voces terapéuticas” (Tabla 2). 8 (19.51%) de estos Insights reflejaban que María a la vez que “seguía la voz terapéutica”, “comprendía su VD”, o lo que es lo mismo, de los 20 ocasiones (Tabla 1) en las que María “comprendió su VD”, 8 de ellas lo hizo a la vez que “seguía las voces terapéuticas” (Tabla 2). María “comprendía su VND” a la vez que “seguía las voces terapéuticas” en 3 (7.32%) de estos Insights. Es decir, de las 10 ocasiones (Tabla 1) en las que “comprendió la VND”, en 3 lo hizo a la vez que “seguía las voces terapéuticas” (Tabla 2). Finalmente, en sólo 2 (4.88%) ocasiones se produjo, exclusivamente, un “seguimiento de las voces terapéuticas.”

Tabla 2. Las voces desde una perspectiva intrapersonal e interpersonal en los Insights de María

	Seguir voces terapéuticas	Disminuye VD	Comprende VD	Comprende VND
Seguir voces terapéuticas	2 (4.88%)	28 (68.29%)	8 (19.51%)	3 (7.32%)

VD (voz dominante); VND (voz no dominante)

Para clarificar estos datos cuantitativos ofreceremos algunos datos cualitativos de los códigos principales. En ellos se aprecia cómo aparecen las voces en este

nivel de Insight, a través de una serie de “actividades” que realiza María.

María disminuye el peso de la voz dominante

En el primer Insight (surgido, ya, en la sesión #1), María manifiesta un cambio en la perspectiva de las cosas en relación a sus VDs principales. En el ejemplo, María minimiza y disminuye el peso de la VD de control y de superar todas las cosas, al aceptar el mareo. Es decir, la VND “pide sitio” y la VD debe cambiar. Esto es importante, puesto que para que se produzca el *punteo de significado*, facilitando la asimilación, la búsqueda de María de controlar las cosas y superarlas (sus VDs basadas en sus experiencias de toda su vida) debía adaptarse a las nuevas experiencias, en este caso, en forma de VND opuestas a las VD. María había intentado (siguiendo sus VDs) superar el mareo y cansancio continuo, pero no lo conseguía a pesar de todos sus esfuerzos. En el contexto de la exploración de lo que pensaba sobre sus mareos (VND), María dio este Insight: “Ahora ya estos días, estoy pensando que podría ser una cosa que se me va a quedar continuo”. Inferimos que esta aceptación de su VND suponía un cambio importante en la VD de control, manifestando que intentaba asimilar sus VND que chocaban (pues, no controlaba el mareo), en todo momento, con las VD.

El siguiente ejemplo (sesión #7), manifiesta de nuevo, cómo intenta asimilar la experiencia de mareo (VND). María y su terapeuta están hablando sobre cómo iba y hasta dónde se podía llegar controlando los mareos (lo que supone que la terapeuta asumía la VD de María, véase, Caro et al., 2014), y María hace la siguiente reflexión que se considera un Insight, cuando está hablando de que está pudiendo llevar esa sensación de mareo:

María: Yo me....lo que reflexiono de esa sensación es que hay veces que tienes un brazo inútil, vamos a suponer...

Terapeuta: Sí.

M:y que te suponga una carga inútil y una cosa inútil, ¿no?...

T: Mhm, mhm.

M: pero, hay veces, que ese mismo brazo inútil te acostumbras a llevarlo contigo, y es una parte más del cuerpo, que no te sirve.... que no te sirve, pero que está ahí, y no...., ¿eh?, o sea...

T: Mhm, mhm.

M: ... algunas veces te causa trauma y otras veces no te causa tanto trauma.

Inferimos que con este Insight sigue disminuyendo el peso de la VD, al igual que empezó a manifestar ya en la Sesión #1 del ejemplo anterior. Para María sigue siendo importante intentar controlar las cosas (VD) y que el mareo (VND) desaparezca, pero su “reflexión de acostumbrarse a llevarlo” supone, asumimos, que es capaz de asimilar esta VND, para lo cual, la VD debe minimizar su peso, o lo que es lo mismo, “a veces hay cosas que se controlan, otras no, y una se acostumbra a llevarlas.”

El último ejemplo en este apartado proviene de la misma sesión #7. De nuevo,

manifiesta María el juego entre voces con otro Insight donde vuelve a manifestar lo importante que era para ella adaptarse a lo que le pasaba, asimilando su sensación de mareo (VND). Inferimos, en este Insight, que esta adaptación requiere que la VD disminuya su peso (controlar y superar) y “se relacione” de forma diferente con las VNDs contrapuestas. El contexto terapéutico supone que María y su terapeuta están hablando de sus posibilidades de cambio y de la sensación de optimismo que últimamente María tenía. María comenta que está mentalizada a llegar hasta cierto punto (lo que refleja asimilación) y añade estos comentarios que se consideraron un Insight:

María: Lo que quiero es aprender a vivir normal y corriente con lo que sea y que no sea un trauma.

Terapeuta: Mhm, mhm. Bien.

M: Entonces, a mí, ese horizonte es el que me hace ver las cosas de manera diferente.

María sigue las voces terapéuticas y al mismo tiempo disminuye el peso de la voz dominante

Los Insights relacionados con esta categoría son los más complejos, por cuanto suponen describir e inferir que, al mismo tiempo que María “seguía las voces terapéuticas”, manifestaba algún tipo de actividad hacia las voces que era del mismo tipo que los otros Insights en donde sólo se apreció por los jueces una única actividad. Veamos algunos ejemplos.

En un Insight, en la sesión #4, María y la terapeuta están hablando de la sensación que tiene de “ser una carga”. Desde la perspectiva de las voces, apreciamos aquí a la VND desde la perspectiva de la dominante: “si no me doy a los demás soy una carga”. Es decir, “tengo que hacer cosas y ayudar a los demás” (VD). Cuando María no podía hacerlo por la sintomatología física que tenía, las consecuencias de ello, en forma de etiquetas se consideraron una VND que María debía asimilar. La terapeuta plantea el desarrollo de una *orientación extensional*, uno de los elementos clave de la TLE y que consiste en usar el lenguaje de forma diferente para la construcción de los ‘hechos’. María sigue aquí el tipo de desafíos, búsqueda de la orientación extensional típica de la TLE, que en el contexto del modelo de asimilación supone que se plantee sus VDs.

Terapeuta: “Es que la mayoría de las veces nuestras etiquetas son definiciones equivocadas y en este caso puede ser que no sea adecuada...”

María: “Es más un complejo que una realidad, es un complejo que tengo yo, más que una realidad (Insight).”

Aquí María cambia o niega una etiqueta y es capaz de darse cuenta que porque no controle o domine todo (VD) no debe etiquetarse como una carga (VND). Sigue lo que le plantea la terapeuta y modifica su etiqueta (desarrollo de la *orientación extensional*), que desde el punto de vista de la TLE es *intensional* (empleo de un lenguaje absolutista). Desde el punto de vista del modelo de asimilación, María cambia la VD en su oposición a la VND: “no es verdad que porque no pueda hacer

todo lo que quiero (disminuye el peso de la VD), sea una carga”.

En el siguiente ejemplo, siguen María y la terapeuta hablando de esa sensación de ser una carga. Estamos en la misma sesión y con posterioridad al Insight anterior. En esta ocasión la terapeuta y María siguen trabajando para que intente no etiquetarse como una carga. La terapeuta le pregunta por una situación, por ella vivida, en la que pudiera etiquetarse como una carga (desarrollo de la *orientación extensional* en forma de búsqueda de etiquetas ajustadas a ‘hechos’). Recordemos, “una carga porque no podía hacer cosas”. Ante la pregunta de la terapeuta, María respondió: “No sé, la de la carga si lo pienso bien, no”. Este Insight supone una modificación de una etiqueta intensional, que era la meta que se planteaba la terapeuta. Para lograrlo es necesario, inferimos, que María disminuya el peso de la VD: “darse a los demás y hacer cosas continuamente por ellos”. De nuevo, podemos inferir, que María modifica su forma habitual de pensar y comportarse (“darse a los demás”) y comienza a asimilar que puede dejar espacio para funcionar de manera diferente. Para “dejar ese espacio”, la VD debe cambiar su peso.

El último ejemplo, es continuación de los dos anteriores. Aquí, de nuevo, la terapeuta sigue trabajando con la etiqueta intensional, intentando que María busque ‘hechos’. La terapeuta le plantea, otra vez, que busque ‘hechos’ y María responde:

María: No, no, hay que buscarlo.

Terapeuta: Es que hay que buscarlo.

M: Sí, sí, por eso lo digo que lo buscas y no...

T: Claro, porque es...

M: ... y no lo tengo.

Asumimos, entonces, que María sigue este trabajo terapéutico en el contexto de la TLE. Trabajo que se refleja en una de las actividades que aparecen más destacadas en el nivel de Insight: la disminución del peso de la VD.

María comprende su voz dominante

El siguiente Insight, que ejemplifica estos códigos, también está tomado de la sesión #4: María comprende el origen, las teorías sobre cómo debe comportarse y el peso que le da a las VDs. Estos ejemplos muestran, asumimos, que es importante para la asimilación que no sólo disminuya el peso de las VDs, sino que éstas se comprendan por la paciente.

María: “Entonces, no sé, yo lo que encuentro es que el problema que se me acumula a mí es por eso. Por qué otra gente, haciendo la mitad de lo que hago yo, viven su vida, y notan que cumplen con su deber, que son maravillosas, que son... y yo no puedo ser así”.

En la sesión #6 María, de nuevo, hace un Insight donde manifiesta que comprende perfectamente cuáles son sus VD, en este caso, la necesidad de controlar y superar, dominando las cosas. Daremos un poco de contexto para ejemplificar mejor, el reconocimiento, en forma de Insight que hizo María:

Terapeuta: ... Recuerde que no es el mareo única y exclusivamente su

problema.

María: Claro.

T. Es lo más llamativo.

M: Sí.

T: En cuanto que es lo que la hace sentir mal.

M: Exacto.

Estos pasajes recibieron un código APES de 3, o Clarificación (véase Cuadro 1).

Inmediatamente viene el Insight de María que refleja su comprensión de la VD. Dijo María: “Yo lo que veo que no puedo dominar” (se infiere, “... me causa problemas”).

El último ejemplo que ofreceremos es de una sesión posterior, la #12. En este Insight se muestra cómo María se da cuenta de por qué últimamente está más cansada. En ello le ayuda un comentario de su hija que le señala la importancia que para ella tiene “hacer cosas” (VD). María contempla la posibilidad de que su cansancio se deba a que ha empezado a hacer más cosas, a consecuencia de que se iba encontrando mejor.

María: Sí, ella me dice: “mamá, no te preocupes que yo sí veo que estás más animada y entonces... aunque tú creas que no...”

Terapeuta: Es que + usted, no se... Exacto.

M: ... haces más cosas que hacías +, tú no te das cuenta pero haces más cosas que hacías”. Pues, puede ser, porque yo antes, por ejemplo, salir a la calle a hacer la compra y eso, yo sola no podía, es que no... Me daba la sensación de que me iba a caer y era una sensación tan fuerte, tan fuerte, que me volvía a casa. Y ahora, no, ahora salgo todos los días a todo lo que me hace falta... y... voy a su casa, que está a la otra parte de la calle, si quieres, que no es mucho, pero voy dos o tres veces si hace falta durante el día, que antes... no iba nunca. O sea, no... o sea, iba acompañada, sola no me atrevía. Pues puede.

Discusión

Diversas cuestiones terapéuticas importantes se manifiestan en el nivel de Insight. Explorando más detalladamente este nivel observamos cuestiones que podemos relacionar con los supuestos básicos del modelo de asimilación, sobre todo, aquellos que tienen que ver con cómo se produce el diálogo entre voces, en este nivel. Según Glick Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg (2006) los cambios que se pueden producir en el paso en los niveles intermedios de asimilación, por ejemplo, entre el nivel 3, o Clarificación y el 4 o Insight muestran cambios *intrapersonales* (relaciones entre voces internas) al igual que cambios *interpersonales* (relaciones entre el paciente y otras personas). En esta investigación hemos visto cómo se producen estos cambios, aunque, exclusivamente, en el nivel de Insight (Nivel 4).

Nuestros datos se relacionan con un concepto empleado en el modelo de asimilación, la *parcialidad multilateral* (Osatuke et al., 2005). Este concepto señala

que, para asimilar, el terapeuta se debe alinear tanto con las VNDs, como con las VDs de un paciente. En un estudio previo (Caro et al., 2014) con estos Insights de María se ha encontrado, precisamente, dicho extremo. No obstante, también se ha postulado que los *puentes de significado* o Insights se deben construir, primero, de forma *interpersonal* entre paciente y terapeuta, y luego de forma *intrapersonal*, entre las voces internas de un paciente (Mosher y Stiles, 2009). Esto es, para asimilar debe existir una alianza entre las voces del terapeuta y del paciente. Nuestros datos muestran, de forma tentativa, esta alianza. Muestran cómo facilita construir un puente de significado que el paciente siga, o se alinee, con las “voces terapéuticas”. Esto se relaciona con considerar al Insight como la construcción de una nueva comprensión (Hill, 2004), en donde los pacientes describen formas distintas de comprender y comunicarse con la voz del terapeuta.

Un porcentaje importante de estos Insights se puede relacionar con aspectos terapéuticos relevantes. Esto es, el diálogo entre voces se puede facilitar por la interacción entre paciente y terapeuta. La asimilación no puede ser ajena a la alianza terapéutica (Stiles et al., 1990) en el sentido de que si hay un acuerdo en tareas propuestas (véase, Bordin, 1979), o lo que es lo mismo, el paciente “sigue al terapeuta”, en este caso en algunas de las actividades típicas de la TLE, la asimilación va a progresar mucho más rápido. Podemos señalar, entonces, que paciente y terapeuta están trabajando en parte de estos Insights en una zona cómoda para el paciente. El paciente sigue al terapeuta, es decir, ambos participantes se mueven dentro de la zona de desarrollo próximo (o ZPD, Vygotsky, 1978), o “el segmento del continuo APES en el que el cliente puede proceder de un nivel al siguiente con la asistencia del terapeuta” (Leiman y Stiles, 2001, pág. 315). Este concepto es importante y se ha relacionado con el progreso en psicoterapia (Ribeiro et al., 2014) y con el progreso en la asimilación (Leiman y Stiles, 2001) e, incluso, con dificultades en el proceso de asimilación, cuando el paciente no sigue al terapeuta (Caro y Stiles, 2013).

Igualmente, debemos señalar que si la VD es nuestra forma habitual de pensar, sentir y comportarnos, ésta en su oposición a la VND debe cambiar, para que la VND sea aceptada y asimilada (Honos-Webb y Stiles, 1998). Nuestros datos muestran la importancia que tiene que María disminuya el peso que se le da a las VDs. Es decir, asumimos que María asimila pues es capaz de convivir con sus VNDs, su sensación de mareo, de cansancio y sus dificultades para hacer cosas, y esto se logra cuando minimiza el peso de la VD: es decir, María es capaz de reconocer que no puede controlarlo todo, dominarlo todo o hacer todo lo que quiere y acepta estas experiencias problemáticas (véase los pasajes seleccionados en el apartado de Resultados).

Este estudio tiene limitaciones, sobre todo, la muestra pequeña sobre la que se trabajó y hacerlo, exclusivamente, en el nivel de Insight. Trabajos futuros desarrollarán esta cuestión con una muestra mayor de pasajes en donde se muestre el proceso de asimilación, recorriendo todos los niveles de la APES. Aunque los datos

son tentativos, no dejan de reflejar cambios que se han producido en sesión y que ejemplifican principios básicos del modelo de asimilación.

Además, hemos seguido una perspectiva de tipo transversal y no longitudinal. Sería interesante encontrar la asimilación y la interacción paciente-terapeuta (siguiendo el concepto de “responsividad”; Stiles, Honos-Webb y Surko, 1998) y ver cómo aparece la interacción entre ambos participantes de la terapia a lo largo de todo el proceso de asimilación, teniendo en cuenta no sólo el paso entre los distintos niveles de la APES, sino la relación de ellos con las diversas actividades terapéuticas, tanto del terapeuta, como del paciente. Estos trabajos, siguiendo una perspectiva más longitudinal están, igualmente, en curso.

En definitiva, y a pesar de las limitaciones, el estudio del cambio propuesto por el modelo de asimilación se debe complementar con el estudio del cambio en las voces de un paciente y de la relación entre las voces terapéuticas y las del paciente.

Notas:

1 Los autores quieren agradecer a Sara Llorens su participación como juez

Referencias bibliográficas

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260.
- Caro, I. (1994). *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Caro, I. (1999). *La investigación de procesos: Análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación*. Número monográfico. *Psicologemas, Nº 25-26*, 1-192.
- Caro, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 436-452.
- Caro, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness. *Psychotherapy Research, 16*, 422-435.
- Caro, I. (2007). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación. ¿Cómo asimiló María su incapacidad para hacer cosas? *Boletín de Psicología, 89*, 47-73.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology, 16*, 182-198.
- Caro, I. (2009). Convergence of voices: Assimilation in linguistic therapy of evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*, 182-198.
- Caro, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 169-188.
- Caro, I., Pérez, S., y Llorens, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly, 27*, 217-240.
- Caro, I. y Stiles, W.B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research, 23*, 35-53.
- Detert, N.B., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M., y Stiles, W.B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research, 16*, 393-407.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Christoph, P., Barber, J.P., y Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy: A review of empirical literature. En L.G. Castonguay y C.E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy*, (pp. 143-166). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glick Brinegar, M., Salvi, L.M., Stiles, W.B., y Greenberg, L.S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 165-180.

- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G. y Van Loon, R.J.P. (1992). The dialogical self. *American Psychologist*, 47, 23-33.
- Hill, C.E. (2004). *Helping skills. Facilitating exploration, insight and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Honos-Webb, L., y Stiles, W.B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33.
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., Greenberg, L.S., y Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8, 264-286.
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W.B., y Greenberg, L.S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: the case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity. An introduction to non-aristotelian systems and General Semantics* (4rd ed. 1958). Lakeville: Institute of General Semantics.
- Leiman, M. y Stiles, W.B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330.
- McAleavey, A.A. y Castonguay, L. G. (2013). Insight as a common and specific impact of psychotherapy: Therapist-reported exploratory, directive, and common factor interventions. *Psychotherapy*, 23, 1-12.
- Mosher, J.K. y Stiles, W.B. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy*, 46, 4, 432-447.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Gray, M. A., Reynolds Jr., D. J., Humphreys, C. L., Salvi, L. M., y Stiles, W. B. (2004). Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. En L. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of narrative and psychotherapy* (193-210), Thousand Oaks: Sage.
- Osatuke, K., Humphreys, C.L., Glick, M.J., Graff-Reed, R.L., McKenzie Mack, L., y Stiles, W.B. (2005). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 21-44.
- Ribeiro, A.P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M.M., Stiles, W.B., Horvath, A.O. y Sousa, I. (2014). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24, 346-359.
- Stiles, W.B., y Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. En J. Frommer y D. L. Rennie, *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 112 – 127). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F.R., Shapiro, D.A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L., y Lani, J.A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1213-1226.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
- Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M., y Sloan, W.W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A., y Firth-Cozens, J., (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Stiles, W., Osatuke, K., Glick, M. J. y Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion. An elaboration of the assimilation model. En H.J.M. Hermans y G. Dimaggio (eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). Hove: Brunner – Routledge
- Timulak, L., y McElvaney, R. (2013). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, 131-150.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.

LA REVISIÓN DEL CICLO DE EXPERIENCIA EN UN CASO DE FIBROMIALGIA

REVIEWING THE EXPERIENCE CYCLE IN A CASE OF FIBROMYALGIA

Clara Paz, Victoria Compañ y Mari Aguilera

Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Paz, C., Compañ, V., Aguilera, M. (2014). La revisión del ciclo de experiencia en un caso de fibromialgia. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 97-112.

Resumen

La Teoría de los Constructos Personales focaliza su atención en la participación activa del individuo en la construcción de la realidad. En este sentido la terapia fundamentada en estos postulados se interesa en entender cómo el individuo experimenta y construye su experiencia. Para explicar este proceso, Kelly propuso la noción de Ciclo de Experiencia que consta de cinco fases sucesivas e implica el fluir continuo entre cada una de ellas. Cualquier interrupción en una de estas fases imposibilita el proceso de construcción, lo cual podría manifestarse como malestar psicológico. En el presente trabajo se presenta un caso clínico donde se reconoce la interrupción de una de las fases del ciclo de experiencia y se explica la intervención realizada en favor de promover la revisión de ciclo de experiencia y por ende la reconstrucción de significados.

Palabras clave: Teoría de los Constructos Personales, ciclo de experiencia, depresión, fibromialgia, estudio de caso, terapia breve

Abstract

Personal Construct Theory focuses its attention on the active role of the person in construing reality. In that sense, therapy based on this theory is interested on understanding how people experience and construct their reality. In order to explain this process, Kelly proposed the notion of the Experience Cycle which involves five steps organized as a continuum. Any disruption in one of these steps prevents the construction process and it could cause psychological distress. The present paper presents a single-case study in which it is possible to recognize a disruption in one of the steps of the experience cycle. The intervention promoted the revision of the experience cycle and as a result meaning reconstruction.

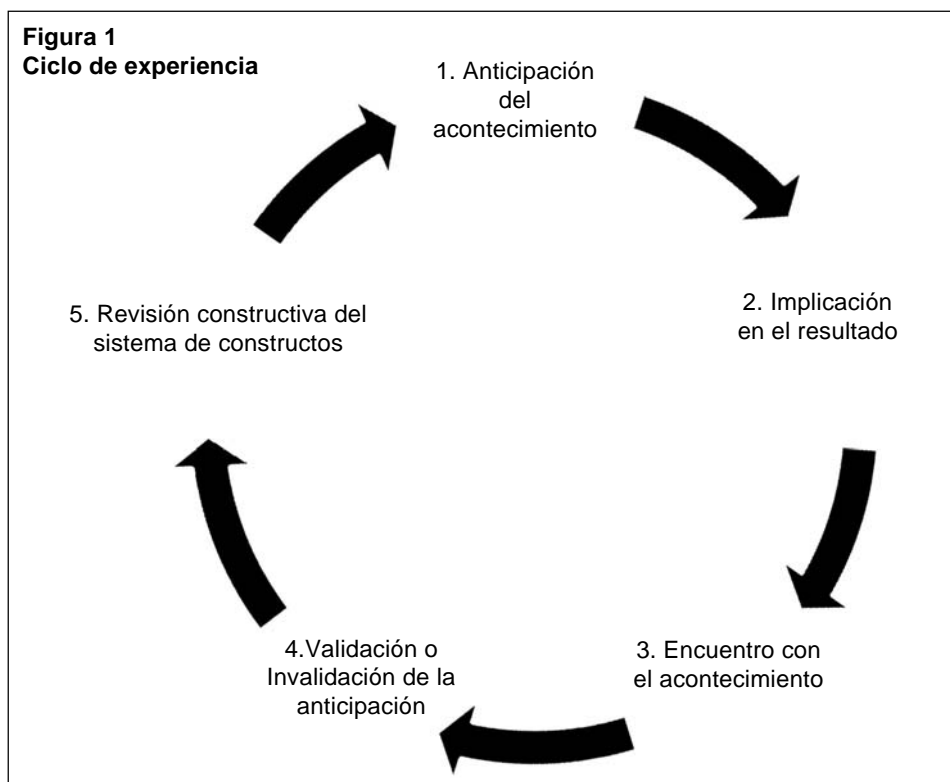
Keywords: Personal Construct Theory, experience cycle, depression, fibromyalgia, case study, brief therapy



La Teoría de los Constructos Personales (TCP) (Kelly, 1955/1991) se fundamenta en la percepción del individuo como agente activo en la creación de significados acerca de sí mismo, de los otros y del mundo que lo rodea. A través de la experiencia, el individuo crea sus propias hipótesis y teorías informales que le permiten entender su vivencia actual y realizar anticipaciones de los eventos. La creación de estas teorías necesitan de un marco de referencia y este marco es dado por los constructos personales, los cuales son discriminaciones bipolares, como “bueno - malo”, “triste - feliz”, conectadas entre sí conformando una compleja red jerárquica de significados. Así pues, existen construcciones nucleares y periféricas, siendo las primeras las que estructuran y define la identidad del individuo y por lo tanto tienen mayor relevancia dentro del sistema.

El sistema de construcción de una persona es dinámico y está constantemente sometido a ser validado o invalidado según los acontecimientos que experimenta (Kelly 1955/1990). Atendiendo a la metáfora de Kelly de la persona-como-científico, las anticipaciones que se hacen de los acontecimientos son hipótesis (constructos) que deben pasar la prueba de la experiencia y si es necesario deben ser revisadas. El proceso de construcción se explica mediante un ciclo de experiencia que atiende a cinco fases ordenadas en un continuo (Kelly, 1966/1970; véase la figura 1). La primera fase es la de anticipación, es aquí donde se proponen las hipótesis personales acerca de un acontecimiento. Estas hipótesis están basadas en construcciones nucleares del sistema de constructos que han sido validadas anteriormente. La siguiente fase es la implicación en el resultado, la cual tiene que ver con el grado de importancia que tienen las construcciones puestas en juego. Cuanto más nucleares son estas construcciones, mayor es la implicación y por ende la activación emocional con respecto al resultado del evento en cuestión. La tercera fase tiene que ver con el encuentro y se refiere al momento en el que se ponen a prueba las hipótesis personales planteadas previamente. Una vez producido el encuentro, en la cuarta fase se contrastan las anticipaciones con los resultados obtenidos y por lo tanto se produce sea la confirmación o la desconfirmación de las anticipaciones planteadas. Finalmente, la quinta fase se refiere a la revisión de las anticipaciones empleadas y es en este momento donde se plantean sea la modificación o el mantenimiento de las construcciones utilizadas. Lo esperable es que se produzca una revisión constructiva que permita el aumento de la capacidad predictiva del sistema de constructos personales. [Véase Figura1]

El funcionamiento óptimo del sistema de significados está caracterizado por la constante revisión de las construcciones y el flujo eficiente a través de todas y cada una de las fases del ciclo de la experiencia. En oposición, cualquier interrupción en alguna de estas fases puede ocasionar dificultades al momento de construir los acontecimientos experimentados. Tales dificultades pueden provocar malestar psicológico y por lo tanto ser motivo de demanda psicoterapéutica. En este sentido, Neimeyer (1985) ha sugerido que mientras más tempranas son las fases en las que el bloqueo en el ciclo de experiencia ocurre, el malestar resultante es mucho más severo.

Figura 1**Ciclo de experiencia**

El papel del terapeuta es entender el ciclo de experiencia del individuo frente a la situación que le produce malestar, reconocer las anticipaciones que hace del evento, cómo son tratadas y si son revisadas o no. El objetivo terapéutico es entonces promover el movimiento a través de cada una de las fases del ciclo de experiencia con el fin de producir la revisión constructiva del sistema. Presumiblemente, así se suscitará el desarrollo de un sistema de construcción más amplio y flexible.

En el presente artículo, se ejemplifica la conceptualización de la interrupción en una de las fases del ciclo de experiencia, el encuentro, así como su posterior revisión en el contexto del proceso terapéutico, empleando para ello el caso de Margarita, una mujer con diagnóstico de fibromialgia. La fibromialgia es un síndrome caracterizado por la presencia de dolor musculoesquelético crónico, de etiología desconocida. Para este tipo de pacientes el dolor juega un papel relevante en su sentido de identidad personal (Compañ et al., 2001), por lo tanto comprender el dolor es un factor fundamental dentro del contexto terapéutico. Se ha escogido este caso porque el entendimiento del dolor dentro de la terapia y la validación de su existencia mediante factores externos permitieron la promoción del flujo efectivo en un ciclo de experiencia específico adscrito al ámbito de la relación de pareja.

Método

Participantes

Margarita (todos los nombres han sido cambiados con el fin de proteger la identidad de la paciente) es una mujer de 49 años de edad, con diagnóstico de fibromialgia desde hace tres años que se ha visto agravado por diferentes problemas de salud relevantes. El núcleo familiar de convivencia está formado por Margarita, su esposo, el hijo de ambos, además la madre de Margarita reside con ellos desde que enviudó dos años atrás. Muy cerca a la casa familiar está la casa de la suegra y la cuñada con quienes tiene una relación conflictiva y distante, el marido pasa la mayor parte del día en casa de su madre y hermana. Al momento de iniciar la terapia no trabaja, pero recibe la pensión de su madre en retribución por sus cuidados.

El papel de Margarita ha sido el de cuidadora de las personas que han ido enfermando en su familia, ha vivido de cerca la enfermedad tanto de su hermano como de su padre, siendo ella quien los cuida en el hospital y en la casa hasta el día de su muerte. Es justamente después de la muerte del hermano (cinco años atrás) que experimenta un estado de depresión mayor que le lleva a cometer un intento de suicidio. Después de este episodio decide realizar un proceso de psicoterapia que lo experimenta como positivo; sin embargo las circunstancias familiares y la muerte del padre hacen que tenga una recaída y que vuelva a cometer otro intento de suicidio. Frente a esta recaída, retoma la psicoterapia (tres años atrás), pero a las pocas sesiones, cuando comienza sentirse mejor la abandona.

Margarita acudió a su Centro de Atención Primaria para consultar sobre sus problemas de salud, durante la visita el médico de cabecera reconoció la existencia del malestar psicológico y le recomienda la realización de un tratamiento psicológico. La reflexión acerca de los síntomas del pasado le hace aceptar tal sugerencia en razón de evitar otro intento de suicidio. El médico de cabecera remitió el caso al servicio de atención psicológica que proporciona el Máster de Terapia Cognitivo Social para ser valorado.

La terapeuta que llevo este caso fue una mujer, psicóloga, estudiante del último año del Máster mencionado y supervisada por dos terapeutas con aproximadamente 10 años de experiencia, en el contexto de un grupo de supervisión específico para el tratamiento de pacientes con fibromialgia.

Instrumentos y Medidas

Inventario para la Depresión de Beck, Segunda Edición. (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996; adaptación al español de Sanz y Vázquez, 2011) es un inventario de 21 ítems, diseñado para ser auto-aplicado y que tienen como fin la evaluación de la existencia y severidad de los síntomas de depresión.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. (DASS 21; Lovibond y Lovibond, 1995; adaptación al español de Bados, Solanas y Andrés, 2005) es una escala con 21 ítems, auto-aplicada que mide los estados emocionales de depresión, ansiedad

y estrés.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. (CORE-OM; Evans et al., 2002; adaptación al español de Feixas et al., 2012) es un cuestionario auto-aplicado que contiene 34 ítems que evalúan el malestar psicológico en cuatro áreas: el bienestar subjetivo, los síntomas o problemas, el funcionamiento y el riesgo. Este cuestionario se aplicó al inicio, al final de la terapia y en el seguimiento. Una versión corta de este cuestionario (CORE-SFB) con 18 ítems, fue aplicada en cada sesión como medida de cambio en el transcurso del proceso terapéutico.

Procedimiento

Entrevista de acogida. Después de recibir la derivación del médico de cabecera se procedió a contactar con la paciente para realizar una entrevista. Esta entrevista fue realizada por la misma terapeuta y en la cual se recogió los datos sociodemográficos de la paciente, se estableció la demanda y se evaluó la motivación para hacer terapia.

Primera sesión. En esta sesión se retomó la demanda y se trató de hacer un análisis de la misma con el fin de llegar a tener una demanda que sea lo suficientemente específica para poder ser trabajada en un formato de terapia breve. Además se firmó el consentimiento informado donde se explicó que los datos obtenidos de la terapia podrían ser utilizados en la investigación, que la terapia sería grabada en audio manteniendo siempre el principio de confidencialidad y que el caso sería revisado periódicamente dentro de un grupo de supervisión.

Evaluación pre-tratamiento. En una sesión, que no estaba incluida dentro de las 16 sesiones de tratamiento, se realizó la evaluación en la que se aplicó los diferentes cuestionarios: BDI-II, DASS-21, CORE-OM.

Terapia: de la sesión 2 a la 16. El tratamiento se formuló dentro del formato de terapia breve de 16 sesiones. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 1 hora y se realizó semanalmente. Antes de iniciar cada sesión se aplicó la versión breve del CORE (CORE-SFB). Todas las sesiones fueron grabadas en audio.

Evaluación post-tratamiento. Al finalizar el tratamiento se realizó una sesión para poder evaluar los cambios realizados en terapia. Con este fin se aplicaron los mismos cuestionarios utilizados en la sesión de evaluación pre-tratamiento: BDI-II, DASS-21 y CORE-OM.

Sesión de seguimiento. Después de tres meses de haber terminado la terapia se realizó una sesión de seguimiento en la que se valoró el mantenimiento de los cambios alcanzados durante la terapia. Además se aprovechó la sesión para aplicar los mismos cuestionarios que sirvieron como de medidas de cambio a lo largo de la terapia: BDI-II, DASS-21 y CORE-OM

Tratamiento

La intervención estuvo basada en la TCP (Kelly, 1955/1991) y tuvo por tanto un enfoque constructivista. Este tipo de terapia está focalizada en los significados que cada individuo otorga al mundo que le rodea y como estos configuran el sentido de su identidad personal, de sus relaciones y de sus dificultades. El ser-humano-como-científico es la metáfora que usó Kelly para describir el proceso de construcción de significados, la cual hace referencia a como cada individuo crea hipótesis que son puestas a prueba en razón de ser validarlas o invalidadas. Como se ha mencionado antes, el objetivo que tiene este tipo de terapia es la revisión constructiva del sistema (véase Feixas y Villegas, 2000; para una revisión). Consecuentemente, el trabajo del terapeuta es guiar al paciente en la reconstrucción de su experiencia con el fin de que pueda responder a sus propias preguntas. Para esto, se utiliza el espacio terapéutico como un laboratorio, en donde se proponen y se someten a prueba diversas hipótesis (ciclo de la experiencia). Los contenidos a trabajar dentro del proceso terapéutico no están preestablecidos, ya que es el paciente quien dirige el proceso como experto de su propia vida; no obstante existen ciertas actitudes del terapeuta, como la actitud crédula o el uso del lenguaje invitacional (Kelly, 2001), que pueden ser utilizadas en razón de estimular en el individuo la creación de hipótesis más específicas y ajustadas a su propia experiencia. El uso en general de las técnicas está subordinado a las necesidades del paciente, la estrategia utilizada y la situación específica. Así pues, el objetivo final de su utilización es mejorar la capacidad predictiva del sistema.

Análisis de los datos

Con el objetivo de determinar si el cambio fue clínicamente significativo se empleó la propuesta de Jacobson y Truax (1991). Esta metodología tiene en cuenta dos aspectos para medir el cambio, por una parte que el paciente pase del rango de la población disfuncional al rango de la población funcional y que por otra parte la magnitud del cambio del paciente sea confiable. El índice de cambio confiable (ICC) se determina obteniendo la diferencia entre las medidas post-tratamiento y pre-tratamiento divididas por el error estándar de la diferencia de los cuestionarios utilizados. Si el ICC es mayor o igual a 1.96, entonces se puede confirmar que el cambio es significativo con un nivel de confianza del 95%. Para calcular el punto de corte entre la población funcional y disfuncional y el ICC se utilizaron los datos normativos que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1
Datos normativos utilizados para el cálculo del ICC y el punto de corte entre la población funcional y disfuncional

	Población funcional		Población disfuncional		Confiabilidad test-retest	Fuente
	M	DT	M	DT		
BDI-II	9.61	7.61	27.31	11.04	.91	Sanz y Vazquez, 2011
DASS-21						
Depresión	6.29	6.76	17.60	11.19	.84	Bados, Solana y Andrés, 2005
Ansiedad	6.02	5.61	14.57	8.64	.70	
Estrés	13.92	7.65	22.24	9.74	.82	Trujillo et al., 2014
CORE-OM	.77	.48	1.84	.63	.94	

Nota: M=media, DT=Desviación típica, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, segunda edición; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. Reporte del Caso

Entendiendo el sistema de significados

Definición de la demanda. Al iniciar la terapia Margarita trae a consulta la siguiente demanda: “Estoy de bajón, quiero saber lo que me pasa, cuando me he sentido así he intentado dejar de vivir. Quiero hacer algo para sentirme mejor”

Según los planteamientos de Villegas (1996) esta demanda es inespecífica, ya que la consultante busca apoyo psicológico para poder entender lo que le está pasando. Partiendo de que ella ya identificaba el problema como de carácter psicológico se trató de indagar en las teorías que ella tenía de lo que le estaba ocurriendo. Al final de la sesión la demanda se reformuló en términos más específicos y se expuso de la siguiente manera:

Saber aceptar mi enfermedad para reducir la tristeza y el mal humor que eso me genera. Lo que quiero es encauzarme, sentirme bien conmigo misma, ser la de antes y valorarme un poco más. En general quiero tomarme la vida de una manera más ligera, sin ira, quiero sacar las cosas para tener respuestas.

La demanda final cumplió con las condiciones previas al inicio de la psicoterapia: predisposición, motivación y colaboración (Villegas, 1996). En cuanto a la predisposición, es notorio que existía una conciencia de crisis y de que esto le llevó a pedir ayuda. Considerando la motivación, se puede distinguir que había un deseo de superación, su hijo era el motor principal de motivación para realizar un cambio y no llegar a situaciones extremas, como otro intento de suicidio. Por último, la colaboración se hizo presente, ella ya había vivido un proceso de psicoterapia en el pasado en el que se había sentido muy apoderada de su cambio. Teniendo en cuenta este desarrollo de la demanda inicial, se propuso iniciar un tratamiento de 16 sesiones que se describe a continuación.

La historia de Margarita. En las sesiones siguientes se trató de dar un contexto a la demanda presentada y reconocer las construcciones habituales que utilizaba Margarita para definir su experiencia. El objetivo de estas sesiones fue entender su contexto vital y como construía los significados frente a situaciones que ella identificaba como problemáticas. De estas sesiones se recolectó la siguiente información.

El papel de Margarita había sido siempre el de cuidadora de las personas que iban enfermando en su familia, había vivido de cerca la enfermedad tanto de su hermano como de su padre, siendo ella quien los cuidaba en el hospital y en la casa hasta el día de su muerte. En el momento en que transcurría la terapia, cuidaba de su madre, quien se movilizaba en silla de ruedas y demandaba su atención constantemente. La relación con la madre era conflictiva, ella creía que su madre fingía estar peor de lo que realmente estaba para que Margarita esté pendiente de ella todo el tiempo. El cuidado de la madre se le había hecho muy duro ya que el tener que moverla de un lado a otro, asearla y atenderla le suponía mucho dolor físico, lo cual acentuaba los síntomas de la fibromialgia. Además de esto, Margarita era quien cuidaba de su hijo casi todo el día, ella comentaba que su marido no cumplía ningún papel en el cuidado del hijo por lo que todas las tareas de la casa las llevaba a cabo ella. Toda esta situación había provocado que Margarita se sintiera irritada y de mal humor la mayor parte del día, en tanto que no se sentía apoyada por nadie y tenía la sensación de que los demás no entendían el dolor físico al que se enfrenta cada día, que era una enfermedad que no tenía cura y que incluso empeoraría con el tiempo. Margarita sentía que no tenía sentido seguir viviendo, ya que anticipaba que el dolor en el futuro no le permitiría llevar una vida normal.

Teniendo en cuenta que el discurso de Margarita enfatizaba la falta de entendimiento de los que le rodeaban acerca de su dolor, se utilizó la mayor parte del espacio terapéutico para permitirle explicar su dolor. Ella era una experta con respecto a este tema y no le costaba hablar de cada uno de los diagnósticos que tenía, los tratamientos que había realizado y los cursos que había hecho para poder entender lo que le estaba ocurriendo. Conocía muy bien los tratamientos que necesitaba, pero le producía frustración el no poder acceder a ellos por su situación económica. Reconociendo su capacidad y conocimiento del tema, se propuso el espacio terapéutico como un lugar para fomentar el diálogo de “experto a experto” (Feixas, 1998). Desde esta posición, la interacción relacional fue diferente a la experimentada por ella en otros contextos. Por ejemplo, en el ámbito asistencial, ella siempre se había sentido poco entendida y que no estaban haciendo lo suficiente para poder darle una respuesta. Ésta es una percepción común en pacientes con diagnóstico de fibromialgia (Compañ, Feixas, Cutillas, 2014). Dentro del ámbito familiar también sentía que no le entendían, creía que los demás pensaban que ella se inventaba el dolor y que lo hacía únicamente para quejarse. Con estos antecedentes, se consideró relevante ofrecerle un espacio para que se sintiera comprendida y tratada como experta de su experiencia, lo que suponía un medio para fomentar un

proceso de construcción diferente. Por consiguiente, en la terapia se adoptó una actitud crédula (Kelly, 1955/1991) en la cual se hacían preguntas que dirigían la explicación de la experiencia vivida a un nivel más concreto y manejable. El objetivo final fue poder entender cómo Margarita experimentaba el dolor y cómo esto afectaba a sus relaciones con los que le rodeaban, en especial en la relación más cercana, la de su esposo.

El planteamiento de las hipótesis. Con la información recogida en estas sesiones surgieron de manera más clara algunas hipótesis que permitieron entender la vivencia de Margarita. Como algunos autores de la TCP lo explican (Winter y Procter, 2014; Neimeyer y Feixas, 1989) los trastornos se producen cuando el sistema de construcción del individuo es incapaz de adaptarse a los acontecimientos con los que se enfrenta. Margarita se enfrentaba ante una situación desconfirmadora de lo que había sido su experiencia vital hasta ese momento. Ella siempre se había construido como una persona fuerte, independiente, trabajadora y amada por los que le rodeaban. Sin embargo, las pérdidas experimentadas en los últimos años y la aparición del dolor habían provocado la invalidación de los constructos más nucleares de su sistema de significados, en especial su construcción de ser amada y entendida. La persona que ella creía que debía amarla y entenderla, su marido, en aquel momento no cumplía este papel, más bien se había alejado de ella. Esto le provocaba sufrimiento, el cual desencadenaba la expresión constante de tristeza que incluso le llevaba a tener pensamientos acerca de quitarse la vida. Por lo tanto, se hizo visible la existencia de una dificultad en el proceso de construcción, la cual no le permitía explicarse a sí misma los acontecimientos que estaba experimentando con respecto a la relación con el marido y ante los cuales era incapaz de adaptarse. Así pues, para poder entender en qué momento ocurría tal dificultad fue necesario entender cada una de las cinco fases del ciclo de experiencia:

Anticipación. En esta fase se proponen las hipótesis que seguidamente serán puestas a prueba. Así la hipótesis de Margarita acerca de la relación con su marido era la siguiente, “Mi marido, es un egoísta, sólo piensa en él, en su madre y en su hermana. Nunca entenderá lo que me está pasando, si le explico la gravedad de mis dolores él pensará que estoy fingiendo. Si me amara, me entendería”

Implicación en el resultado. En esta fase se determina el grado de importancia que tienen las construcciones puestas en juego para el sistema de constructos. Claramente esta experiencia suponía un alto grado de implicación ya que ponía en juego un constructo muy nuclear para Margarita, “soy amada” en oposición a “no soy amada”. Según su anticipación y la construcción que hacía del marido, confirmar que su marido no la entendía suponía que no era amada y por lo tanto que la relación ya no existía. Además por la información recolectada acerca de su experiencia vital, para ella era muy importante la construcción de una familia unida y que ofrece amor, el enfrentarse a la evidencia de que la relación con su marido había terminado suponía para ella también un fracaso en un ámbito muy relevante dentro de su proyecto vital. Acompañaba a esto su vivencia acerca de que su familia

de origen se iba desvaneciendo, habían muerto dos figuras importantes, su padre y su hermano. Su madre estaba muy enferma, sólo le quedaba su hermana. Por lo tanto, la posibilidad de acabar con la familia creada, le dejaba a ella con la experiencia de no tener una familia, pero también quedaba desamparada, la casa donde vivía era de su marido y la que habría tenido que irse era ella, en esos momentos ella sentía que no tenía los medios para enfrentar una posible separación del marido en caso de que se confirmará su anticipación.

Encuentro. Esta fase se refiere directamente al hacer frente al acontecimiento. Margarita trataba de evitar de cualquier manera el encuentro con su marido para explicarle lo que le estaba pasando, es decir hacer explícito que tenía dolores muy fuertes y que por lo tanto necesitaba de la atención y cuidado de su marido para poder sentirse protegida y valorada. Si explicaba su situación, para Margarita sólo existía una posible reacción, la confirmación de la anticipación de que a su marido no entendería su dolor, pensaría que estaba fingiendo, esto se traducía en que él no le amaba y que por lo tanto ya no existía una relación de pareja. .

Validación/ Invalidación. Esta es la fase donde se contrastan las anticipaciones con los resultados obtenidos después de experimentar el encuentro. En el caso de Margarita, como no se producía el encuentro, no existía una validación o invalidación de su anticipación, así que esta se mantenía. Como su marido no sabía lo que le estaba pasando y lo único que percibía de Margarita es su alejamiento, él le respondía también con el distanciamiento para evitar cualquier tipo de conflicto, esto hacía que se refuerce la construcción de Margarita, su marido era un egoísta y nunca podría entender su situación. Ante esto, Margarita lo que sentía era ira, que físicamente estaba expresada con tensión a nivel muscular lo que le provoca un mayor dolor físico.

Revisión. Es en esta fase en donde se produce el cambio de la construcción o su reforzamiento. En el caso de Margarita, en tanto no ocurría el encuentro, la anticipación expuesta al inicio del ciclo no era puesta a prueba por lo tanto se mantenía constante e incluso se hacía más rígida ya que cada vez percibía al marido como más alejado de ella.

Entendiendo el ciclo de experiencia experimentado por Margarita, se hizo evidente que la dificultad se manifestaba en la fase de encuentro con la situación. Margarita empleaba una estrategia similar a la utilizada por pacientes depresivos descrita por Neimeyer (1984), que consistente en constreñir el campo de experiencia social con el fin de evitar cualquier encuentro con los acontecimientos que exijan realizar una revisión del sistema. La evitación del encuentro con el acontecimiento protegía a Margarita de la invalidación de sus constructos más nucleares como el fracaso de la familia creada, la confirmación de no ser amada y la situación de verse sin recursos económicos para poder sobrevivir. La interacción con su marido era cada vez menor lo que hacía que el encuentro con el acontecimiento sea cada vez más distante.

Una vez recopilada la información y planteadas las hipótesis, se hizo evidente

que el malestar se asociaba al ámbito relacional. Específicamente la interrupción del encuentro con el marido impedía que el ciclo de experiencia de Margarita se completase de manera apropiada, evitando así su revisión constructiva. Como resultado la definición de la relación con su marido era dilemática, evitar el contacto le protegía de una posible confirmación de su anticipación, pero a la vez no le permitía tener la familia unida que ella hubiera querido tener.

Promoción del flujo en el ciclo de experiencia

El plan de intervención se dirigió a redefinir y explorar la relación con el marido y promover el flujo continuo a través del ciclo de experiencia en el que ocurría la interrupción que provocaba malestar.

Redefinición de la relación de pareja. La intervención comenzó con la redefinición de la relación de pareja que hasta ese momento era dilemática. Ambos polos de definición (mantener la relación vs. dejar la relación) producían consecuencias negativas. Mantener la relación, suponía seguir compartiendo tiempo con la familia de su esposo y acercarse más a la misma, ella no quería esto por las características negativas que otorgaba a esta familia. En cambio, en el polo opuesto, dejar la relación, para ella suponía quedarse sin nada, no tener a donde ir y su hijo perdía la figura de familia que ella tanto anhelaba construir para él. Así que la mejor estrategia para ella en esos momentos era no definir la relación y plantearla como: estar juntos, pero no implicarse en la vida del otro. Sin embargo, esta estrategia le hacía sentirse triste ya que su familia no era la familia cariñosa y unida con la que siempre había soñado.

Se adoptó una actitud crédula (Kelly, 1955/1991) donde las preguntas fueron utilizadas en razón de promover la explicación de la experiencia vivida con respecto a la relación con el marido en un nivel más concreto. Al principio la relación fue definida como muy mala, siendo este un término abstracto se promovió la búsqueda de términos más concretos de definición. Una vez operacionalizado el polo negativo de la relación se buscó definir el polo positivo. Se transitó entre ambos polos, hasta que la paciente fue capaz de articular diversas conclusiones acerca de su relación de pareja. Así, ella comentó que en verdad lo que mantenía la relación es que ella sentía cariño por su marido. Este era un aspecto que anteriormente no se había expuesto y hacía notar que existía una razón potente para mantener la relación.

Exploración de alternativas. Una vez que Margarita definió su relación y concluyó que quería mantener la relación, el siguiente paso fue hacer explícitas las expectativas que tenía de su marido y por lo tanto las anticipaciones que hacía de su experiencia. Utilizando un lenguaje invitacional (Kelly, 1969/2001) se exploraron diferentes posibilidades: ¿Cómo sería la relación si estuvieras más cerca de tu marido? ¿Cómo te trataría él si quisiera acercarse a ti? ¿Cómo te comportarías si quisieras acercarte a tu marido? En torno a estas preguntas se definieron las expectativas que ella tenía acerca de que su marido le apoye y le comprenda; sin embargo ella no había hecho explícito lo que le ocurría por lo tanto el marido no

sabía en qué tenía que apoyarla y comprenderla. Teniendo en cuenta que ella había llegado a esta conclusión, se mantuvo el lenguaje invitacional para poder hacer explícitas las anticipaciones que hacía de la reacción de su marido frente a explicarle lo que le ocurría. Así se plantearon las siguientes cuestiones: ¿Cómo le explicarías a tu marido lo que te está ocurriendo? ¿Cómo crees que reaccionaría él? Mediante sus respuestas ella fue capaz de articular la percepción negativa que tenía del marido y las anticipaciones que hacía acerca de su incapacidad para entenderla. Se ha producido el encuentro. En la séptima sesión, Margarita se presentó con una actitud diferente, algo había cambiado en ella. Decía que se sentía mejor, atribuía esta sensación al cambio de clima, comentaba que el comienzo del buen tiempo le sentaba bien. Aunque también explicaba que en la última semana había recibido la tarjeta acreditativa de discapacidad, la cual como beneficio económico únicamente le proporcionaba descuentos en farmacias, pero que además representaba un justificante de que el dolor que sentía era verdadero. Recibir esta tarjeta le había hecho pensar que era un buen momento para hablar con su marido. Así promovió el encuentro y le explicó en detalle lo que sentía. Le dijo que estaba enferma, pero más allá de eso que estaba preocupada de que ya no podría trabajar y que cada vez se le haría más difícil aportar dinero a la casa. Frente a esta explicación, el marido le respondió que no tenía que preocuparse por eso, que por el dinero ya se preocuparía él, si hay que vivir solamente de su sueldo no habría ningún problema. Con esto la anticipación de Margarita se invalidó y se produjo una revisión de la anticipación que hacía. Su marido era capaz de entenderla y esto significaba que la amaba y que todavía existía un vínculo. Incluso Margarita iba reconociendo cada una de las nuevas actitudes que tenía el marido con ella y lo comenzaba a definir de una manera diferente, en ese momento ya lo percibe como un hombre que le da fuerzas para seguir adelante. Así, el uso de construcciones más flexible se fue ampliando en su contexto natural, al ver sólida su relación de pareja, comenzó a ampliar su rango de experiencia a otros ámbitos que había dejado de lado. Es entonces cuando comenzó a pensar en cómo expresar algunas ideas que tenía en la mente y se le ocurrió hacerlo a través del arte. Frente a esto, su marido le apoyó y le ayudó, así se fortaleció la construcción de ser entendida y amada.

Cierre del proceso

Durante las últimas sesiones se trabajó la prevención de recaídas mediante el uso de preguntas tales como: *¿Qué tendría que pasar para que estés como al inicio? ¿Qué recursos tienes ahora que te permitirán manejar la situación de manera diferente?*

Con estas preguntas se creó un diálogo extenso que llevó a Margarita a posicionarse como una persona con más recursos y capaz de afrontar nuevas situaciones. Durante toda la conversación se reforzó su capacidad como persona creativa y ella cada vez reconocía y amplificaba esta característica como un elemento importante de su identidad.

En el transcurso esta última etapa del proceso terapéutico el foco de atención se dirigió a definir su creatividad. Margarita era capaz de explicar cada uno de sus proyectos, las ideas que tenía y el apoyo que iba recibiendo de su marido con respecto a las mismas. Ella se iba identificando en cada sesión como emprendedora e incluso se le ocurrió montar un paradita en un mercadillo, aunque dudaba sobre este tema ya que le preocupaba que esto le aumentase el dolor. Así que se hizo un trabajo para reconocer las ventajas y desventajas de este nuevo proyecto, ella reconoció que habían más ventajas que desventajas, así que siguió adelante con su planteamiento y obtuvo los resultados esperados. A través de esta experiencia la construcción de ser una persona emprendedora se fortaleció como parte de identidad personal.

Resultados

Al finalizar la terapia, la diferencia entre las puntuaciones post y pre-tratamiento reflejaron un cambio significativo en una dirección positiva para todas las escalas (BDI-II, DASS-21 y CORE-OM), pero en general las puntuaciones se mantuvieron dentro del rango de la población disfuncional. Esto podría clasificarse como mejoría según los lineamientos de Jacobson y Truax (1991). Este cambio se mantiene como significativo para todas las escalas en el seguimiento a los tres meses de haber finalizado la terapia (véase Tabla 2).

Tabla 2
Evolución de los puntajes en el tratamiento e Índice de Cambio Confiable

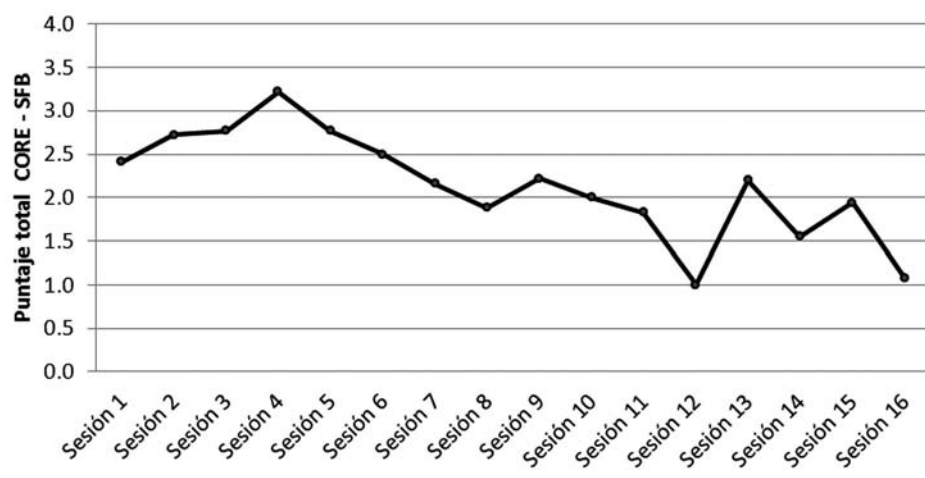
	Pre	Post	Seguimiento 3 meses	Punto de corte	ICC post	ICC 3 meses
BDI-II	44	26	25	16.83	5.58	5.88
DASS-21						
Depresión	30	12	8	10.55	4.61	5.75
Ansiedad	26	10	12	9.39	3.68	3.22
Estrés	42	30	22	17.58	2.61	4.36
CORE-OM	2.5	1.1	1.1	1.23	8.42	8.42

Nota. ICC=Índice de Cambio confiable, Cambio clínicamente significativo ICC > 1.96; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, segunda edición; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

En la Figura 2 se muestra una representación gráfica de la evolución de los puntajes de la versión breve del CORE (18 ítems) que se aplicó sesión a sesión. Así es posible notar que la reducción del malestar comienza a partir de la séptima sesión.

Discusión

El caso analizado en este trabajo pone de manifiesto la relevancia del trabajo sobre las interrupciones del ciclo de experiencia y el favorecimiento de la revisión

Figura 2**Evolución de malestar psicológico en el transcurso del tratamiento**

de las construcciones de significado. Las puntuaciones de los cuestionarios aplicados tanto al inicio, al final y en el seguimiento de la terapia demuestran que existió una reducción significativa tanto de los síntomas (depresión, ansiedad y estrés) como del malestar psicológico. El seguimiento sesión a sesión a través del CORE-SFB también indica que la reducción del malestar comienza en la séptima sesión, justamente es en esta sesión en la que se comenta que ha recibido la tarjeta acreditativa de discapacidad que promueve el encuentro con el esposo y por lo tanto se completa el ciclo de experiencia.

El análisis del proceso terapéutico permitió determinar cómo se produjo la reconstrucción de significados. Es así que al inicio de la terapia la narrativa de Margarita tanto del dolor como de la situación con el marido se encontraba constreñida a una coordenada insatisfactoria para su vida. A medida que avanzaba la terapia, se generaron significados alternativos más acordes con sus propósitos vitales (e.g., ser amada en una familia unida). Nuestra impresión es que al inicio del tratamiento ella necesitaba un lugar donde poder hablar y encontrar validación acerca de lo que estaba viviendo. Se le proporcionó ese espacio y las intervenciones fueron dirigidas a comprender su experiencia a través de la utilización del lenguaje invitacional. Así ella fue capaz de plantear nuevas hipótesis en aspectos de su vida en donde ella daba las cosas por hecho. Específicamente, el hablar de su relación de pareja le permitió entender mejor las emociones experimentadas y plantear nuevas hipótesis que le permitieron hacer más factible un encuentro con una situación que ella había evitado durante algún tiempo y que le causaba dolor tanto emocional como incluso físico.

El proceso de construcción de significados dentro de la terapia fue enriquecido

por la introducción de una variable inesperada, la presencia de la tarjeta acreditativa del grado de incapacidad. El tener este papel, validó su experiencia de dolor frente a los demás y por otro lado facilitó generar una conversación con su marido que invalidase su percepción de no ser comprendida. Aprovechando esta peripecia (Ramos, 2008) la terapia se convirtió en un entorno seguro para promover la revisión del sistema y analizar cada una de las variables que se habían puesto en juego después de la invalidación de su sistema de construcción. Como resultado, al final de la terapia Margarita pudo encontrar una actividad que le generaba satisfacción y que le permitía desarrollar capacidades que ni ella sabía que tenía. En resumen, Margarita pasó en este proceso de la queja y la constricción al descubrimiento de su talento creativo y emprendedor.

Este estudio de caso ejemplifica de forma práctica la conceptualización del malestar psicológico a través del mapeo de los procesos de construcción de significados mediante el ciclo de experiencia. Este tipo de planteamiento nos ayuda a entender cómo se produce la reconstrucción del significado en el proceso psicoterapéutico y cómo ello está asociado al cambio de actitud y de conducta. En esencia, la intervención trata de suscitar la flexibilización y ampliación del poder predictivo del sistema, permitiendo así una mayor capacidad de adaptación del individuo frente a las situaciones que enfrenta en su vida cotidiana, respetando su sentido de identidad personal.

Referencias bibliográficas

- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679–683.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Compañ, V., Feixas, G. y Cutillas, B. (2014). *En torno a la fibromialgia: Respuestas a las dudas más frecuentes*. Barcelona: Octaedro
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta, N., Torres, M., Aguilar, A., Dada, G. y Saúl, L. A. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24, 1-22
- Evans, C., Conell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51–60. doi:10.1192/bjp.180.1.51
- Feixas, G. (1998). Los constructos personales en la práctica sistémica. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (págs. 273-309). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3era ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Kelly, G. A. (2001). Psicología de los constructos personales: Textos escogidos (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, ed.). Barcelona: Paidós
- Kelly, G.A. (1955/1991) *The Psychology of Personal Constructs*. Volúmenes 1 y 2, primero publicado por Norton y después por Routledge en colaboración con Centre for Personal Construct Psychology, 1991.

- Kelly, G.A. (1966/1970). Behavior is an experiment. En D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct psychology*. London: Academy.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia.
- Neimeyer, R.A. (1984). Toward a personal construct conceptualization of depression and suicide. En F. R. Epting y R.A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death: Applications of personal construct theory to clinical practice*. New York: Hemisphere/ McGraw Hill.
- Neimeyer, R.A. (1985) Personal constructs in clinical practice. En P.C. Kendall (Ed.) *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy*. San Diego,CA:Academic Press.
- Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26.
- Procter, H. (1985). A personal construct approach to family therapy and systems intervention. En E. Button(Ed.), *Person construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona: Gedisa.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Education.
- Trujillo, A., Paz, C., Pucurull, O., Ortiz, E. y Feixas, G. (2014, Junio). Using the CORE-OM in Spanish to assess change in psychotherapy in primary care. En C. Paz (Moderador), *Assessing primary care patients and their change: Constructivist contributions*. Panel presentado en la XLV International annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Copenhage, Dinamarca.
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, (26/27), 25-78.
- Winter, D. y Procter, H. (2014). Formulation in personal and relational construct psychotherapy. En L. Johnstone, & R. Dallos (Eds.). *Formulation in psychology and psychotherapy* (2da ed.). London: Taylor & Francis

INDICE GENERAL AÑO 2014

Nº 97 VALORES ÉTICOS EN PSICOTERAPIA

Ethical Values in Psychotherapy

CARTA DEL DIRECTOR / FROM THE EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

Ramón Rosal Cortés

PROBLEMAS SENSORIALES Y EMOCIONALES QUE OBSTACULIZAN LA VIVENCIA DE LOS VALORES ÉTICOS

Sensory and Emotional Problems Hamper the Experience of Ethical Values

Ramón Rosal Cortés

PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DE LA FASE DE VALORACIÓN ÉTICA

Psychopathology and Psychotherapy of ethical evaluation phase

Ana Gimeno-Bayón Cobos

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y VALORES ÉTICOS

Emotional Intelligence and Ethical Values

Nathalie P. Lizeretti y Ana Gimeno-Bayón Cobos

EL TRABAJO CON LOS VALORES EN PSICOTERAPIA: UN CASO CLÍNICO FAMILIAR

Working with Values in psychotherapy: A Familial clinical case

Elisa Urbano Díaz

LA EXPERIENCIA DEL MOMENTO PRESENTE EN LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA (PIH) Y EN LA PSICOTERAPIA BASADA EN EL MINDFULNESS (PBM)

The Value of Experience Present Moment in Psychotherapy for two models: Integrative Humanistic Psychotherapy (PIH) and Mindfulness Based Psychotherapy (PBM)

María Beltrán Ortega y David Alvear Morón

RECENSIÓN DE LIBRO / BOOK REVIEW

Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron

Ethical values or forces that give sense to the life. What are and who they lived

Núria García González

Nº 98 AVANCES EN TERAPIAS COGNITIVAS I

Advances in Cognitive Psychotherapies I

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

APORTACIONES Y RETOS DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS ANTE UNA SOCIEDAD CAMBIANTE: INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO

Contributions and challenges of cognitive therapies in the face of a changing society: Introduction to the special issue

Adrián Montesano

PRESENTE Y FUTURO DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Present and future of cognitive psychotherapies

Isabel Caro Gabalda

ORIGEN, CONSTRUCCIÓN Y DESARROLLO DE LA DIMENSIÓN MORAL EN EL PSIQUISMO HUMANO

Origin, construction and development of the moral dimension in the human psyche

Manuel Villegas Besora

UN ENFOQUE NARRATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA ESCOLAR: EL ÁRBOL DE LA VIDA Y LOS DOCUMENTOS COLECTIVOS

A narrative approach to the prevention of school violence: The tree of life and collective documents

Carlos Chimpén, Ana Dumitrascu y Adrián Montesano

COGNICIÓN SOCIAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: HALLAZGOS CLÍNICOS E IMPLICACIONES PARA LA PSICOTERAPIA

Social cognition in eating disorders: Clinical findings and implications for psychotherapy

Antoni Grau Touriño y Montse Sánchez Povedano

NO OIGO Y NO ESTOY SORDA: ¿ALGUIEN ME LO PUEDE EXPLICAR?

I Can't Hear and I'm Not Deaf: Can anyone explain it to me?

Raquel Seijas Gómez y Guillermo Larraz Geijo

CULPA, REPARACIÓN Y PERDÓN: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS (II)
Guilt, Repair and Forgiveness: Clinical and therapeutic implications (II)
 Juan García Haro

MINDFULNESS Y REGULACIÓN EMOCIONAL: UN ESTUDIO PILOTO
Emotion Regulation and Mindfulness: A Pilot Study
 Alicia Felipe Mateo, Tatiana Rovira Faixa y Andrés Martín-Asuero

Nº 99 AVANCES EN TERAPIAS COGNITIVAS II

Advances in Cognitive Psychotherapies II

EDITORIAL / FROM THE EDITOR
 APROXIMACIONES A LA DINÁMICA DEL CAMBIO: ESTRUCTURAS Y PROCESOS EN PSICOTERAPIA. INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO
Approaches to the dynamics of change: Structures and processes in psychotherapy. Introduction to the Special Issue
 Adrián Montesano

¿EXISTE LA TERAPIA COGNITIVA? UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS MODELOS DE PSICOTERAPIA CENTRADOS EN EL TRABAJO CON ELEMENTOS DE CONOCIMIENTO
Does cognitive therapy exist? A reflection about psychotherapy models focused on working with knowledge elements
 Jesús García-Martínez

LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PROCESO DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA Y LOS DIFERENTES ENFOQUES TERAPÉUTICOS: UN ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES
Research on the process of change in psychotherapy and the different therapeutic approaches: An analysis of cognitive and emotional mechanisms
 Isabel Basto y João Salgado

CAMBIOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO, ESTRUCTURA COGNITIVA Y SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES CON TRASTORNO DISTÍMICO EN TERAPIA DE GRUPO. COMPARACIÓN CON UNA MUESTRA NO CLÍNICA
Changes in self construction, cognitive structure and symptoms in women with dysthymic disorder during group therapy. Comparison with a non-clinical sample
 Esmeralda Vegazo Sánchez y Luis Ángel Saúl

DINÁMICA FAMILIAR Y VÍNCULO PARENTAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Family dynamics and parental bonding in eating disorders
 Carlota López, Olga Herrero y Luis Botella

LA ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS: EL DIÁLOGO ENTRE VOCES EN EL NIVEL DE INSIGHT
Assimilation of problematic experiences: Dialogue between voices in the level of Insight
 Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz

LA REVISIÓN DEL CICLO DE EXPERIENCIA EN UN CASO DE FIBROMIALGIA
Reviewing the experience cycle in a case of fibromyalgia
 Clara Paz, Victoria Compañ y Mari Aguilera

TRATAMIENTO DEL DUELO EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA GRUPAL
Grief Treatment in Mental Health: A group experience
 José Manuel Sanz Cruces, Isabel María García Cuenca y Eva Carbajo Álvarez

CULPA, REPARACIÓN Y PERDÓN: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS (III)
Guilt, Repair and Forgiveness: Clinical and therapeutic implications (III)
 Juan García Haro

RESULTADOS DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO SINTOMÁTICO
Group treatment in people diagnosed as schizophrenia
 Antonia M. Gómez Hinojosa, Lluís Botella García del Cid, Sergi Corbella Santomà, Olga Herrero Esquerdo y Meritxell Pacheco Pérez

RECENSIÓN DE LIBROS / REVIEW OF BOOKS
 La reconstrucción de la memoria: Desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia

ENTREVISTA A MANUEL VILLEGAS
Interview with Manuel Villegas Besora
 Elia Quiñones Armaza

TRATAMIENTO DEL DUELO EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA GRUPAL

GRIEF TREATMENT IN MENTAL HEALTH: A GROUP EXPERIENCE

José Manuel Sanz Cruces

Psicólogo Interno Residente

Isabel María García Cuenca

Psicóloga Interna Residente

Eva Carbajo Álvarez

Jefa Unidad de Psicología Clínica y de la Salud
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Sanz, J. M., García, I. M. y Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en Salud Mental: Una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133.

Resumen

INTRODUCCIÓN: Debido a diferentes cambios sociales, los servicios de Atención Primaria (AP) y Salud Mental (USM) son espacios en los que el paciente busca atención y alivio al dolor del duelo que no encuentra en su red social.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un grupo de apoyo al duelo de 12 sesiones con frecuencia quincenal basado en los postulados de Worden (2010) en una USM. Los participantes fueron cinco mujeres derivadas de AP y USM que conformaron un grupo heterogéneo en cuanto a gravedad, tipo y cronología de la pérdida. Se les evaluó antes y después del tratamiento mediante escalas psicométricas: Entrevista Diagnóstica de Duelo Complicado (Prigerson y Jacobs, 2001), la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983) y la Escala de Sueño (MOS) (Hays y Stewart, 1996) y con una encuesta de satisfacción y valoración de los resultados.

RESULTADOS: No hubo resultados significativos en las escalas psicométricas y sí altas puntuaciones en satisfacción y valoración. Se concluye que las pacientes perciben un alivio en su sufrimiento que parece estar relacionado con el desahogo emocional más que con la realización de cambios o la resolución de tareas del duelo. Se describen pacientes e intervenciones realizadas así como las limitaciones observadas.

Palabras clave: Duelo, terapia de grupo, tareas duelo, satisfacción, apoyo emocional.



Abstract

INTRODUCTION: Due to different social changes, Primary Health Care (PHC) and Mental Health (MH) services have become spaces in which the patient seeks the attention and the relief to the pain of mourning that cannot find in his familiar and social network.

MATERIAL AND METHOD: It took place a support group of mourning carried out in 12 sessions and based on the Worden postulates (2010). The participants were 5 women referred from PHC and MH services that formed an heterogeneous group regarding the severity, the kind and the chronology of the loss.

The participants have been evaluated before and after treatment with the following psychometric scales: Diagnostic Interview of Complicated Grief by Prigerson and Jacobs (2001), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) by Zigmond and Snaith (1983), the Medical Outcomes Study (MOS) by Hays and Stewart (1996) and a satisfaction survey and evaluation of the results.

RESULTS: There were no significant results in the psychometric scales but high scores in satisfaction and evaluation of the therapy. It is concluded that the patients perceive a relief in their suffering that seems to be related to emotional relief rather than with a change to face the mourning. Patients and interventions carried out have been described, as well as limitations observed.

Keywords: Grief, group therapy, tasks of mourning, satisfaction, emotional support.

En el Sistema Sanitario es habitual encontrar pacientes cuyo motivo de consulta son malestares asociados a procesos de duelo. Se estima que más del 25% de las demandas que se cursan en atención primaria relacionadas con aspectos psicológicos tienen su origen en la pérdida de un ser querido (Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson, 2009). Esto ocurre, por un lado, por la destrucción de espacios y rituales sociales en los que expresar sentimientos y recibir apoyos y, por otro, por la consideración del sufrimiento como algo antinatural que ha de ser tratado médica y/o psicológicamente. Así, los servicios de Salud Mental (USM) y Atención Primaria (AP) se conforman como los nuevos espacios en los que el paciente busca atención y alivio a su dolor (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

En esta circunstancia, las políticas sanitarias se refieren a la importancia de la prevención y la promoción de la salud mental para detectar complicaciones en los procesos de duelo y reducir la medicalización de problemas no psicopatológicos como la desesperación o la angustia producida por un duelo normal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011).

La evidencia y los expertos concluyen que los antidepresivos son eficaces para reducir los síntomas asociados al duelo como la depresión pero no el duelo en sí mismo (Forte, Hill, Pazder, y Feudtner, 2004). En cuanto a la psicoterapia (individual, grupal, etc.), del metaanálisis de Allumbaugh y Hoyt (1999) se concluye que las diferentes modalidades de psicoterapia tienen tamaños del efecto pequeños y que los mejores resultados se obtienen cuando el doliente demanda ayuda y cuando la intervención se realiza a los pocos meses de la pérdida. Von Fortner (1999) concluye que la terapia no se justifica en personas con duelo normal pero sí en personas con duelos de riesgo o complicados. En el metaanálisis de Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky y Van Heeringen (2011), se encontró que la terapia parecían ser eficaz en el alivio a corto y largo plazo de los síntomas del duelo complicado, aumentando su efecto significativamente con el tiempo. Schut y Stroebe (2006) realiza una revisión bibliográfica sobre terapias en el duelo y concluye que las intervenciones son más efectivas cuando se aplican a duelos patológicos siendo desaconsejable intervenciones tempranas. En cuanto a la eficacia de los grupos de terapia, destaca el meta-análisis realizado por Kato y Mann (1999). De los ocho trabajos que estos autores revisan, sólo uno arroja resultados claramente positivos y en seis de ellos la intervención grupal no tiene ningún efecto. En nuestro entorno, Díaz (2011) lleva a cabo un tratamiento grupal en pacientes con duelo complicado obteniendo mejoras significativas tras la intervención.

En nuestra experiencia nos encontrábamos en la USM con un número relevante de pacientes demandantes de tratamiento para procesos de duelo normal y también complicado. Para hacer frente a esta demanda, se optó por una terapia de apoyo grupal. Las ventajas de la intervención de apoyo grupal en duelo estriban, por un lado, en parámetros de eficiencia, como el mejor aprovechamiento de los recursos o el aumento de la frecuencia de las sesiones y, por otro lado, proporcionan un espacio único para el encuentro, la reducción de los sentimientos de soledad y

la expresión emocional de los deudos.

De esta forma, se realizó un grupo con formato cerrado y limitado en el tiempo (12 sesiones de periodicidad quincenal) inspirado en el modelo teórico de Worden (2010) de tareas del duelo. Se eligió este modelo por su reconocimiento y aceptación como modelo teórico válido (Yoffe, 2013), además de por su sencillez y aplicabilidad en la psicoeducación. Worden propone que la persona ha de realizar, de forma consciente o inconsciente, una serie de tareas para la superación del duelo: aceptar la realidad de la pérdida, reconocer y reflexionar las emociones asociadas, adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente y recolocar emocionalmente al fallecido. Este planteamiento exige por parte del doliente un posicionamiento activo y voluntad de superación.

Los objetivos globales de la intervención fueron principalmente dos, primero, promover un espacio de seguridad y confianza en el que los pacientes pudieran sentirse acompañados y reflexionar sobre su proceso de duelo. Segundo, impartir una psicoeducación que permitiera a los pacientes entender mejor el proceso del duelo y a sí mismos y posicionarse como agentes activos en el afrontamiento de las tareas del duelo. El objetivo del estudio fue proponer un tratamiento piloto en nuestra USM que sirviera de experiencia para futuras intervenciones grupales en duelo complicado.

Material y método

Participantes

El estudio se realizó en una USM perteneciente a la localidad valenciana de Torrente. Se ofreció tratamiento grupal sustitutivo de la terapia individual, con posibilidad de retomar las terapias individuales una vez finalizado el tratamiento, a 12 pacientes de la USM y a 6 pacientes derivados de AP. Se seleccionaron estos pacientes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión que se enumeran en la *tabla 1*. De estos 18 pacientes, tras la evaluación psicométrica y firma del consentimiento informado, 8 aceptaron iniciar el tratamiento.

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios inclusión	Criterios exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Duelo como motivo de consulta principal 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidad con un trastorno psicótico, de personalidad o bipolar • Menor de edad • Consumo tóxicos

En la primera sesión del tratamiento se produjeron tres bajas por diferentes motivos: ruptura de expectativas, enfermedad y por mutuo conocimiento previo. Finalmente se consolidó un grupo estable de cinco mujeres que resultó ser

heterogéneo en cuanto a edad, relación de parentesco con el difunto, tiempo desde la muerte y gravedad.

Al finalizar el tratamiento, se dieron tres altas y las dos pacientes restantes se reincorporaron a su tratamiento individual.

La evolución de la muestra viene detallada en la figura 1.

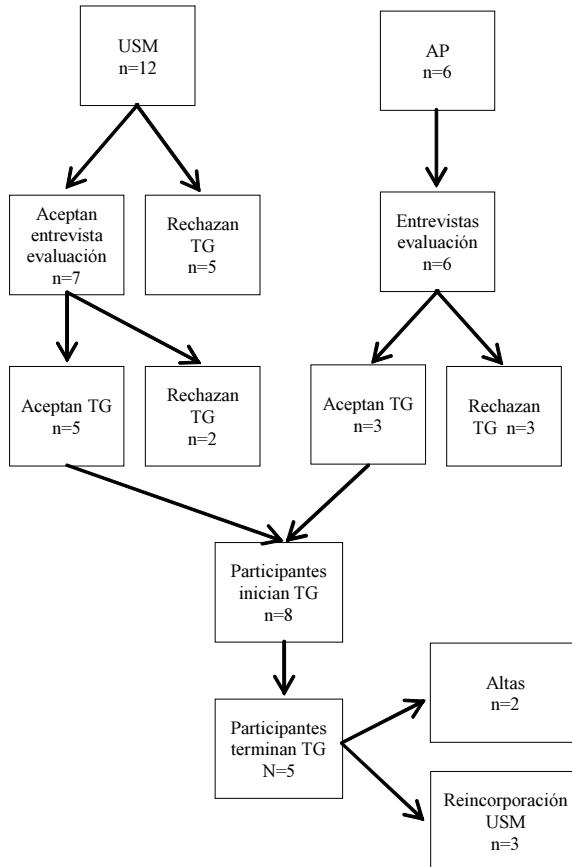


Figura 1
Evolución de la muestra

A continuación se describen los participantes que completaron la terapia:

C: Mujer de 70 años, viuda desde hace más de una década. Su hijo mayor, casado y con hijos, fallece hace siete meses debido al cáncer. Vive con su hijo diagnosticado de trastorno bipolar que se ha mudado temporalmente a vivir con ella. Acude a terapia individual en USM desde hace dos meses y está en tratamiento farmacológico. La paciente se encuentra al inicio del proceso del duelo y su llanto y relato están cargados de desesperanza, sentimientos de vacío y pérdida de sentido vital. La motivación de C para acudir a terapia grupal es la ventilación emocional

y encontrar a otras personas a las que se les hubiera muerto un hijo, circunstancia en la que parece sentirse muy sola. La paciente comenta en numerosas ocasiones “yo he perdido a mi marido y a mi madre pero perder un hijo es mucho más doloroso”. Se considera un proceso de duelo normal con factores de riesgo.

M: Mujer de 28 años, menor de dos hermanos, con pareja y sin hijos. En situación de desempleo, vive con su padre. Hace ocho años fallece su madre después de padecer cáncer. En tratamiento psicológico y farmacológico en la USM desde hace tres años debido a miedo fóbico a que a sus seres queridos les pase una desgracia. La preocupación constante y conductas comprobatorias y evitativas son interpretadas como un intento ineficaz de defenderse de su sensación de falta de control sobre la muerte. La paciente padece un duelo prolongado en el que subyace un estilo de vinculación fusional con la madre (“tranquila que somos una” le dijo aquella momentos antes de morir) que dificulta la aceptación de la pérdida ya que esto supondría aceptar también la muerte de una parte muy importante de sí misma. Además, siente como una traición y una separación definitiva continuar con su vida, idea inspirada por el ejemplo de su propia madre, la cual, ante la muerte de su madre “dejó de celebrar la navidad”.

N: Mujer de 40 años, viuda, tiene un hijo de ocho años, trabaja en un negocio familiar. Hace dos años falleció su marido de un infarto. Esto ocurrió unas horas después de una fuerte discusión en torno a la desidia de él en el cumplimiento del tratamiento para sus problemas de corazón. Durante esta discusión la paciente utiliza palabras y formas de las que en la actualidad se siente culpable. Acude a terapia debido a dificultades en una nueva relación de pareja. Esta nueva pareja se comporta dejando su propia felicidad y salvación en manos de ella, recreándose en él, el mismo estilo dependiente y pasivo de su difunto marido. Esta relación genera sentimientos de culpa y confusiones relacionadas con aspectos del duelo no elaborados. No toma fármacos. No cumple criterios duelo complicado.

S: Mujer de 60 años, viuda sin hijos ni familia. Ama de casa. Con importantes afectaciones cardíacas. En tratamiento psicológico y farmacológico en USM desde hace siete meses. Hace año y medio la paciente pierde a su marido (“la única familia que tenía”), tras varios años padeciendo un cáncer. Durante el proceso de enfermedad, la paciente se muestra muy evitativa y poco aceptante, de forma que rehúye la información médica y niega hasta el final la posibilidad del fallecimiento de su esposo. La paciente acude a terapia buscando apoyo emocional y compañía ante su tristeza y desespero. Se siente incapaz de aceptar la muerte de su marido (“yo creo que va entrar por la puerta de casa en cualquier momento”). Realiza conductas evitativas de su dolor y soledad, como momificar la habitación y mantener conversaciones imaginadas con el difunto en diferentes momentos del día con las que alivia su soledad.

I: Mujer de 50 años, separada hace diez años tras episodios de maltrato. Antecedentes de distimia y somatizaciones de siete años de evolución que coincide con la muerte de su padre. Hace algo más de un año, el mayor de sus cuatro hijos,

casado y con hijos, fallece de cáncer. Lleva tres años en tratamiento psicológico y farmacológico en USM por distimia. Se trata de una paciente en la que el duelo del hijo se superpone al del padre de forma que no es capaz de elaborar ninguno de los dos duelos. Se siente aislada y excluida (“los demás parece que lo llevan mejor que yo”), relacionándose con los demás a través de la queja del duelo lo que causa aún más aislamiento e incomprensión con respecto a sus hijos y familiares.

Instrumentos

En la medición pre y post tratamiento se administraron las siguientes escalas psicométricas:

- La *Entrevista Diagnóstica de Duelo Complicado* (EDDC) (Prigerson y Jacobs, 2001) en su versión española (Limonero et al., 2009) que se compone de varios criterios. El Criterio A, con 4 ítems, mide estrés por la separación que conlleva la muerte: pena, añoranza, soledad, pensamientos intrusivos, etc. El Criterio B, con 29 ítems, se refiere más concretamente al estrés por el trauma que supone la muerte: dificultades de aceptación, adaptación, vacío existencial, pérdida de sentido, etc. En cuanto a las propiedades psicométricas de la versión española, los autores informan de un alfa de Cronbach de 0.88 y fiabilidad test-retest de 0.81.

- La *Escala Hospitalara de Ansiedad Depresión (HAD)* (Zigmond y Snaith, 1983), en su versión española (Terol et al., 2007), es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3). Su consistencia es alta con un alfa de Cronbach de 0.86 (ansiedad) y 0.86 (depresión).

- La *Escala de Sueño (MOS)* (Hays y Stewart, 1996), en su versión española (Hays, Martin, Sesti y Spritzer, 2005), proporciona información subjetiva sobre la calidad y la cantidad de sueño. La ES-MOS facilita puntuaciones en las 6 subescalas que oscilan entre 0 y 100. Su consistencia interna es de 0.73.

Se eligieron estas mediciones por su brevedad, fiabilidad, validez y su pertinencia para detectar posibles cambios en el proceso del duelo, dado que éste suele cursar con estado de ánimo deprimido, ansiedad y dificultades para dormir (Barreto, 2012).

En la evaluación post tratamiento, sumado a los inventarios descritos, se administraron de forma anónima y grupal una encuesta ad-hoc con la que se trató de conocer la satisfacción y valoración que los pacientes hacían del tratamiento grupal.

Para ello, los sujetos debían puntuar 3 afirmaciones sobre diferentes aspectos de mejoría con un rango de 1 (*muy en desacuerdo*) a 5 (*muy de acuerdo*): a) experiencia subjetiva: “me siento mejor conmigo misma ahora que cuando empecé la terapia (ejemplo: más autoestima, menos culpa, menos soledad, etc.)”, b) cambios conductuales: “la terapia me ha ayudado a hacer cambios en la forma de llevar mi vida, como tomar decisiones sobre mi duelo y mi vida y llevarlas a cabo

(ejemplo: socializarme, hacer cambios en la casa, desprenderse de objetos del fallecido, etc.)” y c) alivio de los síntomas: “pienso que la terapia me ha ayudado a tener menos síntomas de ansiedad y depresión (ejemplo: menos dolores corporales, insomnio, pérdida de apetito, llanto, preocupación, etc.)”.

En cuanto a la encuesta de satisfacción, se centró en los siguientes aspectos: a) apoyo emocional (6 preguntas). Ejemplo: “En el grupo he tenido un espacio para hablar y reflexionar sobre mi duelo”, b) psicoeducación (5 preguntas). Ejemplo: “La información ofrecida por el terapeuta me ha ayudado a comprender mejor mi propio duelo”, c) terapeuta (6 preguntas). Ejemplo: “Me he sentido motivada por el terapeuta para mejorar en mi duelo” y d) marco terapéutico (4 preguntas). Ejemplo: “Me hubiera gustado tener más sesiones”.

Para finalizar la evaluación, de realizaron 4 preguntas abiertas (tabla 8) para conocer la opinión de los participantes sobre la experiencia. Además, se les pidió que ordenaran los componentes de la terapia según la utilidad percibida.

Procedimiento

El proyecto se inició con el proceso de selección de participantes durante el cual surgieron las primeras dificultades ya que 10 de los 18 pacientes seleccionables declinaron la terapia grupal en su mayoría por el pudor a compartir la historia de pérdida con personas extrañas.

La primera entrevista tras la derivación se realizó con aquellos sujetos que accedían voluntariamente al tratamiento grupal y cumplían los criterios de inclusión-exclusión. En esta entrevista se les administró, previa firma del consentimiento informado, las pruebas psicométricas pre tratamiento. En una segunda entrevista se realizaba el contrato terapéutico en el que se especificaba el marco de la intervención con objeto de obtener un compromiso del paciente y aumentar la adherencia al tratamiento. Al final de la última sesión se administraron de nuevo las pruebas psicométricas pretratamiento y una encuesta de satisfacción y valoración de los resultados anónima realizada ad-hoc.

El encuadre grupal se organizó en torno a las siguientes características: grupo cerrado, con una asistencia media de 4.5 pacientes por sesión, sesiones prefijadas que sumaron un total de 12 de frecuencia quincenal y hora y media de duración. El tratamiento se prolongó durante seis meses.

Las sesiones tuvieron la siguiente estructura: 1) ventilación emocional: se trataba de que las pacientes respondieran a la pregunta “¿cómo te sientes?” para que pudieran examinar su estado emocional en el aquí y ahora y expresar su malestar, 2) resumen de los conflictos y aspectos más relevantes de la sesión anterior, 3) reflexión o conversación en torno al tema propuesto que solía ser alguna de las tareas del duelo de Worden (Worden, 2010), 4) mensaje de cambio en el que el terapeuta utilizaba frases alentadoras y de búsqueda de insight y 5) ejercicios finales de relajación-mindfulness.

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 19.0.

Para explorar las diferencias entre la medición antes y después del tratamiento se utiliza la prueba no paramétrica de los rangos de Wilcoxon debido a que el tamaño de la muestra es inferior a 30 por lo que no se puede utilizar la prueba paramétrica t de Student.

En la siguiente tabla se resumen las sesiones realizadas:

Tabla 2

Resumen de los objetivos, contenidos y mensajes de cambio.

Tarea y objetivos	Reflexión propuesta y comentarios	Mensaje de cambio
<p>Sesión 1 Presentación: Generar clima cálido y de acogida. Ajustar expectativas. Definir contrato grupal y reglas.</p>	<p>Presentación de los componentes del grupo mediante dinámica proyectiva: los participantes han de contestar a unas preguntas simples sobre gustos imaginándose lo que contestaría la persona del grupo que le había tocado por azar. Expectativas y temores: cada persona escribe qué le gustaría que sucediera en el grupo y que no. Se pone en común y se debate. Primeros abandonos: ruptura de expectativas en una paciente que esperaba un grupo "para conocer gente" y no un grupo de trabajo en torno al duelo.</p>	<p>La elaboración adecuada del duelo requiere de un esfuerzo personal.</p>
<p>Sesión 2 Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida. Objetivos: Indagar sobre el significado de la persona fallecida. Entender quién ha muerto.</p>	<p>Dinámica para la memorización de nombres: los participantes debían pasarse una "pelota de energía" imaginaria lo más rápidamente posible nombrando antes a la persona receptora. El ejercicio finaliza cuando se pasan la "pelota" entre ellos de forma fluida. Presentar al ser querido fallecido al grupo: ¿cómo se llamaba?, ¿cuál era tu relación de parentesco?, ¿cómo era físicamente?, ¿qué cosas le gustaban?, ¿a qué se dedicaba? etc. Indagar sobre el vínculo: ¿qué te aportaba tu ser querido? (seguridad, compañía, valía, diversión...), ¿qué se ha llevado con su muerte?, ¿qué es lo que más echas de menos de todo? Se advierte de la posibilidad de que, al recordar e identificarse con las historias de pérdida de los otros, sientan un empeoramiento temporal. Mientras algunas pacientes desean hablar otras se muestran inhibidas y con</p>	<p>La negación de la pérdida es muy común en los dolientes. Se trata de un vano intento por evitar el sufrimiento a corto plazo. La negación, se puede presentar tratando de conservar todo aquello que pertenecía o recuerda al fallecido, generando la ilusión de que nada ha cambiado y evitando de este modo el punto de partida de todo duelo que es la aceptación de la dolorosa realidad.</p>

miedo a hacerlo. Se trata de que al menos digan el nombre de la persona difunta.

La paciente M. habla con el terapeuta en privado al final de la sesión, se cuestiona seguir, se siente avergonzada (infantilizada, inadecuada) al comparar su pérdida (madre) con el de otras pacientes (hijos). Señalamos la importancia de estos sentimientos y su adecuación al grupo.

Sesión 3

Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida.

Objetivos: Tomar conciencia de la pérdida relatando la historia del propio duelo, en un clima de confianza.

Relato guiado de la pérdida, a través de 3 niveles, con el objetivo de aumentar la integración y conciencia del suceso (Neimeyer, 2007):

1. La historia objetiva: “¿dónde estabas cuando te dieron la noticia?”.
2. La historia enfocado a la emoción: “¿qué sentiste física y corporalmente?”.
3. La historia orientada al significado: “¿qué entendiste?”, “¿qué pensabas?”.

Se observan en algunas pacientes actitudes de negación que se remontan al proceso de enfermedad.

Las pacientes hablan sobre Dios. Sienten rabia e incomprensión “¿por qué a mí?”. Señalamos que estos sentimientos podrían estar detrás de dificultades para aceptar la pérdida y dar sentido a la muerte.

Todo duelo es el proceso normal que sigue a la pérdida de lo inmensamente querido. El duelo forma parte integral de la relación amorosa, no es el fin ni la interrupción del amor, sino una de sus fases naturales; así el duelo no interrumpe la relación, sigue siendo amor.

Sesión 4

Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Objetivos: Ayudar a los pacientes a identificar y expresar sentimientos.

Hablar sobre los sentimientos y reacciones por las que se pasa en un duelo, especialmente la tristeza y la desesperación.

Durante los relatos individuales el terapeuta normaliza, identifica y valida los sentimientos que los pacientes utilizando como recurso las experiencias de otros pacientes.

La desesperación en el relato de los participantes resulta muy complicada de contener y soportar y produce dudas sobre la viabilidad del grupo.

Tarea para casa: “carta que no se envía”. El objetivo de esta carta es identificar y expresar los sentimientos hacia el ser querido. Muchas veces no nos sen-

Es importante aceptar estos sentimientos de tristeza, desesperación y rabia, pero no invitarlos, atenderlos pero no habitar con ellos. Estos sentimientos son un huésped normal, aceptable y tolerable, pero poco saludable cuando la visita es por mucho tiempo.

Las verdaderas emociones son positivas y evolucionan en la medida en que uno las expresa. Lo que hace

timos orgullos de estos sentimientos (culpa, rabia, miedo, pena e impotencia) pero puede ser importante tomar conciencia de dichas emociones y la forma en la que las expresamos.

que la experiencia dolorosa que supone expresar nuestras emociones sea constructiva o destructiva es lo que hacemos con ese dolor, el sentido que le damos.

Sesión 5

Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Objetivos:

Normalizar y entender los miedos y la ansiedad.

Explicitar qué miedos y angustias se tenían antes del fallecimiento y cuáles se tienen ahora.

Preparamos las navidades: los participantes hablan sobre la dificultad de estas fechas y sugerimos la idea del duelo como un proceso dinámico en el que existen momentos de avance y retroceso.

Las pacientes llevan alguna sesión sentándose en las mismas posiciones.

Se producen intentos de formar alianzas entorno al mensaje "perder a un hijo es mucho peor que a un marido" que hubo que abordar para evitar posibles sentimientos de invalidación en otros pacientes. Estas alianzas se abordaron validando el dolor e interpretando explícitamente la fantasía de fusión "¿deben sentirse muy solas en su dolor?".

Ninguna realiza la tarea para casa.

Cuando experimentamos una muerte cercana todos los miedos y todas las aprehensiones surgen a la vez en el intento de protegernos de futuras desgracias. Tratamos de afrontar este miedo transformándolo en evitaciones, controles, prohibiciones o sobreprotección. Al actuar esta sensación de falta de control y ansiedad, se potencia y alimenta a su vez la angustia y el miedo

Sesión 6

Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Objetivos: Explorar sentimientos de enfado o culpa.

Ayudarles a que puedan pedir perdón y perdonarse.

Hablar sobre los asuntos por los que se sienten culpables. Luego han de contestar las siguientes preguntas: ¿pueden hacer algo actualmente para cambiar el pasado?, ¿se sienten perfectos o ilimitados?, ¿ha habido alguien en su vida al que hayan perdonado?, ¿por qué lo perdonaron?

La culpa gira entorno a seguir viviendo mientras la persona querida está muerta. El enfado se dirige hacia Dios, los médicos y los demás.

Las pacientes hablan de amigos y familiares. Por un lado se sienten vacías y rechazadas ("una carga") y temen acercarse. Por otro lado, rabiosas e incomprendidas ("no saben lo que se sufre") y las gustaría que los demás se ocuparan de ellas. Se tratan las dificultades y limitaciones de los demás para

La culpa surge a partir de la presuposición errónea de que somos perfectos y por lo tanto no podemos cometer errores y de que somos ilimitados y podemos hacerlo todo bien siempre, e incluso, cambiar el pasado. Aceptando nuestra condición imperfecta se puede ir mitigando la culpa.

entender y la falta de un espacio fuera del grupo para hablar del duelo.

Se quedan hablando en la sala tras la sesión.

Sesión 7

Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Objetivos: Replantear nuevos roles y actividades.

Tratar de que identifiquen las dificultades en su vida cotidiana más allá del dolor sentimental como; la pérdida de rol, la pérdida de apoyo, la pérdida de sentido de la vida, la soledad o las pequeñas dificultades de la vida cotidiana sin la persona querida.

Pensamientos rígidos y entorno al papel de las demás personas: "los demás tiene que darse cuenta de que estoy mal". Este pensamiento genera rabia, aislamiento y dificulta pedir ayuda. Se trata de que conecten con su deseo de estar acompañadas y los recursos que tienen para realizarlo.

Tarea para casa: Pensar en pequeños objetivos a realizar durante los próximos días.

Aunque el espacio que ocupaba la persona querida no nunca se podrá llenar, si es posible volver a abrirse a la experiencia en el mundo de los vivos y posicionarse de una forma responsable con el propio bienestar. Esta reinención de uno mismo es, al fin y al cabo, lo que la persona amada hubiera querido para nosotros.

Sesión 8

Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Objetivos: Ayudar a que los pacientes se abran a la idea del enriquecimiento espiritual a través de la experiencia de la muerte y a que encuentren un nuevo sentido en sus vidas.

Tratar el tema de la pérdida de sentido tras la muerte del ser querido y la importancia de encontrar uno nuevo: ¿Han cambiado sus valores después de la pérdida?, ¿cuáles era antes las cosas importantes para vosotros y cuales lo son ahora?, ¿qué sentido va a tener esa pérdida en su vida?, ¿qué cambios prevén en el conocimiento de sí mismo y en la orientación de sus vidas?, ¿qué nuevos recursos han encontrado en sí mismos después de la muerte del ser querido?

Las pacientes no son capaces de proyectarse al futuro e imaginar una mejoría. Tampoco de articular un significado o valor personal ante la experiencia de la muerte.

Ninguna realiza la tarea para casa.

No volverán a ser las mismas personas que antes de la pérdida, pero obtendrán la riqueza emocional y la profundidad que proviene de haber conocido el dolor intenso y también su curación.

Sesión 9

Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Objetivos: Ayudar a que los pacientes cie-

Abordar la cuestión de los asuntos inconclusos: ¿Qué cosas les hubiera gustado decir que no hicieron?, ¿qué cosas dijeron o hicieron de las que se arrepienten?, ¿qué acciones reparadoras podrían realizar en la actualidad para tratar de subsanar las cosas que no hicieron o

Cuando quedan asuntos inconclusos se hace muy difícil la resolución adecuada del duelo. Es importante entonces ir resolviendo dichos asuntos para poder

<p>rran asuntos inconclusos.</p>	<p>no dijeron o las cosas de las que se arrepienten? Lo más comentado fueron aquellos sentimientos positivos que nunca pudieron expresar.</p>	<p>gradualmente despedirse del fallecido.</p>
<p>Sesión 10 Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo Objetivos: Animar al paciente a decir un "adiós temporal".</p>	<p>Con ayuda de la foto decir unas palabras de despedida. En esta sesión surgieron profundas resistencias que se manifestaron en forma de incomprensión hacia el motivo del ejercicio y comentarios implícitos sobre la incapacidad del terapeuta para entender su circunstancia de dolor emocional.</p>	<p>Para poder dedicar energía a los vínculos e intereses que les esperan en la vida, es muy recomendable poder desplazar la atención de la persona fallecida al mundo de los vivos. Para ello, puede ser útil dedicar un tiempo a despedirse gradualmente y recolocar emocionalmente al difunto.</p>
<p>Sesión 11 Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo Objetivo: Entender el significado de despedirse</p>	<p>Se trabaja la idea de que ellas merecen ser felices y se explora el significado de despedirse. Con la finalidad de comprender el por qué de la resistencia de la sesión anterior y encontrar las razones que bloqueaban el cambio, se preguntó a los pacientes que significa para ellos despedirse de la persona querida. Entre otras cuestiones surgieron temores a sentirse aún más deprimidos y solos, a olvidar o a ser traidores. Esta intervención redujo la resistencia y explicitó unos conflictos susceptibles de tratamiento.</p>	<p>Seguir adelante en la vida con los demás vivos no significa olvidar al fallecido si no integrar dentro de uno y darle un nuevo sentido o forma a la relación que tenemos con el difunto. Mantenerse triste y deprimido durante un largo tiempo no es una prueba de amor.</p>
<p>Sesión 12 Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo Objetivos: Despedida del grupo. Expresión de las opiniones sobre el tratamiento. Incentivarlas a la adquisición de nuevos vínculos e intereses.</p>	<p>Que escriban y compartan con el grupo cuáles serían sus planes o metas a corto, medio y largo plazo y cuáles serían sus nuevos vínculos e intereses. Algunos pacientes muestran su deseo de continuar con la terapia o de haber tenido alguna sesión más. Se intercambian teléfonos y direcciones al final de la terapia.</p>	<p>Han aprendido que no siempre tienen el control de las circunstancias vitales. Deben usar este descubrimiento para vivir más intensamente, para disfrutar más a cada momento. Deben continuar manteniendo razones para vivir. Tienen un futuro por el que vale la pena resistir y merecen encontrar un nuevo sentido de propósito y placer en la vida.</p>

Resultados

Datos de los participantes

En la *tabla 3* se presentan los datos sociodemográficos, los datos sobre el duelo y de tratamiento previo en la USM.

Tabla 3.
Datos sociodemográficos, tipo de duelo y tratamiento previo

Sexo	
• Mujer/Hombre	5/0
Edad	
• Media, min-máx.	50.4, 27-70
Hijos	
• Si/No	3/2
Estado civil	
• Casada o en pareja	1
• Divorciada	1
• Viuda	3
Tipo de convivencia	
• Sólo	1
• Hogar familiar	3
• Con sus hijos	1
Ocupación	
• Labores domésticas	2
• Desempleo	1
• Activo	1
• Jubilado	1
Estudios	
• Leer y escribir	1
• Primarios	4
• Secundarios	1
Relación de con el fallecido	
• Madre	2
• Esposa	2
• Hija	1
Temporalidad de la muerte	
• Gradual	4
• Repentina	1
Causa de la muerte	
• Enfermedad	5
• Traumatismo	0
Tiempo desde la muerte (en meses)	
• Media, min-máx.	29.4, 7-96

Diagnóstico duelo complicado	
• Si/No	3/2
En tratamiento psicológico	
• Si/No	4/1
Duración tratamiento psicológico (meses)	
• Media, min-máx.	20.25, 2-36
En tratamiento con antidepresivos	
• Si/No	3/2
Duración tratamiento antidepresivos (meses)	
• Media, min-máx.	34.4, 7- 84

Pruebas psicométricas pre-post intervención

En la *tabla 4* se presentan los estadísticos descriptivos de la sintomatología ansioso-depresiva, calidad del sueño y criterios A y B de la EDDC antes y después del tratamiento de los cinco sujetos que completaron el tratamiento.

Tabla 4.
Estadísticos Descriptivos, n=5

	HAD		MOS		EDDC					
	Ansiedad		Depresión		Pre-Post		Criterio A		Criterio B	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Media	12,0	10,4	13,6	12,4	52,8	48,8	10,6	12,2	90,6	100,6
D.T.	5,87	3,84	7,02	4,04	4,02	5,31	3,28	4,65	29,34	34,63

En la *tabla 5* se muestra la diferencia de medias entre el momento pre y el post tratamiento para los mismos sujetos.

Tabla 5
Estadísticos de contraste, n=5.

	HAD		MOS	EDDC	
	Ansiedad	Depresión	Pre-Post	Criterio A	Criterio B
	Pre-Post	Pre-Post		Pre-Post	Pre-Post
Z	-1,09	-0,68	-1,36	,00	,00
Sig. asintót. (bilateral)	0,27	0,5	0,17	1,00	1,00

Nota. Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon. n=5

Valoración subjetiva de los resultados

En la *tabla 6* se presenta la valoración subjetiva de los participantes en diferentes aspectos.

Tabla 6
Valoración del resultado del tratamiento, n=5

	Experiencia subjetiva	Cambios conductuales	Alivio de los síntomas
Media	4,40	1,80	3,80
D.T.	0,55	1,30	0,84

Nota. Puntuación de 1 a 5

En la *tabla 7* se indica la satisfacción post intervención.

Tabla 7
Satisfacción, n=5

	Satisfacción apoyo emocional	Satisfacción psicoeducación	Satisfacción terapeuta	Satisfacción marco
Media	4,73	4,96	5	3,06
D.T.	0,38	0,09	0,00	1,04

En la *tabla 8* se expone las contestaciones literales escritas por los sujetos a las preguntas abiertas realizadas.

Tabla 8
Preguntas abiertas y contestaciones agrupadas, n=5

Preguntas	Contestaciones
“¿Qué es lo que mejor valoras de la experiencia terapéutica?”	Apoyo o soporte emocional por parte del grupo y el terapeuta Expresión de los afectos Sensación de no estar sola
“¿Y lo que peor?”	Relato de la pérdida Sesión en la que se trató la despedida
“¿Qué quitarías o cambiarías?”	Nada
“¿Qué añadirías?”	Más sesiones

Por último, se pidió a los sujetos que ordenaran de más útil a menos útil (de 1 a 7) los diferentes componentes de la terapia. Se presentan los componentes según el orden medio asignado (n=5):

1. Ventilación emocional (media: 1,2).
2. Apoyo o soporte del grupo (media: 2,2).
3. Apoyo o soporte del terapeuta (media: 3).
4. Reflexión grupal o conversación entorno la temática propuesta (media: 4,4).
5. La información y los mensajes de cambio (media: 5,2).

6. Relajación (media: 5,2).
7. Tareas para casa (media: 6,8).

Altas y reincorporaciones a la USM

Al finalizar el tratamiento grupal se pacta el alta con tres de las cinco pacientes: M, N y C por mejoría, mientras que S e I se reincorporan a sus tratamientos individuales.

Discusión

Los resultados de las pruebas psicométricas muestran una disminución consistente pero no significativa de la sintomatología ansioso-depresiva y de las dificultades a la hora de dormir. Por el contrario, las puntuaciones de los criterios A y B de la EDDC (Prigerson y Jacobs, 2001), aumentan sin llegar tampoco a la significación. Estos resultados, en los que no se aprecia respuesta al tratamiento, coincidiría con las conclusiones del metanálisis realizado por Kato y Mann (1999) que concluyen que la terapia grupal no resulta eficaz para aliviar el sufrimiento del doliente.

En cuanto a los resultados de la encuesta de valoración de los resultados, las pacientes aprecian mejoría en su experiencia subjetiva (al reducirse su soledad, su estigma y aumentar su autoestima) y sienten un moderado alivio de la sintomatología ansiosa-depresiva, aunque la terapia no les ha ayudado a tomar decisiones o a realizar cambios conductuales con respecto a su proceso de duelo. Además se muestran muy satisfechas con la terapia, a excepción del número de sesiones que hubieran preferido aumentar.

Estos resultados podrían evidenciar limitaciones de la terapia grupal como las descritas en Pérez et al. (2000), entre las que destacamos la socialización alrededor del dolor que fomenta el inmovilismo y perpetuación en el papel de doliente. Además existieron dificultades a la hora de adaptar el enfoque de tareas del duelo al formato grupal debido a la heterogeneidad de tareas por resolver en los participantes. Esto produjo que el tratamiento se dispersara en diferentes objetivos sin llegar a profundizar. También hay que tener en cuenta la complejidad y dificultad del proceso de duelo. El terapeuta necesita entender que la sintomatología de los pacientes, como la necesidad de negar la muerte y aferrarse al fallecido, responde a la mejor manera que el paciente ha encontrado para hacer frente a la intensa soledad, la profunda tristeza, el miedo a traicionar o a olvidar al ser amado o la toma de conciencia de la muerte. Este intento de solución, al cronificarse, puede convertirse en una forma de vinculación con los demás y la realidad muy resistente al proceso terapéutico (Mackinnon et al., 2008).

No obstante, a pesar de las dificultades expuestas, se generó un grupo cohesionado, atendiendo a la definición de Vinogradov y Yalom (1996) en el que las pacientes encontraban apoyo y podían expresar, sin miedo a la crítica, su soledad y sufrimientos y en el que se trabajó el concepto de duelo como un proceso a elaborar

mandando un mensaje desculpabilizante a las pacientes de esperanza y responsabilidad con sus propias vidas.

Tras la experiencia se podría sugerir para futuros tratamientos grupales: 1) excluir de la terapia personas con duelos normales y sin factores de riesgo, 2) formar grupos más homogéneos en cuanto a la gravedad, tipo y cronología de la pérdida para favorecer la cohesión y focalización del tratamiento, 3) incluir un cooterapeuta que ayude en la contención de las emociones y en el señalamiento de resistencias, 4) fomentar desde el inicio la conciencia del problema que no es tanto el sufrimiento y las emociones desgarradoras que acompañan al duelo como la dificultad de integrar la experiencia de la muerte y afrontar o dar significado a una nueva vida sin la persona amada, 5) comprender y aceptar en fases tempranas de la terapia los motivos de los pacientes para resistirse al cambio a fin de reducir la frustración en el terapeuta y guiar la intervención.

Como conclusión, de los datos recogidos por las evaluaciones psicométricas y cualitativas, se desprende que la terapia grupal parece no haber sido efectiva para motivar un cambio o facilitar la elaboración del duelo. No obstante, las pacientes sienten un alivio en su sufrimiento que parece estar relacionada con la psicoeducación y el desahogo emocional brindado por el grupo y el terapeuta, más que por la realización de cambios en sus vidas.

Referencias bibliográficas

- Allumbaugh, D.L. & Hoyt W. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal Counselling of Psychology*, 46 (3) 70-80.
- Barreto, P., De la Torre O., & Pérez-Martín M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9 (2-3), 355-368. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/40902/39159>
- Díaz, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31 (109), 93-107. Recuperado de <http://www.revistaeen.es/index.php/aen/article/view/16120>
- Forte, A.L., Hill, M., Pazder, R. & Feudtner, C. (2004) Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 3(3). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15274744#>
- Hays, R.D. & Stewart, A.L. (1996). Sleep Measures. En Stewart, A.L., Ware, J.E. (Eds.), *Measuring functioning and well-being. The Medical Outcomes Study approach* (pp. 235-259). Durham y Londres: Duke University Press.
- Hays, R.D., Martin, S.A., Sesti, A.M. & Spritzer, K.L. (2005). Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Medicine*, 6, 41-44. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15680294>
- Kato, P.M. & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19 (3), 275-296. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10097872>
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J.A., Maté, J. & Prigerson, H.G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16 (5), 291-297. Recuperado de http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=521
- Mackinnon, R.A., Michels, R. & Buckley, P.J. (2008). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2011). *Estrategia en Salud mental del Sistema nacional de salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

- Pérez, P., Hernangómez, L. & Santiago, C. (2000). Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12 (3), 273-284. Recuperado de http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=406&Itemid=52
- Prigerson, H.G. & Jacobs, S.C. (2001). Traumatic Grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and empirical test. En M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-48). Washington DC: American Psychological Association.
- Schut, H. & Stroebe, M.S. (2006). Interventions to enhance adaptation to bereavement: A review of efficacy studies. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), 140-147. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1649946>
- Servicio Andaluz de Salud (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Andalucía: Área de Evaluación y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=479>
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A. & Reig, M.T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 163-176.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Von Fortner, B. (1999). *The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review*. Tesis doctoral no publicada, Memphis University, USA.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. & Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-78. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130937>
- Worden, J.W. (2010). *El Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología*, 21(2), 129-143. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/2/Laura%20-Yoffe.pdf>
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/68808>

CULPA, REPARACIÓN Y PERDÓN: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS (III)

GUILT, REPAIR AND FORGIVENESS: CLINICAL AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS (III)

Juan García Haro

Psicólogo Clínico

Centro de Salud Mental "La Ería". Oviedo. Asturias

Servicio de Salud del Principado de Asturias. España

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

García Haro, J. (2014). Culpa, Reparación y Perdón: implicaciones clínicas y terapéuticas (III). *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 135-164.

RESUMEN

Las nociones de culpa y perdón se han secularizado en el mundo moderno formando parte inseparable de los problemas de la vida y, por tanto, de la clínica. Este trabajo pretende ser un análisis de la culpa, de su relevancia en la clínica y utilidad en la práctica psicoterapéutica. En esta tercera parte se exploran las posibilidades que abre este análisis para el tratamiento psicológico. Se analiza la noción de disfuncionalidad asociada a la culpa y se revisan diferentes narrativas de culpa en psicoterapia. Se sugieren etapas y tareas terapéuticas para ayudar a la persona a cambiar estrategias disfuncionales por otras que permitan seguir adelante con la vida.

Palabras clave: Culpa, perdón, psicopatología, psicoterapia, reparación.

ABSTRACT

The notions of guilt and forgiveness have been secularized in the modern world becoming an inseparable part of the life problems, and therefore, the clinic practice. This research aims at analyzing guilt, its relevance in clinical practice and usefulness in psychotherapeutic practice. In this third part we show the possibilities that this analysis opens for psychological treatment. We analyze the dysfunctional notion associated the guilt and we review different narratives of guilt in psychotherapy. We suggest therapeutic stages and tasks to help patients change their dysfunctional strategies for others that allow them to go on with their lives.

Keywords: Guilt, forgiveness, psychopathology, psychotherapy, repair.



Una vida dominada por la culpa es una sentencia a cadena perpetua.
Michael White y David Epston, 1992.

1. DISFUNCIÓN Y PSICO(PATO)LOGÍA DE LA CULPA

Enfrentamos ahora la complicada cuestión de la disfunción y los problemas psicológicos asociados a la culpa. ¿Cuándo las estrategias que utilizamos para afrontar la culpa dejan de tener una función adaptativa, y generan problemas psicológicos que comprometen metas y proyectos de vida? Y, ¿cómo podemos reconducir estas modalidades disfuncionales en esfuerzos dirigidos a reparar la herida y resolver la culpa? Utilizamos el término *proyecto de vida* para hacer referencia a la coherencia de haceres y propósitos, dentro de unos márgenes, que caracterizan a la persona, y en torno a los cuales organiza y tiene sentido su vida.

El sufrimiento psicológico (moral) asociado a la culpa puede llegar a convertirse en una de las formas más crueles e invalidantes de psicopatología. Dado que nadie escapa al hecho de tener que elegir, de tomar decisiones, pues incluso si decidimos resolver nuestros dilemas tirando una moneda al aire, eso es también una decisión, nadie está libre de enfrentar y sufrir por sentimientos de culpa. La psicopatología y la psicoterapia no pueden separarse de los problemas de la vida y, por tanto, de la moral. Desde una perspectiva relacional, la culpa puede interpretarse como una emoción reguladora de la relación social que insta a la reparación y evitación de lo que no hay que hacer; la culpa, en tanto que conciencia de nuestra responsabilidad en la falta cometida ha de tener inevitablemente como destinatario al otro, receptor de la misma. La culpa deja de cumplir su función cuando pierde el horizonte del otro y se dirige hacia el propio sujeto tomándolo como rehén en una tortura moral sin fin. Esta orientación hacia uno mismo malogra el proyecto de vida, cierra posibilidades de futuro. En efecto, la culpa se hace disfuncional cuando el pesar, la angustia que acaece tras la consideración de la falta cometida, en lugar de motivar hacia la reparación, introduce al sujeto en su propio mundo interior, donde queda despreocupado de lo que hace en el presente y de lo que aún puede llegar a hacer en el futuro, instalado en el autorreproche permanente (*si yo hubiera hecho, ¿por qué hice aquello?...*). En esta situación, el autorreproche, como expresión de la culpa, aspira a que aquel frente a quién se es culpable (Dios u otra persona) se apiade del sufrimiento moral y perdone (función apelativa). La trampa aquí consiste en que se busca el perdón no a través de la reparación sino a través de la condena *ad infinitum* de uno mismo. Castilla del Pino (1991) cataloga a esta solución de egoísta porque aspira al perdón con solo mostrar lo que se padece como consecuencia de la culpa. Sin embargo, no hay sufrimiento por grande que sea que pueda deshacer las consecuencias de la acción culpable sobre el otro. Lo hecho no se borra, se repara. Cuando la persona concentra su actividad en el intento inútil de eludir la culpa, pierde su relación dialéctica con los otros, vive *en y para* la culpa, no para resolverla. Su ocupación es ahora pura pre-ocupación, y reversión una y otra vez en ella. No hay forma de salir del bucle de la culpa y, de este modo, cae en la disfunción

psíquica. A este bucle de la culpa lo podríamos llamar *núcleo culpógeno*, para diferenciarlo de las vivencias de culpa que se dan en la vida cotidiana de todas las personas y que habitualmente se resuelven sin grandes perturbaciones. Recientemente Marino Pérez ha planteado que la actitud de estar demasiado pendiente de uno mismo (*hiperreflexividad*) puede ser más el camino de un problema que la vía de una solución. La hiperreflexividad es una experiencia en la que se radicaliza la oposición yo/mundo, y en la que la persona, en parte o en su totalidad, se toma a sí misma, o a su experiencia, como objeto de reflexión. La conciencia intensificada, de acuerdo con Pérez-Álvarez (2008), caracterizaría la experiencia de la vida moderna.

Existe otra modalidad de disfunción de la culpa que es la *abyección* (Castilla del Pino, 1991). Aquí, el sujeto de la culpa opta por dejarse caer por la pendiente de la transgresión que lo convirtió en culpable. Ante la segregación a que es sometido por los demás, el sujeto de la culpa huye hacia adelante mostrando nuevas conductas transgresoras en un intento de avalarse a sí mismo.

En resumen: la culpa deja de estar al servicio de la relación con el otro, receptor de la acción indebida, cuando se agota en puro y exclusivo sufrir por lo hecho, cuando se transforma en autopunición, quedando así el individuo atrapado en la cárcel que ha creado y donde si nadie lo remedia quedará recluso cumpliendo cadena a perpetuidad. Desde este punto de vista, la reparación constituye un procedimiento relacional para gestionar la culpa sin caer en el bucle patológico de la culpa.

Anteriormente vimos diferentes modalidades disfuncionales de afrontamiento ante la culpa que suelen aparecer en la consulta psicoterapéutica, y cuyo denominador común sería la evitación. Desde una perspectiva psicopatológica, los problemas asociados a la culpa pueden ser de dos tipos: 1) por exceso, o 2) por defecto. Las estrategias de evitación se asocian a una hipertrofia del sentimiento de culpa que es la base de trastornos de tipo depresivo-obsesivo, mientras que la ausencia de sentimientos de culpa se asocia al trastorno antisocial de la personalidad y a la personalidad paranoide (Echeburúa, Corral y Amor, 2001).

2. NARRATIVAS DE CULPA EN PSICOTERAPIA

A continuación presentamos diferentes narrativas de culpa según se verifican en la práctica psicoterapéutica. Estas narrativas se organizan en torno a, o remiten a modalidades estratégicas disfuncionales de afrontamiento de la culpa. La terapia que proponemos se dirige a bloquear estas estrategias disfuncionales, y en ocasiones a sustituirlas por alternativas funcionales que permitan superar la culpa. En consulta podemos encontrar cualquiera de estas narrativas, solas o en combinación, pues en clínica no existen límites fijos; y sin duda, otras muchas.

1. “Sé que es una tontería, pero no puedo evitar sentirme culpable”: culpa ante transgresiones menores.
2. “¿Y si hiciera algo realmente malo sin conciencia de ello?”.
3. “Podría haber hecho algo para evitarlo...”.
4. “Sabía que iba a pasar...”.
5. “Ahora me doy cuenta de que hice algo indebido”: reevaluación retrospectiva de lo hecho como transgresión moral.
6. “De todos modos te sentirás culpable”: el dilema de la decisión imposible.
7. La culpa en víctimas de violencia: cuando la ofensa muta en culpabilidad.
8. Culpa y género.

1. “Sé que es una tontería, pero no puedo evitar sentirme culpable”: culpa ante transgresiones menores.

La persona que acude a consulta dice sentirse culpable por acciones (u omisiones) que, desde la perspectiva del interlocutor, resultan insignificantes, y, sin embargo, al sujeto le genera un terrible sufrimiento psicológico (moral) que parece incapacitarle para la vida. Rousseau ejemplifica esta situación. Al final del segundo libro (redactado hacia 1766) de sus *Confesiones* (cuya primera parte fue publicada en 1787), Rousseau asegura haber escrito éstas para librarse de la pesada carga impuesta por los remordimientos y aliviar así su conciencia de una falta cometida en su juventud. Esta falta, que él califica de “acción atroz” consiste en robar una pequeña cinta y echar la culpa del robo a una joven cocinera (Aramayo, 2003). Esta mentira, si hemos de creer su testimonio, abrió en su alma una herida de intensos remordimientos que duró toda su vida. Según sus propias palabras: “Este recuerdo cruel me trastorna y altera hasta el punto de ver en mis insomnios a esa pobre chica reprocharme mi crimen como si lo hubiera cometido ayer”. Y “aquella espantosa mentira cometida en la primera juventud, cuyo recuerdo me ha perturbado toda mi vida e incluso continúa durante mi vejez entristeciendo un corazón afligido por tantas otras cosas...”. Resulta irónico que pese a su “sensibilidad moral”, no dudara en abandonar a sus cinco hijos en un hospicio.

Desde un punto de vista terapéutico, cuando la culpa deriva de situaciones que desde nuestra óptica parecen irrelevantes, hay que entrar en la lógica de la culpa desde una perspectiva *emic*, adoptando la óptica del sujeto de la culpa (de qué se culpa, por qué se culpa, y qué sentido tiene desde dentro) para poder diseñar la intervención. Hay que evitar caer en la trampa de ofrecer prematuramente razones por las que, desde una lógica racional, desde afuera, el consultante no debería sentirse culpable, pues aunque la culpa pueda ser refutada desde la razón, no por ello la gente deja de sentirla. Así, el intento de aliviar la culpa mediante razonamientos lógicos (por ejemplo mediante un análisis de evidencias a favor y en contra), no sólo fracasa estrepitosamente, sino que contribuye a su persistencia y a la incompreensión

de quién la padece. Posiblemente, expresados de modo menos sofisticado, estos razonamientos han sido ya aportados por el entorno próximo del sujeto de la culpa. Cuando la terapeuta se suma al *más de lo mismo* de lo que no funciona, no solo no ayuda a superar la culpa (a salir del bucle patológico de la culpa), sino que, inadvertidamente, se convierte en su cómplice, “Pues, *no hacer lo que se debe es hacer lo que no se debe, y ésta es la culpa en la omisión*” (Castilla del Pino, 1991, p. 266). En nuestra experiencia clínica, esta modalidad de culpa suele aparecer en procesos de duelo y habitualmente ocultan una temática de ambivalencia afectiva, de sentimientos encontrados: detrás de los sentimientos de amor se halla siempre la hostilidad inconsciente, que es la que determina la culpa. Esta parece ser también la situación vivida por Rousseau, quién sentía afecto y admiración hacia la joven a la finalmente acusó de robar la cinta. Una forma de trabajar en terapia la ambivalencia es reconstruir históricamente la relación con la persona o personas referentes simbólicas de la culpa. A veces es suficiente decir que en las relaciones humanas siempre existe cierta ambivalencia y que incluso aún con las personas que más queremos es imposible no sentir a veces enfado o rabia. Trabajar la ambivalencia siempre tiene el riesgo de que la persona se repliegue defensivamente, polarizando su posición, por ello conviene antes de nada establecer aquellos aspectos positivos que existen en la relación, para pasar luego a los menos positivos. Una fórmula que, a veces, es útil sería preguntar: ¿qué es lo que le parece que más va a echar en falta de la persona que ha desaparecido?, y, ¿habrá cosas que, en cambio no echará de menos? (Rodríguez y Fernández, 2012).

2. “¿Y si hiciera algo realmente malo sin conciencia de ello?”

En muchos casos la culpa disfuncional se edifica sobre el intento de controlar o anular pensamientos o deseos involuntarios que cruzan la mente y que cuestionan la autoimagen (como persona buena moralmente) o generan dudas acerca de la posibilidad de poder cometer acciones indebidas. Por ejemplo, pensar en la muerte de una persona querida podría enfrentarnos a la idea de que uno *es* un homicida o de que podría llegar a serlo. En la concepción religiosa de la culpa, la “mala” intención aún sin daño efectivo es ya pecado. De ahí el examen de conciencia en la confesión auricular. Según esto, las personas muy religiosas serían vulnerables a sentir culpa por lo que piensan o sienten cuando sus contenidos son disonantes con su tabla de valores. Así, intentarán controlar o evitar sus pensamientos o deseos *malévolos*. Pero es sabido que el intento de anular pensamientos o deseos incómodos o temidos puede hacernos caer en la paradoja de *pensar en no pensar* (Nardone y Balbi, 2009; Nardone y De Santis, 2012). Esta modalidad de culpa disfuncional es frecuente en la clínica obsesiva. La posibilidad de cometer (o la duda de haber cometido) actos indebidos, una vez se ha colado en la mente, genera tal angustia que lleva a querer alejar esta amenaza combatiendo sus *malévolos* pensamientos (que son espontáneos) y, paradójicamente, más dudas y sentido de culpa. En esta situación, la persona, totalmente desesperada, puede incluso ir a la policía para

denunciarse como culpable (aunque sólo sea para que se verifique su inocencia). Si el miedo a comportarse de manera irresponsable se acentúa, la persona puede recurrir a conductas compulsivas para prevenir la amenaza de la culpa (Mancini, 2000). Pero aquí, en realidad, se lucha contra la posibilidad de ser culpable, y, por tanto, imposible de vencer (porque nunca se refuta), con lo que, paradójicamente, el sujeto acabará atrapado en la cárcel de sus propios intentos compulsivos de prevención. El sujeto vivirá ahora solo y exclusivamente para prevenir un futuro que no existe, y, en la soledad de su celda, la culpa será su única compañía; el precio psicológico que se paga es sin duda mucho mayor que el daño que se pretendía prevenir.

La terapia aquí puede tomar dos direcciones:

1) Bloquear la paradoja *pensar en no pensar*, mediante técnicas de la terapia sistémica breve y estratégica (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Nardone y Balbi, 2009; Nardone y De Santis, 2012; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

2) Bloquear la fusión entre eventos privados automáticos y la connotación moral que se desprendería de ellos en caso de ser ejercidos en la acción. Aquí se trataría de romper la literalidad con que se vive el pensamiento, según la cual *tener un pensamiento sobre una acción es como realizarla*. Importa insistir en la noción de responsabilidad: uno es responsable de lo que hace (hacia otros, hacia sí mismo), pero no de lo que piensa y siente, que muchas veces resulta involuntario; y, sólo en base a lo que hacemos (no en base a lo que sucede en el espacio íntimo), nos ganamos una reputación moral. La primacía del hacer externo se cumple también para el creyente, pues aunque el pensamiento pueda ser pecaminoso, sólo a través de la confesión-penitencia, que es acción externa, se accede al perdón de Dios. La terapia de aceptación y compromiso (Hayes, 2013; Wilson y Luciano, 2002) cuenta con numerosas estrategias, como la *de-fusión cognitiva*, para cambiar la relación con las propias experiencias internas. Un ejercicio para promover la aceptación de los pensamientos, al mismo tiempo que ayuda a que uno pueda verse como un observador de sus propios pensamientos, distanciándose de ellos, es el de *Hojas flotando en la corriente*. La terapeuta invita al consultante a imaginar un río y un montón de hojas en blanco. “Ahora, hazte consciente de tus pensamientos. Cada vez que surja un pensamiento en tu mente, imagina que lo depositas en una de las hojas y la arroja lejos de nosotros, a la corriente del río observando cómo se aleja de nosotros y la perdemos de vista” (Hayes, 2013). A lo que se pretende llegar con esta intervención es a que la persona aprenda a mirar *hacia* la culpa más que a ver el mundo *desde* ella.

Resumiendo: el objetivo de la intervención consistirá en desmontar el bucle por el que la angustia de poder-llegar-a-ser-culpable aún antes de la acción que conllevaría a la culpa se transforma en condena a cadena perpetua a través del intento de prevenir la misma. Esta situación mantenida en el tiempo puede ser caldo de cultivo para las ideas de referencia. En efecto, bajo los efectos de la culpa y remordimientos que torturan la conciencia, aumenta la propensión a cometer

errores lógicos, como relacionar todo cuanto sucede con uno mismo, y suponer en la actitud de los demás hechos sutiles que le confirman a uno su culpa y/o que uno es tratado de acuerdo a *su condición culpable*. El pesar por lo hecho, el temor a ser descubierto, la imagen depreciada de sí proyectada a los demás,... puede generar un estado tal que se cumpla la máxima: lo que más se teme se anticipa como realidad. Castilla del Pino (1991) dice que lo que en el dinamismo paranoide ocurre es que, de alguna manera, imaginamos en los otros aquella actitud que lógicamente debieran adoptar de ser sabedores de nuestra culpa. Esta dinámica, si no se detiene, abonará el terreno para que germinen ideas delirantes de autorreferencia.

Javier, de 37 años, soltero, vive con su madre, está diagnosticado de esquizofrenia desde los 17 en que sufrió un “brote psicótico” por consumo de drogas. Desde entonces acude regularmente al Centro de Salud Mental a poner su medicación inyectable. En la historia clínica existen numerosos informes, cada uno con un diagnóstico distinto, y diferentes escritos realizados por el mismo Javier donde compila sus síntomas y los compara con los criterios diagnósticos de los principales manuales diagnósticos del mismo modo que uno rellena un test de una revista dominical para conocer su nivel de autoestima. Hace unos meses fue derivado a petición propia a consulta psicológica para ayuda psicoterapéutica. Se trata de una persona profundamente religiosa y de una estricta conciencia moral. En el análisis de su historia biográfica se obtiene que desde los 20 años participa en diferentes grupos religiosos. A día de hoy continúa. En la actualidad lo que más preocupa a Javier es, en lenguaje psiquiátrico, quizás resultado de su participación en un grupo de psicoeducación meses antes, ciertas “manías persecutorias” y “pensamientos obsesivos”. Las manías persecutorias consisten en que imagina que su hermana piensa de él que es un “pederastra” o un “depravado” y que lo van a denunciar ante la policía. Esto hace que se sienta continuamente angustiado acerca de tal posibilidad. Ha sido tratado con antidepresivos, neurolépticos y eutimizantes sin demasiados resultados. Los pensamientos obsesivos consisten en “pensar cosas malas”, por ejemplo, “el pensamiento siguiente yo no tengo ningún deseo de tenerlo y no corresponde a mis deseos. Me avergüenzo de tenerlo: ¿Y si violo a María?”. María es su sobrina. Estos pensamientos surgieron por primera vez hace 11 años, cuando su hermana tuvo a su primera hija. Tener estos pensamientos le generaron tanta angustia (eran tan disonantes con su conciencia moral) que decidió emprender una lucha titánica contra ellos: estrategias de distracción, parada de pensamiento, racionalizaciones, uso de fármacos de todo tipo, etc., no hicieron sino alimentar aún más la resonancia de esos pensamientos. Desde entonces los ocultó como quién oculta un crimen. Pocos días después empezaron las “manías persecutorias”. (Las historias clínicas utilizadas en este texto corresponden a consultantes atendidos en los servicios públicos de salud mental. Los

aspectos formales han sido convenientemente modificados para preservar la confidencialidad).

3. “Podría haber hecho algo para evitarlo...”.

El sujeto de la culpa se atribuye toda la responsabilidad del suceso X cuando en realidad están involucrados múltiples factores que escapan al control personal. Esta tendencia a atribuirse toda la culpa a sí mismo configura lo que Pérez-Sales (2006) denomina *culpa omnipotente*. Aunque propia de la infancia (los hijos que se sienten culpables porque consideran que su mal comportamiento ha provocado la ruptura de sus padres), puede arraigar en la vida adulta. La persona coloca lo que ocurre a su alrededor en referencia a sí desatendiendo otras causas. Aquí, la culpa utiliza la fórmula: *¿Y si...? (le hubiera convencido para que no fuera...)*. Este núcleo *culpógeno* es frecuente tanto en clínica depresivo-obsesiva como en procesos de duelo que, gracias a este núcleo, acaban complicándose. En esta modalidad disfuncional de la culpa, existe, no ya la posibilidad de llegar-a-ser-culpable, sino la conciencia de ser-ya-culpable, de haber cometido un error. Esta modalidad se verifica también en el autorreproche y la depresión. En efecto, la tristeza y la autocrítica son expresión de la desestima de sí que la conciencia de culpa tras lo hecho depara a la persona. La angustia, como queja, remite en cambio a la conciencia de posibilidad de hacer algo que convierta a la persona en culpable.

La terapia en estos casos está orientada a cuestionar la creencia de que uno es 100% responsable de la ocurrencia del suceso X. Es frecuente la tendencia del terapeuta a querer dis-culpar al paciente, de liberarlo de responsabilidades; pero no se trataría tanto de exonerar a la persona de su culpa, sino de que pueda ver que el nivel de culpa vivido es “desproporcionado” al nivel de responsabilidad. Se trabajaría con la idea de proporcionalidad, pues aunque la culpa objetivamente no es cuantificable, la gente subjetivamente la cuantifica. El terapeuta ayuda a evaluar los diferentes factores que pudieron haber contribuido al resultado final y sopesar su grado relativo de responsabilidad personal en dicho resultado. Para ello se construye conjuntamente una *tarta de responsabilidad* (Greenberger y Padesky, 1998). Se pide al consultante que elabore un listado de todas las personas y circunstancias que pudieran haber influido en los hechos que le hacen sentir culpable, pidiéndole que se ponga a sí mismo al final de la lista. Posteriormente se repasa uno a uno y se le pide que evalúe y asigne un grado de responsabilidad a cada uno de los trozos. De este modo, se espera que el consultante pueda ver que su parte de responsabilidad es un n% diferente al 100%. Si el consultante aún valora que tiene el mayor % de responsabilidad, hacer las siguientes preguntas: *¿hay alguna cosa que puedas hacer para enmendarlo? ¿Cuánto tiempo sería necesario?*; puede resultar de ayuda. Se puede preguntar también sobre lo que pensaría en caso de que le hubiera ocurrido a otra persona: *imagine que le hubiera ocurrido a su mejor amigo/a, ¿cree usted que sería responsable? ¿En qué medida? ¿Por qué?...*

Por otro lado, la persona puede además fantasear finales alternativos que

alimentan la culpa. En efecto, el pesar de la culpa hace que la atención se dirija al pasado a la búsqueda de un eslabón conductual en referencia a sí que hubiera cambiado el resultado final. Este trabajo de búsqueda de lo que se podría haber hecho y no se hizo se convierte en una trampa que complica el problema de la culpa por varias razones: 1) en la alternativa se colocan sólo aspectos positivos sin ver que podrían haber sido tan calamitosos o más, 2) funciona como recordatorio de lo que no ha sido capaz de hacer en la escena de los hechos, y 3) es un trabajo que se dirige al pasado y, como deshacer lo ya-hecho es imposible, generará más angustia. En este contexto, los autorreproches que acompañan al pesar de la culpa podrían entenderse como una forma de grabar en la memoria lo sucedido, para de este modo prevenir su ocurrencia futura. Pero también podría entenderse el autorreproche como un modo de expiar una falta a través de la tortura interior.

Josefa, de 60 años, acude derivada por su médico de atención primaria para recibir ayuda psicoterapéutica por una reacción de duelo que se ha complicado más allá de lo "normal" tras la muerte de su marido. En el relato de los hechos informa que estando de vacaciones con su marido Antonio, notó cómo éste se fatigaba con facilidad. Lo atribuyó a la edad y a su carácter apático, como tantas otras veces en que éste se quejaba de cansancio como una manera de eludir ciertos compromisos. Por la noche empezó a encontrarse mal y Josefa le animó a ir al día siguiente al médico, consejo que Antonio, como era habitual, no estimó necesario. El resto de las vacaciones transcurrieron con normalidad. La fatiga parecía haber desaparecido. Tras la vuelta de vacaciones, ya en la rutina del día a día, Antonio volvió a encontrarse mal, ésta vez no fue necesaria la insistencia de Josefa pues Antonio acudió al día siguiente al médico. Mientras ella esperaba afuera, haciendo unas compras, recibe una llamada a su móvil; era la policía: su marido acababa de fallecer a la salida del centro de salud; sufrió un ataque cardíaco en la calle. Desde entonces Josefa no para de reprocharse por qué diablos no hizo nada ya en las vacaciones cuando notó aquella maldita fatiga.

4. "Sabía que iba a pasar...".

Es frecuente encontrar en situaciones de duelo que la persona que acude a terapia se juzga a sí mismo *como si* hubiera podido decidir o actuar según un contexto de posibilidades diferente, generalmente más óptimo. Pérez-Sales denomina clarividencia retrospectiva al error derivado de decidir que se es culpable en base a la información que se adquiere después del hecho al ver con el tiempo las consecuencias. No se basa en "si yo hubiera sabido", sino en "lo sabía y no quise verlo" (Pérez-Sales, 2006). De alguna manera, saber el resultado final hace que el pasado se reevalúe a la luz de dicha información, y que la persona crea que sabía cosas que en realidad (sin dicho resultado) no hubiera nunca podido saber. En virtud de esta tiranía del presente, la sombra de la culpa hace que se revise el pasado en

busca de detalles que se cree ya-estaban-ahí, como advertencias flotantes de lo que finalmente ocurrió. Si contemplamos el cuadro de Van Gogh, *Campo de trigo con cuervos*, es posible que no veamos nada extraño. Si ahora supiéramos que fue el último cuadro que pintó pocos días antes de suicidarse, es posible que ahora, con una nueva mirada, podamos advertir (siguiendo aquí una antigua tradición romana) que el revoloteo de los cuervos anunciaba su propia muerte o que el cielo oscuro y revuelto no hacía presagiar nada bueno. Como en el caso anterior, podemos encuadrar esta modalidad de culpa en el intento de expiar un error a través del sufrimiento; pero también como una forma de grabar en la memoria lo sucedido, para de este modo prevenir su ocurrencia futura. Para desarticular esta modalidad disfuncional de culpa, Pérez-Sales (2006) propone la metáfora de la “bola de cristal” (“usted se está juzgando como si tuviera una bola de cristal...”) y hacer un experimento que consiste en que durante un periodo de tiempo intente adivinar el futuro. Se trata de plantear diversas situaciones y pedir que *advine* qué es lo que va a pasar, argumentando en cada caso en qué basa su predicción. Posteriormente se trabajaría qué fue lo que ocurrió en realidad (cuantas veces creyó que iba a pasar A y no sucedió, y cuantas veces sucedieron cosas que no esperaba), y de qué modo saber lo que pasó influye en el modo como recordamos las cosas. La terapia también se puede orientar a reconstruir las circunstancias en que se tomaron las decisiones como una situación limitada, pues a menudo se sobredimensiona la bondad de tales circunstancias para tomar decisiones correctas, cuando en realidad muchas decisiones importantes se toman bajo presión, sin mucho tiempo para pensar, etc.

5. “Ahora me doy cuenta de que hice algo indebido”: reevaluación retrospectiva de lo hecho como transgresión moral.

Esta narrativa de culpa se edifica sobre una acción realizada en el pasado, que si bien entonces no merecía la mayor atención, ahora, en el presente se reputa como indebida. Lo que en un momento t1 era valorado de una forma neutra (por ejemplo, como un juego inocente entre niños), posteriormente, en t2, puede ser reevaluado, resignificado, como un acto indebido (por ejemplo, perversión sexual) deparando en el sujeto culpa y/o vergüenza. La modalidad disfuncional implicada en esta situación puede adoptar la fórmula *debería haber sabido que...* De acuerdo con Castilla del Pino (1991), la inhibición que a continuación suele aparecer en estos casos se puede entender como el temor a volver a hacer algo indebido tras verificar una incapacidad para apreciar el valor de las acciones. En la novela *La Regenta*, Clarín relata un episodio ocurrido durante la infancia de la protagonista, Ana Ozores, que condicionará el desarrollo de una autoimagen negativa; se trata de la aventura de la barca de Trébol. En una de sus escapadas la niña conoce al que será el único amigo de su infancia, Germán, un niño de doce años que Ana (10 años) convertirá en el héroe de uno de sus poemas. Se citaban a la orilla de la ría y aprovechando que el barquero de Trébol echaba la siesta, subían a la barca imaginando que navegaban por los mares. Una noche se quedaron dormidos en la

barca contándose cuentos. Tras este inocente episodio quisieron persuadir a la niña de que había cometido un gran pecado. Cuando Ana tiene 14 años, resignifica aquella aventura y, asumiendo que el *pecado* del que se le acusaba era cierto, se sumerge en la vergüenza y decide reprimir su espontaneidad.

Mucho después, cuando su inocencia perdió el último velo y pudo ella ver claro, ya estaba muy lejos aquella edad: recordaba vagamente su amistad con el niño de Colondres, sólo distinguía bien el recuerdo, y dudaba, dudaba si había sido culpable de todo aquello que decían. Cuando ya nadie pensaba en tal cosa, pensaba ella todavía, y confundiendo actos inocentes con verdaderas culpas, de todo iba desconfiando (Clarín, 1991, p. 72).

Pero, ¿cómo se produce este cambio? El hecho es que de un “mismo suceso” podemos generar diferentes caracterizaciones de uno mismo o de los demás según las atribuciones de sentido, significado y valor que manejemos. Una mirada diferente asignada por una persona significativa (familia, amigos, pareja...), o una nueva valoración tras la adquisición de nuevos conocimientos, experiencias..., pueden cambiar el sentido de los sucesos y acontecimientos. Watzlawick (1992, 1995) diferencia dos clases de realidades: *realidad de primer orden* y *realidad de segundo orden*. La primera se refiere a las propiedades físicas de los objetos que nos transmiten nuestros órganos sensoriales, la segunda se refiere a la atribución de sentido, significado y valor que conferimos a las percepciones. Los objetos son, para el sujeto, poliedros simbólicos que darán lugar a significados múltiples, a veces incluso irreconciliables, dependiendo de la interpretación que se les otorga. El tablero sobre el que juego al ajedrez es de madera de roble con decoraciones árabes color lapislázuli, pero los recuerdos que me trae de mi infancia y el valor sentimental que le confiero depende de mis atribuciones, de mi historia vital. Se trata de una distinción análoga a la que establece Castilla del Pino (1998, 2000) entre *denotación* y *connotación* (interpretación). La apreciación de que ahí hay un cuchillo, sobre la mesa, es una denotación (susceptible de ser probada o refutada); la pregunta, por ejemplo, de “por qué” el cuchillo está ahí es una connotación de aquello denotado, es decir, un juego de interpretaciones más o menos verosímiles que hacemos del denotado mismo. La interpretación de un denotado es el significado de que lo doto. “Pero mi interpretación *no es* la interpretación de la intención con que se puso el cuchillo, y *si lo es no podría probarla*” (Castilla del Pino, 1998, p. 137). Sólo los denotativos pueden ser probados o refutados (rige el *principio de verificación*), no así los connotativos (que serán más o menos verosímiles). Así, se puede probar o refutar la conducta y sus efectos, no así la índole de la intención que la guía, pues pertenece al espacio íntimo. La intencionalidad nunca se prueba, se presume.

Adriana tiene 21 años, soltera, nació en Argentina pero vive en España con su familia desde los 3 años. Acude a Salud Mental derivada por su médico de atención primaria con la queja de ser una chica insegura, con un gran miedo al fracaso. Estos rasgos se manifiestan firmemente a la hora de afrontar sus estudios, en sus relaciones interpersonales y en sus constantes

comparaciones. Fueron necesarias muchas consultas para que finalmente se decidiese a contar, según sus propias palabras: “algo que desde niña me viene constantemente a la cabeza”. Cuando tenía 7 años, un amigo le invitó a jugar a su casa imitando lo que hacían los actores de las películas pornográficas que sus padres tenían en casa. Cumpliendo con los requisitos de un buen cristiano, según la concepción de unos padres muy religiosos, Adriana, confesó este hecho al sacerdote, quien se horrorizó de lo sucedido. Como para los padres de Adriana hablar de sexo es pecado, procurando no mancharse la boca con “palabras sucias”, ella nunca contó a nadie lo que había pasado. Por este motivo vivió durante mucho tiempo con la preocupación de haberse quedado embarazada hasta que se enteró de que para eso “hacía falta algo más”. Lo que si permaneció hasta el presente es la duda de si aquello que había hecho era algo tan terrible como le había dicho el cura, o si por el contrario era algo normal. Al decidirse a contarlo en consulta se pudo plantear que aquello que para ella en su momento no era más que un juego de niños, nunca hubiese dejado de serlo si nadie le hubiese puesto una penitencia por ello.

Pero también puede ocurrir al contrario: lo que en el pasado puede ser visto como problema o fuente de malestar, posteriormente, con una nueva mirada, puede ser reevaluado como algo neutro o positivo. En la tradición interaccional de la terapia breve del *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto se denomina *reencuadre* o *reestructuración (reframing)* a la tarea de cambiar el marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los “hechos” correspondientes a la misma situación igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992). Lo que cambia en la reestructuración no son los hechos (realidad de primer orden) sino el sentido atribuido a los mismos (realidad de segundo orden).

Verónica, de 31 años, acude derivada por su médico de atención primaria por quejas ansioso-depresivas de un año de evolución. Desde entonces toma medicación ansiolítica sin mejoría por lo que solicita ayuda psicoterapéutica. En el análisis sobre el origen de sus quejas informa que hace un año falleció la pareja de su hermana menor de un cáncer de páncreas que la sumergió en un proceso de duelo muy doloroso. Verónica se centró en cuidar de su hermana hasta que ocurrió “lo que nunca podría haber imaginado”; a los pocos meses, su pareja decidió dejar la relación alegando que no pasaban suficiente tiempo juntos. Si bien no es su primera separación afectiva, pues hace años dejó ella una relación y no le costó recuperarse, le cuesta asumir ésta separación porque siente que la pérdida es por “culpa” suya. Se reprocha no haberle prestado la suficiente atención que merecía, y considera hasta cierto punto “lógica” su decisión de dejarlo. El solo hecho de recordarlo le sumerge en la tristeza y el llanto

constantes. Sumergida ya en una profunda tristeza en la que no faltan los autorreproches descubre a través de su mejor amiga que su ex-pareja está ahora saliendo con otra chica. Esta nueva información le alivia paradójicamente porque piensa que “si nada más dejar la relación conmigo ya está con otra es porque no debía ser una buena pareja”. Descubre que repetirse en voz alta este pensamiento es como hacer terapia consigo misma. Ahora no se reprocha no haberse dado cuenta ni haber desperdiciado su tiempo con quién, bajo esta nueva luz, no podía merecer la pena; sencillamente, se deja llevar por el alivio que supone saber que la separación ya no puede ser solo “culpa” suya sino también de él. Así, con la carga compartida el dolor es más liviano.

6. “De todos modos te sentirás culpable”: el dilema de la decisión imposible.

La cotidianidad de la vida tiene muchas situaciones en que decidamos lo que decidamos inevitablemente enfrentaremos sucesos indeseados. No existe la alternativa donde solo existan ventajas y ninguna desventaja. No ser consciente de esto puede llevar a la parálisis del individuo o a enfrentar culpas por situaciones que de todos modos iban a tener un desenlace negativo. Entre las situaciones que se asocian especialmente al dilema de la decisión imposible destacan el abuso sexual y la violencia dentro de la pareja. ¿Qué hacer? Mantenerse dentro de una relación con violencia es exponerse al peligro, pero salir puede enfrentar a la persona a la culpa. La terapia en estos casos se dirige a poner al descubierto la trampa de que, mal que pese, no existe una opción correcta esperando ahí afuera a ser descubierta. Para atravesar este dilema se podría utilizar una *hoja de balance decisional* (Miller y Rollnick, 1999). Se pide a la persona que escriba en diferentes columnas, cada una de las opciones disponibles en el contexto de origen de la culpa. A continuación, en dos filas, cuáles serían las ventajas e inconvenientes de cada una de estas opciones. El trabajo terapéutico consistirá en reconocer que no hay solución buena, sino mejores o peores, y que la solución menos mala es la mejor (Pérez-Sales, 2006).

7. La culpa en víctimas de violencia: cuando la ofensa muta en culpabilidad.

No es infrecuente que el superviviente de un episodio de violencia física o sexual (violación, maltrato físico en la pareja, etc.) sienta culpa y/o vergüenza por lo que le han hecho. En efecto, muchas mujeres víctimas de agresión sexual o maltrato físico realizan una atribución interna de responsabilidad (*me lo merezco*), experimentando intensos sentimientos de rabia, tristeza y culpa. Existen estudios que encuentran relación entre autoinculpación y depresión en mujeres que sufren maltrato de sus parejas (Polo, López, Olivares y cols., 2006). La autoinculpación remite al hecho de creer que uno ha cometido un error: 1) no haber adoptado medidas preventivas, por ejemplo, *no haber sido suficientemente precavida*, 2) no haber reaccionado de forma “adecuada”, por ejemplo, *no haber podido oponer suficiente resistencia*, o 3) haber contribuido intencionalmente a lo sucedido, por

ejemplo, *he debido de provocarle sin querer*. Esta *culpa acusatoria* (Pérez-Sales, 2006) se acompaña de un cuestionamiento global de la autoimagen con la consiguiente devaluación de la autoestima. Pero, ¿cómo es posible culparse de *haber sido agredida o violada*? ¿Cuál es la lógica de la culpa acusatoria? En parte, la autoinculpación es inducida socialmente. En la actualidad, lamentablemente, no pocas personas siguen considerando a la víctima de una agresión sexual como *provocadora* de la agresión (*algo habrá hecho para que la hayan violado o abusado*). Esta situación se agrava cuando los mensajes de censura provienen de personas significativas (familia, amigos, pareja, etc.). Según estudios recientes, haber sufrido abuso infantil parece que predispone a la autoatribución de responsabilidad en mujeres adultas que sufren maltrato (Polo, López, Olivares y cols., 2006). De acuerdo con la teoría de Weiner (1985), la internalidad (atribuir los éxitos o fracasos a los méritos o deméritos propios) suele relacionarse con la dimensión de control sobre la propia conducta, mientras que la externalidad (atribuirlo al azar o a las circunstancias) puede contribuir a la indefensión. Entre los factores de riesgo para la autoinculpación ante un acontecimiento traumático destaca el estilo atribucional interno basado en la tendencia a asumir la presunción de control y la responsabilidad por las cosas que ocurren alrededor. Desde esta perspectiva, el pesar de la culpa podría entenderse como el precio que se paga por el intento de mantener la sensación de control sobre la propia vida, pues la idea de una fatalidad arbitraria del destino sumergiría a la persona en el abismo de la indefensión. A través de la culpa parecería que la persona pretende responsabilizarse de todo lo sucedido, lo que la convertiría en dueño absoluto del devenir. Pero también podría entenderse que la atribución interna sea la mejor *opción* disponible en el contexto en que suceden los hechos. Según la teoría del trauma de la traición (Freyd, 2003), en determinadas situaciones, las traiciones sufridas exigen cierta *ceguera para la traición*, esto es, que la persona agredida no es consciente o no recuerda la traición. En este sentido Cyrulnik (2011) diferencia entre agresión sexual y abuso sexual: mientras en la agresión, es la violencia la que se impregna en la memoria y facilita el trastorno de estrés postraumático, en el abuso es la traición la que silencia a la víctima y la predispone a la vergüenza. La traición parental, la falta de protección de las personas de las que dependemos para sobrevivir, auguran más trastornos psicológicos que la propia agresión. La traición sería una violación de la confianza implícita o explícita. En cierto modo, todas las formas de abuso son violaciones de los límites físicos, sexuales, psicológicos. Cuanto más importante sea la relación, mayor será el grado de la traición. La traición importante es traumática. Aquello que resulta traumático para los seres humanos supone cierto grado de traición (Freyd, 2003). En cierta clase de situaciones abusivas contra niños, escapar o denunciar no es una opción viable. En este caso, puede ser necesario olvidar lo sucedido en beneficio del objetivo superior de sobrevivir. Un niño o una niña que acusa a sus padres se arriesga a ofenderlos aún más y, en consecuencia, corre el peligro de someterse a mayores abusos. En situaciones como esta, la *ceguera* hacia la traición

es una estrategia que sirve a la supervivencia. Saber es ponerse en peligro; no saber es alienarse con el cuidador pero pone a salvo la supervivencia. Es más fácil (menos peligroso) dirigir la rabia contra uno mismo que contra el agresor. O como señaló Fairbairn en 1952: “Es mejor ser pecador en un mundo gobernado por Dios, que vivir en un mundo regido por el Diablo”. Liotti (2004, en A. Vetere y R. Dallos, 2012) explica que, en una situación de abuso por parte de los padres, por ejemplo, cuando el padre o la madre infligen abusos físicos o sexuales, el niño/a puede enfrentar un dilema irresoluble: ante el peligro, se dirige a la figura de apego en busca de seguridad y consuelo, pero a la vez se encuentra en una situación difícil en tanto que la misma figura de apego es causa del peligro. La situación de este niño/a se puede resumir como un intento de eliminar los recuerdos de los malos tratos sufridos a manos de sus padres, por ejemplo, mediante la disociación o la amnesia. Esto le ayudaría a mantener, o al menos intentar mantener, la necesidad de apego a sus padres. Al mismo tiempo, para protegerse de ulteriores abusos, también trataría de negar su necesidad de apego. La figura de apego se convierte en una paradoja vital, imposible de resolver para el niño: de quién se espera que sea fuente de seguridad, se convierte en fuente de su temor (Barudy y Dantagnan, 2005). Otra operación psicológica para mantener la relación con el cuidador y dar sentido al maltrato recibido por parte de los padres consiste en creer que la agresión se debe a que hay algo malo en uno mismo, que de alguna manera uno es merecedor/a de castigo. En definitiva, para el niño/a indefenso, conservar una mala relación por penosa que resulte puede ser preferible a no tener ninguna.

En la edad adulta la víctima puede tomar diferentes caminos ante el dolor y la injusticia sufrida. En el texto *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica*, Freud (1974) estudia el carácter de algunas personas que, a raíz de alguna enfermedad o trauma padecidos durante la infancia, se creen exentos de los sacrificios que afectan al resto de mortales. Ya han sufrido suficiente –se dicen– como para someterse a ninguna privación. Desarrollan una especie de “neurosis de indemnización”; se consideran a sí mismos víctimas y reclaman gratificaciones compensatorias. El hecho de haber sufrido injustamente les sirve como racionalización de su conducta a la que otorgan el sentido de una legítima venganza. Por esta vía, los papeles de víctima y perseguidor pueden fácilmente intercambiarse eludiendo la culpa. El problema aquí, es que, si basta con ser víctima para tener razón, todo el mundo trabajará para ocupar esa posición ganadora. En esta línea, y para crear ante sí y ante los demás la coartada que “legítima” la acción indebida, uno puede incluso llegar a someterse pasivamente a situaciones de agresión, como hace Emma Zunz en el cuento de Borges *El Aleph*. El cuento puede ser resumido así: Emma Zunz recibe una carta, notificándole la muerte de su padre, que se suicidó por la depresión originada por la acusación falsaria de defalcación hecha por el verdadero autor, un tal Loewenthal. Emma Zunz decide vengarse de Loewenthal matándolo. Para evitar la justicia trama lo siguiente: se deja violar antes por un marinero desconocido, para así, dar mayor verosimilitud al falso motivo para el homicidio.

8. Culpa y género.

Diferentes estudios apuntan a que las mujeres tienden a sentir más culpa que los hombres en diversos ámbitos (Etxebarria, 1999, 2006). El género está conectado al problema de la culpa, pero, sobre todo, a la subjetividad y a la identidad. Los roles asignados tradicionalmente a la mujer inciden en la vulnerabilidad de éstas a experimentar más culpa que los hombres. Por ejemplo, la creencia de que las mujeres deben ocuparse y cuidar de los demás sin derecho a recibir el mismo trato a cambio hace de caldo de cultivo para la culpa cuando se aspira a un trato más respetuoso o cuando se decide romper una relación abusiva. En nuestra opinión, muchas mujeres viven atrapadas en un falso dilema: cuidar al otro *versus* cuidar de sí mismo; y en esta disyuntiva, donde se implican opositivamente el “egoísmo” y el “altruismo”, parecería que el problema de la mujer radica en su incapacidad para cuidarse a sí misma, de ser “más egoísta”. En este sentido, muchas propuestas psicoterapéuticas hacen énfasis en que la mujer se dedique más a sí misma y menos a los demás. Si bien estamos de acuerdo en la necesidad del autocuidado (necesario, por otro lado, para el bienestar de cualquier persona), pensamos que los problemas de las mujeres no radican exclusivamente en el conflicto psicológico individual: “cuidar al otro *versus* cuidar de uno mismo” sino en realidades sociohistóricamente construidas (ideología patriarcal....) que son también raíz de la dificultad de muchos hombres para cuidar y hacerse cargo de necesidades ajenas. Y es que, si tanto hombres como mujeres sólo se dedicaran a sí mismos, siguiendo así un cálculo egoísta, el mundo sería inhabitable. La conciliación entre el autocuidado y el heterocuidado recíprocos son esenciales para el bienestar psicológico de hombres y mujeres. En nuestra opinión, la terapia ha de hacer visible y cuestionar las *creencias*, en el sentido de Ortega (Ortega, 1977), que sostienen normas y patrones de interacción que favorecen la culpa y vergüenza disfuncionales. En este sentido, la perspectiva de género es esencial para comprender y trabajar los conflictos morales ligados a la culpa en la mujer.

Esperanza, de 50 años, trabaja en el sector de la limpieza. Acude a consulta acompañando a su marido Mario, quién ha sido remitido por el médico de atención primaria para ayuda psicoterapéutica tras el fallecimiento de un hijo común. En la primera entrevista Esperanza cuenta que su marido la abandonó a ella y a sus dos hijos (un chico y una chica) por otra mujer mucho más joven hace ya varios años. Hace dos años murió en accidente de tráfico el hijo de ambos. Mario entró en un proceso de duelo que se está complicando por intensos sentimientos de culpa (la separación, no haber estado allí...). En esta situación, la amante, incapaz de ayudar a Mario, decide dejar la relación y éste queda sólo y sin saber cuidar de sí mismo. Esperanza y la hija sienten lástima de verlo así. Al verlo tan desamparado, Esperanza dice que siente culpa si no lo ayuda ya que piensa que no podrá afrontar la vida sin el cuidado de una mujer. Sólo pensar en no ayudarlo le hace sentir “mala persona”. A pesar de haber sido abandonada y

rechazada, Esperanza se traga el dolor y decide darle una segunda oportunidad, aunque probablemente haya una tercera...

3. EL TRABAJO DE LA CULPA

El término *trabajo de la culpa* está tomado y es análogo al de *trabajo del odio* (Castilla del Pino, 2000), que a su vez remite al concepto de *trabajo* que usa Freud cuando habla de *trabajo del sueño*, *trabajo de duelo* o *trabajo de la neurosis*. El trabajo del odio describe los procesos diversos de la relación del sujeto que odia con el objeto odiado, consistente en toda la serie de secuencias que van desde el deseo de destrucción a la destrucción en forma de acciones varias, desde la estrictamente material del objeto hasta la de la imagen o reputación. Del mismo modo, con el término *trabajo de la culpa* pretendemos describir la dinámica de la relación del sujeto de la culpa con la norma transgredida y con el sujeto receptor de la acción indebida. Consiste en la secuencia de procesos y estrategias que van desde la acción que transgrede la norma o acción ligada al daño hasta la reparación, pasando por el pesar, el arrepentimiento, la petición de perdón y el restablecimiento de la relación originaria. Pero también, en la dirección opuesta; la secuencia que va desde la transgresión o daño recibido, pasando por el rencor, el resentimiento o el deseo de venganza, hasta la reconciliación a través del perdón dado. Con el término *trabajo de la culpa* planteamos una concepción activa y constructivista del sujeto de la culpa. Lo que se sugiere es que la experiencia psicológica de la culpa, en sí misma, puede estar poblada de elecciones y de acciones. La persona que enfrenta la culpa puede escoger entre diferentes caminos o posibilidades de afrontamiento en un proceso de elaboración continua. Lejos de constituir una reacción pasiva en que la culpa golpea al sujeto, nuestra concepción defiende un papel activo del sujeto en la génesis y resolución de problemas psicológicos. ¿Cuál es el trabajo de la culpa por lo que respecta al sujeto que siente culpa en su relación consigo mismo y con el otro? El trabajo de la culpa es un proceso por el que quien lo realiza es capaz de reparar en lo hecho para reparar lo hecho y así estar en condiciones de evitar futuros errores. Este procedimiento integraría cuatro elementos: 1) reparar en lo hecho como hecho indebido, 2) utilizar el pesar asociado a la culpa como oportunidad de aprendizaje, 3) reparar el daño y/o evitar daños futuros, y 4) reconstruir el significado de la experiencia culpógena de un modo que haga posible integrarla en la propia biografía y permita continuar adelante *con* lo ocurrido, en el mejor de los casos, *a pesar de*, en el peor.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

De acuerdo con Esteban Ezama (2012), la psicoterapia es una actividad conjunta en la que una o varias personas (que llamaremos *consultantes*) hablan con un terapeuta a propósito de algo que sucede en sus vidas y que, de acuerdo con sus valores y preferencias, les resulta intolerable. Esto que sucede en sus vidas y que les resulta intolerable son los *motivos de queja*. La psicoterapia no es algo que *se le hace*

al consultante como si fuera un objeto físico, sino que *hace* el consultante con ayuda del terapeuta. La psicoterapia no se recibe como quién recibe un electroshock, una lobotomía o una inyección de insulina (García-Haro y Fernández-Briz, 2014). En este sentido, Villegas (2013) plantea re-construir la psicoterapia como una relación de colaboración mutua, rompiendo con una expectativa inicial de posicionarse como un organismo pasivo, dispuesto a llevar a cabo las acciones que se le indiquen para la mejora sintomática.

Las prácticas históricas asociadas a las nociones de culpa, perdón y reparación se han secularizado formando parte de los problemas de la vida diaria, y penetrando por tanto, en los escenarios de la clínica y la práctica psicoterapéutica. Nuestro punto de partida es que muchos de los motivos de queja que traen las personas a terapia podrían entenderse como expresión de conflictos valorativos o transgresiones normativas (morales) ligadas a sensaciones de culpabilidad. Para escapar de la culpa y sus efectos las personas empleamos, consciente o inconscientemente, diferentes estrategias, llámesele de afrontamiento, procesos defensivos,... Dependiendo de cuáles sean y de sus interacciones con las que emprendan los demás podrán aparecer diferentes manifestaciones clínicas, tales como angustia, irritabilidad, trastornos del sueño (pesadillas, insomnio), depresión, rituales obsesivos, alcoholismo, delirios de persecución y de sufrir perjuicios, que a su vez, serán enfrentadas por nuevas estrategias.

La culpa como queja raramente constituye un motivo de consulta, al menos por dos razones: 1) los consultantes no suelen admitir espontáneamente que se sienten culpables con la misma facilidad con que comunican sentirse angustiados o deprimidos, y 2) se requiere cierta capacidad de elaboración psicológica para poner en relación una vivencia de culpa irresuelta con las manifestaciones clínicas. Los conflictos valorativos o transgresiones normativas (morales) asociados a la culpa son rápida y eficazmente ocultados para evitar la desestima que acontece tras la concienciación de la culpa. El terapeuta ha de indagar acerca de la posibilidad de que las quejas puedan remitir a *núcleos culpógenos* (bucles de gestión disfuncional de la culpa). Pero que durante la conversación psicoterapéutica podamos detectar un tema de culpa, y que éste es relevante para entender la expresión de la queja, no quiere decir que necesariamente debemos señalarlo, ni que debemos convertir la culpa en foco de trabajo. Antes conviene reflexionar prudentemente, con responsabilidad profesional, acerca de las ventajas e inconvenientes de iniciar un trabajo centrado en la culpa (relación entre clínica-culpa, relación terapéutica segura, expectativas de beneficio con dicho trabajo), pues es preferible la abstención y/o aplazamiento terapéutico, al riesgo de actualizar el dolor y reabrir una herida que pudiera estar cerrando. En este sentido, conviene señalar que trabajar la culpa cuando hay responsabilidad real en el daño (el superviviente que conducía borracho, el familiar que cometió una negligencia clara en el cuidado del niño...) es cuando menos una aventura terapéutica arriesgada. Una vez que se ha establecido la culpa como foco del trabajo psicoterapéutico, conviene decidir con quiénes

vamos a trabajar: víctima, adulto no protector, adulto agresor, o cualquier combinación de los anteriores.

Nuestra concepción psicológica de la culpa no remite a una estructura antropológica universal, eterna, sino que es el resultado de un proceso histórico que es una verdadera construcción sociohistórica, pero no de la única realidad posible. En este sentido, la propuesta de trabajo que aquí presentamos no pretende funcionar universalmente, según una esencia o constante psicológica de la culpa, sino que está mediatizada, y al mismo tiempo constituida por prácticas históricas de todo tipo (religiosas, morales, jurídicas, científicas) imposibles de eliminar. Nuestra propuesta terapéutica integra las siguientes dimensiones: 1) la experiencia fenomenológica-subjetiva de la culpa, 2) las modalidades estratégicas de afrontamiento, y 3) la (re)construcción de significados-narrativas; entendiendo que la pragmática de la acción y la construcción de significados están dialécticamente relacionados. Siguiendo la tradición de la terapia sistémica breve y estratégica (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Nardone y Balbi, 2009; Nardone y De Santis, 2012; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992), la tarea del terapeuta consiste en revisar las estrategias en curso para bloquear aquellas que están alimentando el problema y, si es posible, proponer estrategias alternativas y funcionales que permitan la solución. Por otro lado, el enfoque narrativo en terapia familiar (White y Epston, 1993), trataría de ayudar a reconstruir una narrativa alternativa de la propia vida que permita continuar adelante integrando lo sucedido. De acuerdo con White y Epston:

En su esfuerzo de dar un sentido a su vida, las personas se enfrentan con la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. Las experiencias específicas de sucesos del pasado y del presente, y aquellas que se prevé ocurrirán en el futuro, deben estar conectadas entre sí en una secuencia lineal, para que la narración pueda desarrollarse. Se puede decir que esta narración es un relato, o una autonarración. El éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores (White y Epston, 1993, p. 27).

En base a este marco teórico integrador hemos organizado una propuesta de intervención terapéutica que esperamos resulte coherente con todo lo expuesto, pero sobre todo, que resulte de utilidad para la práctica psicoterapéutica. Consta de las siguientes etapas:

1. Contemplar y remitir las diferentes manifestaciones clínicas como aspectos de modalidades disfuncionales de afrontamiento ante la culpa. Desde este punto de vista, se asume que las quejas que traen las personas a terapia derivan o constituyen cierto manejo de la culpa, y remiten a escenas reales de vida en que suceden o sucedieron los acontecimientos generadores de sentimientos de culpa.

2. Co-construir el contexto social y la lógica de la culpa desde una perspectiva *emic* (es decir, adoptando el punto de vista del consultante): buscar de qué y en base a qué se culpa. En efecto, el trabajo terapéutico con la culpa ha de partir siempre del análisis biográfico-contextual y de la lógica narrativa del consultante. El terapeuta invita a narrar pormenorizadamente el suceso en que se inscribe la culpa, centrándose más en las emociones que en los hechos. Luego se trata de buscar-construir conjuntamente la norma transgredida que pueda dar sentido a la vivencia de culpa. Esto conllevará, generalmente, el análisis de normas familiares y su grado de asunción personal. La norma o valor transgredido puede ser explícito o implícito, social o personal. No tiene porque existir una coincidencia entre el receptor del daño u ofensa y el referente que se constituye como acusador simbólico (Pérez-Sales, 2006).

Pérez-Sales propone la siguiente tarea de reflexión sobre el sistema de normas:

1. Intente recapitular, como experiencia personal, las normas infantiles más frecuentemente repetidas en su entorno que recuerde.
2. Intente evaluar el grado de influencia que estas normas han tenido sobre usted a partir de los 20 años.
3. *Intente decidir si, en la actualidad, está de acuerdo o no con las normas que recibió* (Pérez-Sales, 2006, p. 364).

3. Revisar conjuntamente la pragmática de las estrategias en curso y sus consecuencias e intentar sustituir las modalidades estratégicas disfuncionales por otras alternativas que sean más útiles (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Nardone y Balbi, 2009; Nardone y De Santis, 2012; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992). Para ello la terapeuta hará preguntas orientadas a anular los dilemas y paradojas sin salida que alimentan la culpa. A continuación se enumeran unas tareas terapéuticas que pretenden desbloquear el *circulo vicioso* de interacción entre intentos de solución fracasados y persistencia del problema, abriendo el camino a alternativas que ayuden a seguir adelante con la vida. Se pueden utilizar otras tareas que se inventen, siempre que ayuden a alcanzar el objetivo. Estas tareas tienen como referencia principal la propuesta terapéutica de Pérez-Sales:

Tareas terapéuticas en el trabajo con la culpa:

1. **Explicitar la culpa.**
2. **Buscar conjuntamente el ojo simbólico acusador: la metáfora del ojo acusador.**
3. **Buscar conjuntamente la norma transgredida.** Análisis de las normas familiares infantiles de figuras relevantes en periodos críticos de la vida y el contexto social de la culpa.
4. **Explorar conjuntamente la posibilidad de la ambivalencia hacia el referente simbólico de la misma.** Reconstruir históricamente la rela-

ción con esa figura, referente simbólica de la culpa. El uso aquí de recursos analógicos como fotos puede ser de gran ayuda.

- 5. Explicitar conjuntamente el punto de ruptura.**
 - 6. Analizar conjuntamente la percepción de responsabilidad de la persona respecto al hecho.**
 - 7. Analizar conjuntamente la percepción de intencionalidad de la persona y la relevancia de la misma en la culpa.** *¿Considera usted que lo que pasó fue por casualidad o que en el fondo usted tenía alguna intención (deseo) de que pasara? ¿Alguna vez se ha llegado a preguntar eso?* (Pérez-Sales, 2006, p. 417). En nuestra opinión, esta pregunta no sólo no resultaría apropiada para la situación de la culpa en la víctima sino que tiene el riesgo de llevar a un cuestionamiento aún mayor de la identidad o autoimagen de la persona.
 - 8. Analizar conjuntamente el nivel en que lo ocurrido cuestiona la autoimagen o la imagen que uno proyecta de sí a los demás.**
- Elaborado a partir de Pérez-Sales (2006).**

Utilizamos el término *tareas* para significar una actitud más activa y constructiva por parte del sujeto en el proceso de elaboración de la culpa. El trabajo terapéutico con estas tareas no tiene por qué seguir un orden secuencial ni tampoco son tareas mutuamente excluyentes sino que el terapeuta las ha de adaptar a las particularidades de cada caso. Así pues, habrá ocasiones en que sea necesario trabajar todas las tareas, mientras que en otras se trabajará solamente alguna. Por otro lado, mediante estas tareas terapéuticas se pretende reabrir el proceso de elaboración de la culpa, buscar nuevas soluciones, más que cerrar definitivamente la herida de la culpa. El trabajo de la culpa no es un proceso sencillo y el intento de buscar atajos puede llevar a cometer solemnes desaguisados, o a complicaciones inesperadas en el mejor de los casos.

Tareas en el trabajo terapéutico con la culpa desde nuestra propuesta:

- 1. Explicitar la culpa y “abrirse al dolor”.**
- 2. Explorar la posibilidad de asumir o sopesar la responsabilidad en el hecho ocurrido.**
- 3. Explorar la funcionalidad.**
- 4. Explorar la posibilidad de la reparación.**
- 5. Explorar la posibilidad del perdón.**

1. Explicitar la culpa y “abrirse al dolor”.

Esta tarea está especialmente indicada cuando la persona niega, oculta o intenta olvidar lo ocurrido. Si bien el consultante tiene derecho a guardar su secreto, narrar la historia, la trama de la culpa, es imprescindible en el proceso de ayuda.

Aquí, la respuesta del contexto en su interacción con la víctima, y fundamentalmente la de sus figuras significativas es clave: una reacción represiva y negadora tiende a retraumatizar, mientras que una respuesta de comprensión y apoyo sienta las bases para construir una nueva narrativa sobre uno mismo, diferente a la consideración de ser una persona indigna o no merecedora de cariño, que ayude a salir adelante. En la victimización que se produce a lo largo del tiempo, como en la violencia de género en la pareja o el abuso sexual intrafamiliar, suele darse una imposición del secreto por parte del victimario y una insidiosa culpabilización de la víctima. El tema del abuso sexual tradicionalmente ha sido negado u ocultado no solo por las familias donde se produce sino también por la sociedad y por los profesionales de la salud mental. Un ejemplo paradigmático es Freud y su renuncia a la teoría de la seducción (Moussaieff, 1985). Un objetivo terapéutico en situaciones de agresión o abuso sexual es ayudar a la víctima a romper el muro de silencio, a salir del secreto. Esto supone en primer lugar convertir la relación terapéutica en una base segura, en el sentido de Bowlby (1997, 1999, 2001). Hay que tratar el tema sin minimizar pero tampoco sin forzar a entrar en detalles si no se está dispuesto a ello. Sobre todo hay que respetar el ritmo del consultante, pues es preferible el aplazamiento terapéutico al abandono. La opción de guardar silencio puede obedecer a diferentes razones: miedo a la crítica por quién escucha, miedo al estigma y al rechazo social, miedo a perder la imagen que se tiene, miedo a la amenaza o a la agresión real, y miedo a perjudicar a un tercero implicado, o evitar la traición a alguien significativo. Sin embargo, no es infrecuente que las personas que han cargado con un secreto durante toda su vida, se sorprendan de la aceptación que reciben por parte de los demás cuando se deciden a contarlo. La aceptación permite una primera reestructuración del secreto. Por tanto, hay que ayudar a la persona a revelar los hechos a un adulto de confianza que pueda hacerse cargo de la situación y proteger a la víctima.

En segundo lugar, hay que trabajar con la respuesta emocional que aparece tras la revelación. Hay que ayudar a la persona a reprocesar emocionalmente la experiencia abusiva, pues la única forma de salir de la herida del trauma es pasar por ella. En cierto modo, en el intento de atravesar la vida sin sentir dolor, nos negamos la oportunidad de cambiar aquello que nos hace sufrir. Utilizamos el término “abrirse al dolor” en el mismo sentido que lo hace Neimeyer (2007) para el duelo. Abrirse al dolor significa aceptar y experimentar los sentimientos, pensamientos y recuerdos que surjan de manera que se pueda llegar a vivir una vida distinta. Una vez que la persona ha decidido abrir la caja de Pandora, se enfrentará, inevitablemente, a un torbellino de sentimientos caleidoscópicos negativos (culpa, vergüenza, rabia, venganza, traición, indefensión,...) ante el cual cabe una de estas dos opciones extremas: intentar suprimir o silenciar los recuerdos traumáticos y emociones, porque tolerarlos produce mucho dolor; o concentrarse en ellos de forma obsesiva quedando el sujeto abrumado por el sufrimiento. Ambas opciones son igualmente contraproducentes. Intentar suprimir los sentimientos puede complicar aún más la situación (*paradoja del control que hace perder el control*);

centrarse en la respuesta emocional, repasando circularmente lo sucedido, puede ser como mirar fijamente al sol: puede lastimarnos los ojos si no retiramos la mirada. Frente a lo anterior, la terapeuta ayuda a aceptar el dolor tal y como viene, sin levantar diques defensivos frente a él, y a continuar adelante con las metas y valores de la persona.

Finalmente se trataría de elaborar la culpa disipando las posibles connotaciones de provocación que pudiera albergar la víctima (inducidos o no por el ofensor), y subrayar que ésta no fue responsable por los actos del agresor, y que en ese momento de su vida no tuvo más alternativa para protegerse que actuar como lo hizo. En la víctima de un trauma hay un peculiar conflicto: por un lado, tiene necesidad de autorreconocerse una integridad independiente de la violencia sufrida y de darse una confirmación del origen extrínseco del sufrimiento del que es portadora, como para afirmar que el problema no es en el fondo suyo, sino de quién injustamente se lo ha causado (Malacrea, 2011). En este sentido, la terapeuta ha de ayudar a pasar de la culpa al reconocimiento de la injusticia sufrida. Se trataría de conseguir externalizar la culpa situándola en el agresor, que es el único responsable del suceso, soltando así las amarras de la vergüenza. De acuerdo con Barudy y Dantagnan (2005), el reconocimiento de la injusticia es uno de los factores de resiliencia más importantes para cualquier persona, especialmente para niños y niñas víctimas de malos tratos. Posteriormente se trataría de abrir la posibilidad de construir una nueva narrativa, no dictada por la violencia sufrida que permita reorientar la vida. Hay que devolver la capacidad de decisión al sujeto, hacer que se vea con un papel activo y responsable en la construcción de su vida y como co-terapeuta de su proceso de recuperación. Quizás la terapeuta señale que cuando a la gente le suceden cosas muy malas, desarrollan una especial compasión que les elevan a un nivel existencial más elevado (Madanes, 1993). Así, se ha constatado que ciertas culpas se asocian a actitudes positivas hacia otras personas, no sólo en favor de la víctima, por lo que también podría servir a cierta *autocorrección moral* (Etxebarria, 1999, 2006). Puede discutirse que la motivación del sujeto al realizar tales conductas sea altruista, y que en la base se halle la necesidad de aliviarse del pesar de la culpa, reconstruir la propia autoestima, recuperar el aprecio de los otros o cualquier otra motivación más o menos egoísta, lo cual no resta interés a la paradoja de que la culpa, como emoción que surge de una transgresión moral, puede actuar subsiguientemente como un motivo prosocial, moral (Etxebarria, 1999).

Puede que la persona que ha sufrido la injusticia haya tratado de mantener al abusador como culpable de que su vida se volviera una calamidad sin reparar en que tiene recursos para salir adelante, incluso con una historia de abuso. Puede parecer que se deja al abusador libre de cargos si la vida prospera sin que esa persona admita su culpa o sin que experimente un daño parecido. Quizás sea así, pero quedarse en el dolor de la ofensa puede ser una manera injusta de sacrificar la vida que uno quiere tener a causa de los inútiles intentos de regular el dolor emocional.

Con frecuencia es necesario elaborar la relación víctima-victimario, especial-

mente cuando el victimario es un familiar o alguien con quién se sigue manteniendo una relación de convivencia. En este último caso, la prioridad radica en garantizar la seguridad de la víctima y de otras posibles víctimas. Para ello conviene establecer un plan de acción para evitar que vuelva a ocurrir lo sucedido. Es difícil perdonar sin entender el comportamiento del agresor, aunque entender no siempre lleve al perdón. Por ello una tarea es ayudar a elaborar una narrativa que permita entender el comportamiento inadecuado del agresor (por ejemplo, ponerlo en relación con su historia personal de víctima). El uso de *cartas curativas* (Beyebach y Herrero, 2010) dirigidas a la persona que maltrató o abusó puede resultar aquí también de gran ayuda. Escribir una carta puede constituir un ejercicio de limpieza y ratifica la visión que uno tiene de la verdad lo cual es una reafirmación de uno mismo. Pero también es importante elaborar la relación víctima-adulto protector. Según Malacrea (2011), esto es particularmente importante en madres de víctimas de incesto que no saben rehabilitarse a los ojos de sus hijas, primero por haber elegido semejante compañero abusador y, luego, por no haber sido suficientemente dignas de confianza por parte de la propia hija para ganarse su intimidad, por no haber sido bastante atentas para percatarse previamente de cuanto ocurría y por haber sido débiles y vacilantes ante los primeros indicios de la revelación permitiendo así que la situación se prolongara. Estas consideraciones culpabilizantes pueden tener como consecuencia una merma en las capacidades parentales: ¿cómo atreverse a imponer ahora algo a una hija, cuando se ha fallado tanto en la relación con ella? Es muy probable que los sentimientos de culpa, de no ser una “buena madre”, de ser una “consentidora”,... se hayan convertido en un buen abono para que la madre haya ido introduciendo progresivamente actitudes de permisividad y excesiva condescendencia como una manera errónea de reparar el daño causado. Pero la condescendencia de la madre puede ser interpretada, paradójicamente, por la víctima como una prueba confirmatoria acerca de su complicidad encubierta con el abusador. De este modo, la relación queda reducida a un patrón de interacción en el que la hija aparece como una víctima que exige venganza y reparación, y la madre como una persona incapaz y condescendiente. Esta pauta, sin duda simplificadora de los muy complejos y variados procesos relacionales que se ponen en marcha en estas situaciones, puede generar ciclos de escalada simétrica que estén a la base de emociones muy dolorosas, por lo que conviene que se aborde terapéuticamente desde una perspectiva sistémica (Jaén y Garrido, 2009).

2. Explorar la posibilidad de asumir o sopesar la responsabilidad personal en el hecho ocurrido.

Dependiendo de la situación de que se trate, se trabajará para que: 1) la persona asuma su parte de responsabilidad (cuando intenta eludir, proyectar o derivar la propia responsabilidad a los demás o a las circunstancias) o, 2) sopesar la responsabilidad personal (cuando éste se considera 100% responsable de lo ocurrido, minimizando la contribución de otros factores). Respecto de lo primero,

el terapeuta ha de tener cuidado de caer en el intento de querer presionar al paciente para que se reconozca responsable de sus actuaciones. Conseguir que la persona asuma su parte de responsabilidad es una tarea extraordinariamente compleja, pues con frecuencia no es un objetivo terapéutico acordado, sino un objetivo buscado por el terapeuta, que dejará pocos resquicios. Respecto a la segunda posibilidad, la tarea de la *tarta de responsabilidad* (Greenberger y Padesky, 1998) puede resultar de gran ayuda.

3. Explorar la funcionalidad de la culpa.

Nunca se acentuará lo suficiente la necesidad de abrir, desde una perspectiva terapéutica, la posibilidad de aprender de los sentimientos de culpa. Se trataría de trabajar en la idea de que la culpa no sólo, o siempre, se puede considerar un error o fracaso personal, sino que puede ser también una oportunidad de cambiar lo que nos perjudica. La culpa puede servir para hacernos más conscientes de nuestro modo de actuar y de las consecuencias de nuestras acciones en el otro, esto es, puede servir para responsabilizarnos acerca de la trascendencia de la decisión-acción y de la vida como quehacer con los demás. Esta es la tesis que defiende Castilla del Pino en su texto *La culpa* (Castilla del Pino, 1991). Por otro lado, en el dolor de la culpa podemos encontrar una guía hacia la exploración de uno mismo: valores, deseos.... Por ejemplo, la culpa se hace realmente difícil ante la pérdida de una persona no significativa. La culpa también puede servir para reparar nuestros errores y evitar lo que no es acorde a nuestros valores. Desde una óptica relacional, el dolor de la culpa regula la necesidad que todos tenemos de que cada cual sea no sólo para sí, sino para los demás. La culpa representaría así una “señal de alarma” que funcionaría cuando se traspasa la frontera del hacer debido con el otro, y, en este sentido, puede ser utilizada constructivamente para el cambio personal, pero sólo si se está dispuesto a “escuchar” el dolor de la culpa.

Imaginemos ahora que la culpa no fuera algo malo en sí mismo, sino una señal de la que podemos aprender; ¿qué te estaría diciendo acerca de ti mismo y de tu manera de funcionar? ¿De qué da testimonio esta culpa acerca de lo que es apreciado para ti? ¿Qué cambios tendrías que hacer ahora para evitar su repetición en el futuro? Se puede sugerir al consultante que reflexione y realice anotaciones en casa sobre el asunto. Preferimos no trabajar esta tarea en víctimas de violencia o abuso por los efectos de culpabilización y retraumatización que puede generar.

Mario tiene 52 años, trabaja en una empresa de lácteos, está casado y vive con su mujer. Acude por indicación de su psiquiatra para recibir ayuda psicoterapéutica tras varios meses de incapacidad para conducir. Refiere que una mañana, mientras conducía como siempre hacia su trabajo, atropelló a una persona y desde entonces no consigue centrarse ni seguir

adelante con su vida. Se queja de que le vienen imágenes del atropello y que ahora conduce dominado por el miedo hasta el punto que ha dejado de conducir tras sufrir una crisis de ansiedad. En el relato de los hechos refiere que sucedió en la ciudad, que iba un poco más rápido de lo que recomienda la normativa, aunque no más que otras veces que iba con retraso, cuando de repente cruzó una persona por un lugar en que no había paso para peatón ocurriendo el referido atropello. Acudió inmediatamente al hospital para interesarse por el estado del accidentado. Afortunadamente no le sucedió nada grave y se recuperó con normalidad. Desde entonces Mario se reprocha no haber ido más despacio pues piensa que de esta manera hubiera reaccionado a tiempo para evitar el atropello, sufre pesadillas sobre el suceso y ha dejado de conducir en la ciudad. La terapia le ayudó a reducir la autocrítica y los niveles de ansiedad, así como a ir retomando poco a poco la actividad de conducir. Si bien consiguió volver a conducir en ciudad, su conducción ahora está dominada por el temor a que se vuelva a repetir lo ocurrido. Refiere que conduce en estado de alerta, vigilante a cualquier reacción inesperada; como si de pronto alguien fuera a saltar en medio su camino. Conduce tan despacio, que, a veces, otros conductores se burlan y le pitan.

4. Explorar la posibilidad de la reparación.

Esta tarea se sugiere cuando la persona asume la responsabilidad de lo hecho. La reparación consiste en la realización de una acción o serie de acciones, intencionalmente dirigidas a compensar el daño o efecto que uno cree haber provocado. La reparación puede ser: 1) directa: acciones dirigidas a compensar a la persona que ha sido ofendida, o 2) simbólica: basada en el valor que subyace a la norma transgredida (como implicarse en causas u organizaciones relacionadas con el hecho generador de culpa). En situaciones donde existe responsabilidad en el daño, ayudar al consultante a buscar algo significativo que pueda hacer para restituir o reparar el daño puede ser de gran ayuda. Por ejemplo, formar parte de una asociación que apoye a personas que han sufrido un hecho relacionado con la acción generadora de culpa, formar parte de una ONG, alertar a otras personas de las consecuencias negativas de los errores cometidos para así evitar su repetición, etc.

5. Explorar la posibilidad del perdón.

Desde la perspectiva del sujeto de la culpa podemos considerar dos posibilidades: 1) trabajar la petición de perdón (cuando la persona asume su responsabilidad), y 2) trabajar el perdón a uno mismo (cuando la persona fracasa intentando gestionar su culpa a través de la expiación y la autopunición). Respecto a la primera, sería necesario evaluar individualmente la conveniencia (o no) de iniciar un trabajo sistemático con el perdón (tipo de relación en que se verifica la ofensa, tipo de ofensa, estado de arrepentimiento del ofensor, beneficios y peligros de la reconci-

liación, etc.), pues se corre el riesgo de exponer a la víctima a la repetición de la ofensa. En cierto modo, el perdón que carece de humildad es una forma de vejación, en la que quién lo otorga humilla a quién lo recibe. No se trataría tanto de pedir directamente perdón a la víctima (dado que la víctima no tiene porqué darlo), sino de reconocer públicamente el daño causado; admitir el error. En muchas ocasiones, negarse a perdonar puede tener efectos perniciosos no sólo para el ofensor, a quién se priva de esta opción, sino paradójicamente para la persona ofendida. En tanto uno no perdona, la ofensa continúa estando ahí presente; no desaparece y uno continúa siendo su víctima. La decisión de quedarse en el rencor, en el deseo de venganza hacia el victimario, hace que uno trabaje para él, para odiarlo; así, el otro continúa siendo el amo. De alguna manera, quedarse en el rencor es seguirle el juego al ofensor. A veces, sólo el perdón puede liberarnos de una carga que hipoteca nuestra vida, abriendo así inéditas posibilidades de futuro.

Distintas relaciones o tipos de agresión requieren un trabajo distinto del perdón. No es lo mismo perdonar a personas que no se van a volver a ver en la vida, que perdonar a alguien con quien convives diariamente. No es lo mismo perdonar una agresión puntual que una agresión que se reitera. En terapia familiar, para situaciones de ofensa sexual, se ha diseñado un ritual terapéutico de perdón (Madanes, 1993). Si esto no fuera posible, porque la víctima (o quién sentimos que nos está acusando) ha fallecido o está ausente, se puede trabajar simbólicamente, por ejemplo, a través de cartas terapéuticas o a través del diálogo simbólico. Así, en *la carta del perdón* se le pide al consultante que escriba un mensaje dirigido a la persona ausente reconociendo el error, y contando los efectos que la culpa tiene sobre su vida y autoimagen (como indigno, carente de valor, no merecedor de afecto,...), pero que necesita ser perdonado para poder seguir adelante. Este tipo de cartas son también especialmente útiles en procesos de duelo cuando el superviviente no pudo despedirse como hubiera querido o cuando se arrastra una vivencia insoportable de culpa. Luego, puede escribir una segunda carta con la respuesta imaginada de esa persona, y finalmente, una última carta conclusiva que asuma la perspectiva del otro. A veces puede ser útil pedir al consultante que frente a una *silla vacía* donde imaginariamente está el otro, exprese todo cuanto necesite decir. También puede ocupar esa silla e imaginar cómo será recibido por el ausente lo que acaba de expresar, para luego volver a ocupar la suya y continuar así la *conversación* (técnica de las dos sillas). Al final de esta representación el consultante expresa sus vivencias y las ideas que le ha inspirado. Conviene comprobar primero si la persona es susceptible a esta técnica pues si la persona es más lógica-analítica que intuitivo-emocional le resultará difícil llevarla a cabo. Para explorar este aspecto podemos preguntar lo siguiente: imagínate que en esta silla está... ¿Te lo puedes imaginar?. Si la persona se lo puede imaginar se lo podemos proponer; en caso contrario es mejor no proseguir ya que no resultará de ayuda. En este caso podemos realizar el mismo ejercicio sin moverse de la silla, haciendo las mismas preguntas pero en un contexto hipotético más que imaginado (Villegas, 2013). Cuando pedir perdón no

es suficiente, porque el sujeto tiene responsabilidad real en el daño (el superviviente que conducía borracho, el familiar que cometió una negligencia clara en el cuidado del niño...), se puede explorar, complementariamente a la reparación, la opción del perdón a uno mismo. La idea que se trabaja aquí es que ser humano significa cometer errores (*errare humanum est*), y a veces, muy graves. Que no se pueda vivir siempre de acuerdo con los valores asumidos, no quiere decir que uno *sea* un fracasado o que merezca vivir condenado *ad infinitum*. Se cae en el error cognitivo de la *generalización excesiva*: la persona se evalúa como esencialmente “mala” (100% mala), como resultado de una conducta individual. Es lo que en términos de la terapia racional emotiva se denomina *autodevaluación* o *autocondena*. El objetivo terapéutico aquí consiste en ayudar a la persona a perdonarse a sí mismo por el error cometido, o al menos relativizar la *autocondena*, esto es, en pasar de la descalificación global de la valía de sí mismo al arrepentimiento por la conducta indebida, y, a partir de ahí, movilizar conductas reparadoras. En este sentido se puede utilizar la analogía del recipiente: el concluir que un recipiente (la esencia) es bueno o malo si las frutas que contiene (conductas) son buenas o malas. Se podría también preguntar si su comportamiento ha sido malo *todas* las veces o, simplemente, un *porcentaje* de ellas (Lega, Caballo y Ellis, 1997). Pérez-Sales (2006) plantea otras posibilidades de ayuda:

Imaginemos por un momento que aceptáramos la posibilidad de que usted fuera culpable. Sólo como hipótesis. ¿Cree usted que en ese caso, alguna vez podrá usted perdonarse a sí mismo? ¿De qué dependería? ¿Qué le ayudaría a poder perdonarse? Utilizando una inversión de roles: Imagine ahora que hubiera sido al revés; ¿usted habría perdonado? ¿Por qué? ¿Qué le diría?...

El perdonarse a sí mismo también implica reconocer el derecho a la imperfección y aceptación de uno mismo, con los defectos. Aquí puede ser útil trabajar con la metáfora de la “culpa como mancha”. Pero entender que la imperfección nos constituye, puede cerrar en otro extremo puertas de cambio más que abrirlas. Así, por ejemplo, entender que la imperfección es inherente a la esencia humana, según una antropología del pecado original, en la que el hombre es ya-culpable en la raíz de su existencia, puede cerrar la posibilidad de utilizar la culpa como guía para la reparación y el cambio, pues se tiene la dis-culpa para recaer una y otra vez en la falta. Así, desde un punto de vista religioso, durante la segunda parte de la Edad Media y durante el Renacimiento, la absolución no era negada al penitente que recaía en el mismo pecado porque se entendía que era señal de imperfección (Delumeau, 1992).

4. Construir una narrativa alternativa que contradiga el relato opresivo de la culpa. La conversación terapéutica es una conversación abierta a hacer aparecer una nueva comprensión de los problemas (Anderson y Goolishian, 1988). El cambio en psicoterapia resulta de la generación dialógica de un nuevo discurso capaz de

renarrar los acontecimientos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo que permita salir (de la polarización normal-anormal) del bucle de reiteración de estrategias fracasadas, y que como consecuencia, conllevará a una remisión del malestar sintomático. Se trataría de construir un relato alternativo de la propia vida en que la culpa no aparezca como núcleo en torno al cual se constriña la experiencia. En este sentido, trabajar con la *externalización* (White y Epston, 1993) puede ser aquí de gran ayuda. La externalización es un proceso en virtud del cual cierto atributo o cualidad problemática se “saca fuera” de la persona y se convierte en algo ajeno y separado de su identidad; un enemigo externo contra el que es posible luchar (Montesano, 2013; White y Epston, 1993). La terapeuta ayuda a evaluar el efecto de la culpa sobre la vida y autoimagen de la persona (*¿cuál ha sido tu entrenamiento en la culpa? ¿Cuáles son los efectos de la culpa en tu vida y relaciones? ¿Cómo influye su veneno en la imagen que tienes de ti misma? ¿En qué ocasiones la culpa intentó obligarte a renunciar a tus metas?...*), y viceversa; analiza la influencia de la persona en el mantenimiento de los efectos de la culpa y la autoimagen (*¿en qué momentos o situaciones conseguiste neutralizar su poder? ¿Cómo lo conseguiste? ¿Cómo cambia la imagen que tienes de ti?...*). Una vez localizados logros aislados o *acontecimientos extraordinarios* en los que la persona ha conseguido neutralizar o desligarse del poder de la culpa, se trata de tejer una nueva narrativa más acorde con los valores. Este proceso permite desplazar la culpa sobre lo externalizado, construir una nueva narrativa, y recuperar los recursos para *reorientar la vida*. La externalización también se podría utilizar para revisar y cuestionar la norma que se considera transgredida. En efecto, una vez explicitada la norma moral que subyace al sentimiento de culpa se invita al consultante a que reflexione y elija entre seguir oprimido por esa norma acerca de cómo *deben* hacerse las cosas, o liberarse de su opresión y reorientar su vida de acuerdo con los valores ligados a los logros aislados. Finalmente, la externalización permitiría revisar y cuestionar la influencia de los discursos de poder modernos (género, grupos minoritarios, orientación sexual,...) que sostienen prácticas que favorecen sensaciones de culpa y de fracaso personal. Y es que cuando las personas no encajan con los moldes sociales normativos, se las expone a una vivencia de sí mismas como siendo responsables de ese fracaso y a atribuirse déficits personales o interpersonales que hacen de caldo de cultivo para la culpa y la psicopatología.

Referencias bibliográficas

- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27 (4), 371-393.
- Aramayo, R.R. (2003). Culpa y responsabilidad como vertientes de la conciencia moral. *Isegoría*, 29, 15-34.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.

- Bowlby, J. (1997). *La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1999). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (2001). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Castilla del Pino, C. (1991). *La culpa*. Madrid: Alianza.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets.
- Clarín, L. A. (1991). *La Regenta*. Madrid: Alianza.
- Cyrułnik, B. (2011). *Morirse de vergüenza. El miedo a la mirada del otro*. Barcelona: Debate.
- Delumeau, J. (1992). *La confesión y el perdón*. Madrid: Alianza.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27 (116), 905-929.
- Etxebarria, I. (1999). Los sentimientos de culpa. En E. Pérez-Delgado y M.V. Maestre (Coords.). *Psicología moral y crecimiento personal* (pp. 103-120). Barcelona: Ariel.
- Etxebarria, I. (2006). *Los sentimientos de culpa ¿Qué hacemos con ellos?* Bilbao: Argual.
- Ezama, E. (2012). *Disfunciones psíquicas, tareas terapéuticas y efectividad de la psicoterapia* [tesis doctoral]. Oviedo: Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1974). Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo VII (pp. 2413-2428). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freyd, J.J. (2003). *Abusos sexuales en la infancia. La lógica del olvido*. Madrid: Morata.
- García-Haro, J. y Fernández-Briz, N. (2014). Necesidad de criterios específicos para la derivación a psicoterapia en los servicios públicos: una propuesta. *Semergen*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.01.011>
- Greenberger, D. y Padesky, C.A. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. Barcelona: Paidós.
- Hayes, S.C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jaén, P. y Garrido, M. (2009). Psicoterapia familiar en casos de abuso sexual: la utilización de las emociones como recursos para el restablecimiento de límites en los trastornos de la conducta antisocial. *Apuntes de Psicología*, 27, 2-3, 321-338.
- Kant, I. (1982). *Crítica de la razón pura*. México: Porrúa.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Paidós.
- Malacrea, M. (2011). *Trauma y reparación*. Barcelona: Paidós.
- Mancini, F. (2000). Un modelo cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicoterapia*, 42/43, 5-30.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Montesano, A. (2013). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 89, 5-50.
- Moussaieff, J. (1985). *El asalto a la verdad*. Barcelona: Seix Barral.
- Nardone, G. y Balbi, E. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y De Santis, G. (2012). *Pienso luego sufro*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R.A. (2007). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Ortega y Gasset, J. (1977). *Ideas y creencias*. Madrid: El arquero.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: a clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187.
- Pérez-Sales, P. (Ed.) (2006). *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Polo, C., López, M., Olivares, D., Escudero, A., Rodríguez, B. y Fernández, A. (2006). Autoinculpación en mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja. Factores implicados. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 26 (97), 71-86.
- Rodríguez, B. y Fernández, A. (2012). *Terapia narrativa basada en la atención plena*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1992). *La coleta del barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1995). *El sinsentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement, motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

RESULTADOS DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO SINTOMÁTICO

GROUP TREATMENT IN PEOPLE DIAGNOSED AS SCHIZOPHRENIA

Antonia M. Gómez Hinojosa, Lluís Botella García del Cid,
Sergi Corbella Santomà, Olga Herrero Esquerdo y Meritxell Pacheco Pérez

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna,
Universitat Ramon Llull (Barcelona, España)

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez, A. M., Botella, L., Corbella, S., Herrero, O. y Pacheco, M. (2014). Resultados de un Tratamiento Grupal en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide sobre la Calidad de Vida y el Estado Sintomático. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 165-182.

Resumen

Introducción: Los objetivos terapéuticos habituales del tratamiento en la esquizofrenia han sido el alivio sintomático y la prevención de recaídas. Pero la actual ampliación de dichos objetivos añade la evaluación de la calidad de vida como indicador de resultados en la actuación terapéutica. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención psicosocial grupal sobre la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático y el número y duración de las recaídas en personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide.

Metodología: Se seleccionaron 30 participantes con esquizofrenia paranoide (criterios DSM-IV) de un centro de salud mental del área del Maresme (Barcelona). De estos, se seleccionaron al azar 15 participantes que se asignaron al grupo tratamiento y 15 al grupo control. Se administraron dos instrumentos de evaluación: el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner et al., 1995) y la Escala de Síntomas Positivo y Negativo (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994), antes del inicio del tratamiento grupal, a los 12 meses y a los 24 meses del inicio del mismo.

Resultados: El grupo tratamiento mejoró significativamente en la calidad de vida, el estado sintomático y en el número y duración de las recaídas al cabo de los 12 meses del inicio de la intervención. Dicha mejora se mantuvo al cabo de los 24 meses del inicio del tratamiento. En la comparación con el grupo control la significación estadística de mejora no fue tan evidente.

Conclusiones: Las intervenciones psicosociales grupales permiten la mejora de la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático y la disminución de las recaídas de los participantes con esquizofrenia paranoide.

Palabras clave: esquizofrenia, tratamiento grupal, calidad de vida, síntomas, recaídas.



Abstract

Introduction: The habitual therapeutic objectives of the treatment in the schizophrenia have been the symptomatic lightening and the prevention of relapses. But the present extension of these objectives adds the evaluation of the quality of life like indicator of results in the therapeutic performance. The objective of this study was to evaluate the effect of a psychosocial intervention group on the subjective quality of life, the symptomatic state and the number and duration of the relapses in people diagnosed as paranoid schizophrenic.

Methodology: We selected 30 participants with paranoid schizophrenia (criteria DSM-IV) of a mental health center of Maresme area (Barcelona). Of these, 15 participants who assigned to the group treatment and 15 to the group selected themselves at random control. Two instruments of evaluation were administered: the Seville Questionnaire of Quality of Life (CSCV) (Giner et al., 1995) and The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994), before the beginning of the treatment group, to the 12 months and the 24 months of the beginning of the same one.

Results: The treatment group improved significantly in the quality of life, the symptomatic state and in the number and duration of the relapses after the 12 months of the beginning of the intervention. This improvement stayed after the 24 months of the beginning of the treatment. In the comparison with the group control the statistical meaning of improvement was not so evident.

Conclusions: The psychosocial interventions groups allow the improvement of the subjective quality of life, the symptomatic state and the diminution of the relapses of the participants with paranoid schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, treatment group, quality of life, symptoms, relapses.

Introducción:

Las intervenciones psicosociales incluyen los componentes necesarios para que los pacientes consigan una mejora en (a) el nivel general de funcionamiento psicológico y social, (b) la calidad de vida y (c) el cumplimiento con la medicación (Bellack y Mueser, 1993). La eficacia de dichas intervenciones en su uso combinado con el tratamiento farmacológico ha demostrado ser más beneficiosa terapéuticamente que por separado (Álvarez, 2002; Huxley, Rendall y Sederer, 2000; Jiménez y Maestro, 2002; Valencia, Ortega, Rascón y Gómez, 2002). En cuanto al formato de las intervenciones psicosociales, Kanas (1986) concluyó que en el 80% de los trabajos revisados la terapia grupal con pacientes ambulatorios era más efectiva que aquellas no grupales.

Además de la mejora sintomática y la prevención de recaídas, el incremento de la calidad de vida subjetiva (Urzúa y Caqueo-Unzar, 2012) constituye uno de los objetivos terapéuticos de las intervenciones psicosociales extrahospitalarias con pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Katsching, 1997; Barcía, Morcillo y Borgoños, 1995; Lucas, Salcedo y Roca, 1997). En cuanto a los estudios que relacionan la calidad de vida mediante el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) y el estado sintomático a través de la escala de síndromes positivos y negativos en la esquizofrenia (PANSS), se señaló una correlación negativa de la calidad de vida con el síndrome negativo. Pero ninguna correlación significativa entre la escala favorable del CSCV y el síndrome positivo de la PANSS (Leal et al., 1997). Dicho estudio (Leal et al., 1997) también indicó que la escala desfavorable del CSCV estaba relacionada con la sintomatología positiva, negativa y la psicopatología general de la PANSS. Según estos resultados, la calidad de vida de la persona diagnosticada de esquizofrenia puede verse más afectada por los síntomas negativos que por los positivos (Peralta y Cuesta, 1994).

En estudios posteriores (Giner, Ibáñez, Cervera, SanMartín y Caballero, 2001) también se halla que aquellos pacientes con peor calidad de vida presentan mayor puntuación en todas las escalas de la PANSS en comparación con los pacientes que obtuvieron una mejor calidad de vida en el CSCV. Además, la mala calidad de vida está correlacionada un mayor número y gravedad de los síntomas, sobre todo los negativos (Lauer, 1994; Lehman, 1997; Panadero, 2011; Postrado y Lehman, 1995). En la misma línea, también hay estudios que destacan una mejora significativa en la sintomatología esquizofrénica al finalizar un tratamiento cognitivo grupal (Balter, 2014; Bark et al., 2003).

La combinación de los tratamientos psicosociales y farmacológicos demuestra beneficios terapéuticos en cuanto al estado sintomático, el funcionamiento psicosocial y la actividad global. A su vez, disminuye el índice de recaídas y rehospitalizaciones en comparación con aquellos pacientes que sufren esquizofrenia y que siguen exclusivamente un tratamiento farmacológico (Valencia et al., 2002; Gumley et al., 2003). En general, las intervenciones psicosociales permiten que las personas con trastorno esquizofrénico aborden activamente sus problemas y

puedan compartir estrategias de afrontamiento con los demás miembros del grupo terapéutico. En este sentido, dichas intervenciones deberían desarrollarse teniendo en cuenta la perspectiva individual y subjetiva de las personas que se benefician (Giner et al., 2001; Seoane, 1999).

El objetivo del presente estudio es comparar la evolución de la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático y las recaídas a través de un período de 2 años de intervención en un grupo de tratamiento psicosocial y un grupo control tanto a nivel intergrupalo como intragrupal. El objetivo lo sistematizamos con las siguientes hipótesis:

1. Los participantes que reciban el programa de intervención psicosocial grupal mostrarán una mejora en la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático, así como una disminución de las recaídas al cabo de 12 meses de haber iniciado dicho programa en comparación con los participantes asignados al grupo de comparación.

2. En el grupo de participantes asignados al programa de intervención psicosocial grupal se mantendrá o se mejorará la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático, así como se disminuirán las recaídas en la evaluación realizada al cabo de 24 meses de haber iniciado dicho programa en comparación con los participantes asignados al grupo de comparación.

3. Los participantes que reciban el programa de intervención psicosocial grupal mostrarán una mejora en la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático, así como una disminución de las recaídas en la evaluación al cabo de 12 meses de haber iniciado dicho programa en comparación a la evaluación previa al tratamiento.

4. La mejora respecto a la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático se mantendrá o mejorará, así como se disminuirán las recaídas en la evaluación al cabo de 24 meses de haber iniciado el programa de intervención psicosocial grupal en los participantes que reciban dicho tratamiento.

Metodología:

El tipo de diseño es cuasiexperimental con un grupo tratamiento y un grupo control.

Participantes

De las listas de pacientes proporcionadas por los psiquiatras del centro de salud mental y siguiendo los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión de la investigación (véase tabla 1) se obtuvo un total de 109 pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia paranoide (criterios DSM-IV). Del total de pacientes se realizó un muestreo aleatorio que proporcionó la selección de N=30. De estos 30 participantes 15 fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y 15 al grupo de control. Éstos últimos continuaron con el tratamiento psiquiátrico que habían seguido hasta el momento y que consistía en el control médico de la toma de neurolepticos.

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Participantes con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide según el DSM-IV (APA, 1994). - Mayores de 18 años. - Participantes que realicen seguimiento psiquiátrico y farmacológico en el Centro de Salud Mental. - Imposibilidad de beneficiarse de otro recurso de la red asistencial - Estado sintomático del paciente le permita participar y beneficiarse de la dinámica grupal. - Aceptar participar en el tratamiento grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exacerbación sintomática que requiera el ingreso inmediato del paciente o una intervención de urgencia en el momento de reclutamiento de los participantes. - Abuso de alcohol o tóxicos. - Evidencias de problemas neurológicos - Retraso mental - Participantes que asistan a Terapia grupal y/o Hospital de Día y/o Centros de Día.

Catorce de los participantes del grupo de tratamiento eran hombres (93,3%) y una mujer (6,7%), con una media de edad de 35,2 años. En el grupo control, 11 eran hombres (73,3%) y 4 eran mujeres (26,7%), con una edad media de 33,53 años. En el grupo tratamiento la edad media de inicio del trastorno era de 22,4 años y en el grupo control de 22,5 años. La media de los años de evolución del trastorno en el grupo tratamiento era de 12,8 años y en el grupo control de 11,13 años. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes en las variables sociodemográficas y clínicas antedichas. Los resultados indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables antedichas entre el grupo tratamiento y el grupo control, señalando que ambos grupos son comparables.

Variables e Instrumentos

La evaluación de la calidad de vida subjetiva se llevó a cabo mediante la administración del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner et al., 1995). El estado sintomático se evaluó mediante la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994). Por último, se consideraron como recaídas el número y la duración de ingresos en el Hospital Psiquiátrico.

El CSCV es un cuestionario de calidad de vida especialmente diseñado para personas que sufren un trastorno esquizofrénico y se desarrolló a partir de una muestra española de personas con trastorno esquizofrénico (Giner et al., 1995; Giner et al., 1997). Está compuesto por dos escalas: la Escala Favorable de calidad de vida y la Escala Desfavorable de calidad de vida, ambas engloban un total de 59 ítems que se puntúan según una escala Likert del 1 al 5, siendo el 1 “completo desacuerdo” y el 5 “completo acuerdo” (Giner et al., 2001; Seoane, 1999; Giner et

al., 1997). La Escala Favorable consta de 13 ítems que valoran tres dimensiones principales: Satisfacción Vital, Armonía y Autoestima. A su vez, la Escala Desfavorable consta de 46 ítems que agrupan otras tres dimensiones principales: Inhibición, Incomprensión e Irritación (Giner et al., 2001; Seoane, 1999; Giner et al., 1997). La fiabilidad del CSCV fue favorable ($\alpha=0,85$ para la escala favorable y $\alpha=0,96$ para la desfavorable) (Giner et al., 1997). Los índices de consistencia interna de Spearman-Brown y las α de Guttman para dos mitades presentaron fiabilidad superior a 0,70. La validez de contenido del cuestionario se midió a través de la fiabilidad interjueces (α de Cohen), siendo la misma estadísticamente significativa (Giner et al., 1995). Mediante análisis factorial y análisis de matrices multirasgo-multimétodo, el CSCV mostró una buena validez estructural. El CSCV también presentó una buena validez convergente y discriminante (Giner et al., 1997; Giner et al., 1999). El CSCV también es sensible a los cambios clínicos que se producen en los pacientes con trastorno esquizofrénico (Bobes et al., 2001).

La Escala de Síndromes Positivo y Negativo (*The Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS) fue desarrollada por Kay, Opler y Fiszbein en 1987 y está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) de Overall y Gorham (1962), muchos de cuyos ítems incluye. El desarrollo de la PANSS (Peralta y Cuesta, 1994) se basó en una propuesta para mejorar los problemas de validez de otras escalas y de esta forma estudiar de manera más adecuada el constructo positivo – negativo mediante un instrumento bien contrastado psicométricamente. La PANSS consta de 30 síntomas que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). De los 30 síntomas, siete constituyen la escala positiva (PANSS-P) (delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad), siete la escala negativa (PANSS-N) (embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, fluidez en la Conversación y pensamiento Estereotipado) y los dieciséis restantes la escala de psicopatología general (PANSS-PG) (preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastornos de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa). El estudio de la validación española de la PANSS (Peralta y Cuesta, 1994) señaló que la fiabilidad interobservador fue evaluada mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase, obteniendo 0,71 y 0,80, para las escalas positiva y negativa, respectivamente. En la escala de psicopatología general el acuerdo fue moderado (CCI = 0,56). La consistencia interna de la escala positiva de la PANSS resultó moderada (μ total = 0,62) y la de la escala negativa elevada (μ total = 0,92). La escala de psicopatología general presentó una consistencia interna modesta (μ total = 0,55). La validez de criterio se mostró elevada en las escalas positiva ($r=0,70$ y negativa ($r=0,81$).

Procedimiento

El estudio constó de seis fases. Fase 1: Selección de Participantes. La muestra de 30 participantes se seleccionó aleatoriamente a partir de diversas listas de pacientes proporcionadas por los psiquiatras del centro de salud mental según los criterios de inclusión de la investigación. Fase 2: Reclutamiento y Primera Evaluación Pre-tratamiento. La evaluación pre-tratamiento incluyó: la administración del CSCV, de la PANSS y una carta de consentimiento informado sobre los objetivos del estudio y el tratamiento confidencial de los datos personales de los participantes. Este último se entregó a los participantes y fue firmado por los mismos en la primera evaluación. Finalmente, se recogieron las recaídas durante el año previo al inicio de la intervención. Fase 3: Inicio del Tratamiento Grupal. El Tratamiento Grupal estuvo conducido por una psicóloga, un psiquiatra y una asistente social. Tuvo una frecuencia semanal, con sesiones de 90 minutos, y una duración ilimitada. Los objetivos generales que se trabajaron en el Programa de Intervención Psicosocial grupal fueron los siguientes:

1) Ofrecer información útil mediante 6 sesiones iniciales de psicoeducación y que incluyeron las siguientes temáticas con el fin de aumentar la conciencia de enfermedad:

1.1) Definición del trastorno esquizofrénico y sintomatología: En esta primera sesión, se dio paso a la explicación informativa, a cargo del psiquiatra, para los participantes del grupo de la definición del trastorno esquizofrénico y su sintomatología.

1.2) Causas del trastorno esquizofrénico: En esta segunda sesión, se procedió a la explicación informativa, a cargo del psiquiatra, para los participantes del grupo de las posibles causas del trastorno esquizofrénico.

1.3) La medicación y los efectos secundarios: En esta tercera sesión, se dio paso a la explicación informativa, a cargo del psiquiatra, para los participantes del grupo de la medicación antipsicótica y los efectos secundarios.

1.4) Prevención de recaídas: En esta cuarta sesión, se dio paso a la explicación informativa, a cargo de la psicóloga y el psiquiatra, para los participantes del grupo sobre la prevención de recaídas. En este sentido se explicó cómo identificar síntomas y la importancia de consultar con el psiquiatra u otro profesional de referencia en el momento en que éstos aparecen.

1.5) La familia y la importancia de la red de apoyo social: En esta quinta sesión se procedió a la exposición, a cargo de la psicóloga, de la importancia de la red de apoyo social, sobretudo en la información de la enfermedad en la familia de origen. También se enfatizó en la capacidad de la persona con esquizofrenia para tener responsabilidades tanto en la casa como fuera de ella.

1.6) Los recursos comunitarios y vías de acceso: En esta última sesión se ofreció información por parte de la asistente social acerca de la red asistencial de la que pueden hacer uso los pacientes. Es decir, recursos tanto de asistencia primaria como recursos sociales específicos sanitarios o no (p.ej. hospital de día, centro de

día, club social, pisos asistidos, asociaciones de familias, entre otros).

2) Aumentar la red social y mejorar las relaciones sociales: se propusieron salidas y excursiones en grupo, se fomentó la relación interpersonal entre los miembros de grupo y se trabajó la cohesión grupal.

3) Mejorar las habilidades sociales de conversación: se realizaron ejercicios de debate sobre temas de actualidad para promover el hecho de aprender a esperar y seguir un orden, escuchar a la otra persona, respetar las opiniones de los demás, valorar las propias opiniones, y tolerar el desacuerdo entre los miembros. Además se aplicaron las mismas habilidades en las sesiones de expresión de ansiedad y dificultades de afrontamiento.

4) Identificar los síntomas previos a una recaída para poder prevenirla y poder actuar de forma inmediata para evitar el ingreso.

5) Propiciar la expresión de dificultades y problemas mediante preguntas abiertas de carácter general sobre la vida cotidiana.

6) Reconocer las limitaciones y las capacidades, y aumentar la conciencia de enfermedad con la finalidad de poder llegar a una mejor comprensión de sí mismo, evitando la crítica y el juicio

7) Fomento de la cohesión del grupo.

8) Evitar el deterioro que comporta el aislamiento y la inactividad característica de los pacientes con trastorno esquizofrénico

9) Adquisición de responsabilidades de forma progresiva, y aprender a organizarse el tiempo: se realizó mediante un diario que trajo cada uno de ellos al grupo dónde anotaban las actividades a realizar, así como las tareas propuestas en el grupo (por ejemplo: lectura de una determinada noticia de actualidad para su posterior debate).

Fase 4: Segunda Evaluación. Esta evaluación se realizó al cabo de 12 meses del inicio de la intervención. La entrevista incluyó: la administración del CSCV y de la PANSS, así como el recuento del número de recaídas y su duración durante el primer año de la intervención psicosocial. Fase 5: Tercera Evaluación. Esta quinta fase correspondió a la evaluación al cabo de 24 meses del inicio de la intervención. La entrevista incluyó los mismos instrumentos que la segunda evaluación y también se realizó el recuento del número de ingresos y su duración durante el segundo año de intervención. Fase 6: Corrección de los Instrumentos de Medida (CSCV y PANSS) y análisis estadístico mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas y la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Resultados

(a) *Resultados Intergrupo en la 1ª administración (antes del inicio de la intervención psicosocial)*: En la administración pre-tratamiento entre ambos grupos no se dieron diferencias estadísticamente significativas a excepción de las halladas en la sintomatología positiva, negativa y psicopatología general entre los

grupos tratamiento y control (Tabla 2). La mayor gravedad sintomática en el grupo tratamiento comportó que si se obtenían cambios como resultado de la intervención, éstos serían aún más significativos de lo que hubiesen sido si no existiera esa diferencia.

Tabla 2

Prueba U de Mann-Whitney de la 1ª administración (antes del inicio de la intervención psicossocial) entre el grupo tratamiento y el grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Total Puntuación Favorable					
grupo tratamiento	2,8253	1,0732	12,60		
grupo control	3,5000	0,8676	18,40	-1,804	0,071
Total Puntuación Desfavorable					
grupo tratamiento	2,2093	0,6649	13,57		
grupo control	2,5133	0,8007	17,43	-1,203	0,229
Puntuación Total CSCV					
grupo tratamiento	0,6160	1,5939	14,27		
grupo control	0,9867	1,3788	16,73	-0,767	0,443
PANSS-P					
grupo tratamiento	27,9333	6,0411	19,43		
grupo control	21,6000	5,8285	11,57	-2,452	0,013
PANSS-N					
grupo tratamiento	28,3333	5,7029	19,23		
grupo control	23,4667	5,7801	11,77	-2,329	0,020
PANSS-PG					
grupo tratamiento	54,0000	8,1853	18,70		
grupo control	46,0000	10,3578	12,30	-1,993	0,046
Nº Recaídas					
grupo tratamiento	0,5333	0,7432	15,30		
grupo control	0,6667	0,8997	15,45	-0,964	0,662
Días hospitalización					
grupo tratamiento	6,4000	9,7086	19,30		
grupo control	7,1333	10,5618	17,50	-0,196	0,844

(b) *Resultados Intergrupo en la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicossocial)*: No se observaron cambios estadísticamente significativos entre los dos grupos en las escalas favorable, desfavorable y la puntuación total del CSCV, en las subescalas de la PANSS, las recaídas y los días de hospitalización (Tabla 3).

(c) *Resultados Intergrupo en la 3ª administración*: Al cabo de 24 meses del inicio de la intervención no se mostraron cambios estadísticamente significativos entre ambos grupos en las variables evaluadas (Tabla 4).

(a) *Resultados Intragrupal entre la 1ª y la 2ª administración del grupo*

Tabla 3
Prueba U de Mann-Whitney de la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) entre el grupo tratamiento y el grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Total Puntuación Favorable					
grupo tratamiento	3,4253	0,9885	14,77		
grupo control	3,5153	0,9908	16,23	-0,456	0,648
Total Puntuación Desfavorable					
grupo tratamiento	1,9120	0,5708	12,57		
grupo control	2,4893	0,8222	18,43	-1,825	0,068
Puntuación Total CSCV					
grupo tratamiento	1,5133	1,5368	17,20		
grupo control	1,0260	1,4219	13,80	-1,058	0,290
PANSS-P					
grupo tratamiento	22,6000	5,5006	16,93		
grupo control	20,9333	5,4045	14,07	-0,896	0,370
PANSS-N					
grupo tratamiento	22,8667	5,6677	18,07		
grupo control	25,4667	5,4362	12,93	-1,606	0,108
PANSS-PG					
grupo tratamiento	47,8667	10,4871	17,10		
grupo control	44,6000	9,1635	13,90	-0,997	0,319
Nº Recaídas					
grupo tratamiento	0,2000	0,4140	13,30		
grupo control	0,4667	0,6399	15,20	-1,251	0,188
Días hospitalización					
grupo tratamiento	2,2000	4,7539	17,30		
grupo control	4,4000	6,8012	15,50	-1,407	0,314

tratamiento: Respecto a los resultados de las escalas del CSCV, el grupo tratamiento obtuvo una mejor calidad de vida ($p=0,002$) al cabo de 12 meses del inicio de la intervención señalada por el incremento en la puntuación favorable (TPF), la disminución en la puntuación desfavorable (TPD) ($p=0,007$) y el incremento en la puntuación total (PT) ($p=0,001$) del CSCV (Tabla 5). Todas las subescalas de la PANSS reflejaron que el estado sintomático del grupo tratamiento mejoró a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial grupal (PANSS-P $p=0,002$; PANSS-N $p=0,006$; PANSS-PG $p=0,010$) (Tabla 5). En cuanto al número de recaídas se observó una mejora estadísticamente significativa a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial ($p=0,019$). Es decir, el grupo tratamiento tuvo menos recaídas al cabo de un año de tratamiento grupal. Consecuentemente, los resultados también indicaron una disminución de los días de hospitalización en el grupo tratamiento ($p=0,024$).

Tabla 4

Prueba U de Mann-Whitney de la 3ª administración (a los 24 meses del inicio de la intervención psicosocial) entre el grupo tratamiento y el grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Total Puntuación Favorable					
grupo tratamiento	3,5193	0,9304	16,07		
grupo control	3,4040	0,5154	14,93	-0,354	0,723
Total Puntuación Desfavorable					
grupo tratamiento	1,9060	0,5052	12,37		
grupo control	2,3633	0,6612	18,63	-1,952	0,051
Puntuación Total CSCV					
grupo tratamiento	1,6133	1,4012	17,57		
grupo control	1,0407	1,0041	13,43	-1,287	0,198
PANSS-P					
grupo tratamiento	21,8000	5,8700	16,30		
grupo control	20,8000	5,3878	14,70	-0,499	0,618
PANSS-N					
grupo tratamiento	23,4000	4,1196	16,97		
grupo control	22,5333	4,8530	14,03	-0,917	0,359
PANSS-PG					
grupo tratamiento	46,4000	10,2106	16,47		
grupo control	44,1333	8,9751	14,53	-0,603	0,547
Nº Recaídas					
grupo tratamiento	0,1333	0,3518	12,30		
grupo control	0,4000	0,6324	15,26	-1,725	0,168
Días hospitalización					
grupo tratamiento	0,8667	2,3563	13,87		
grupo control	4,2000	8,1696	14,70	-1,407	0,148

(b) *Resultados Intragrupales entre la 2ª y la 3ª administración del grupo tratamiento:* En la comparación entre la segunda y la tercera administración, tanto los resultados del CSCV, como del número de recaídas y los días de hospitalización se mantuvieron estables sin cambios estadísticamente significativos. Respecto al estado sintomático se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la escala PANSS-P ($p=0,031$) y en la escala PANSS-N ($p=0,002$) (Tabla 6).

(c) *Resultados Intragrupales entre la 1ª y la 2ª administración del grupo control:*

En los resultados obtenidos entre la primera y la segunda administración del grupo comparación se observaron cambios estadísticamente significativos en la escala PANSS-N ($p=0,046$) y en la PANSS-PG ($p=0,023$) (Tabla 7). Es decir, el grupo comparación mejoró respecto a la sintomatología negativa y la psicopatología general al cabo de 12 meses siguiendo su tratamiento psiquiátrico ambulatorio

Tabla 5
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 1ª (antes del inicio de la intervención psicosocial) y la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo tratamiento

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 1 Total Puntuación Favorable 1	2,8253	1,0732	2,00		
Total Puntuación Favorable 2	3,4253	0,9885	7,92	-3,171	0,002
Par 2 Total Puntuación Desfavorable1	2,2093	0,6649	8,96		
Total Puntuación Desfavorable2	1,9120	0,5709	4,17	-2,701	0,007
Par 3 Puntuación Total CSCV 1	0,6160	1,5940	1,00		
Puntuación Total CSCV 2	1,5133	1,5368	8,50	-3,352	0,001
Par 4 PANSS-P 1	27,9333	6,0411	8,25		
PANSS-P 2	22,6000	5,5006	4,50	-3,157	0,002
Par 5 PANSS-N 1	28,3333	5,7030	8,73		
PANSS-N 2	25,4667	5,6678	3,00	-2,751	0,006
Par 6 PANSS-PG 1	54,0000	8,1854	7,79		
PANSS-PG 2	47,8667	10,4872	5,75	-2,578	0,010
Par 7 Nº Recaídas 1	0,5333	0,7432	7,98		
Nº Recaídas 2	0,2000	0,4140	6,80	-1,180	0,019
Par 8 Días hospitalización 1	6,4000	9,7086	5,97		
Días hospitalización 2	2,2000	4,7539	8,90	-2,671	0,024

habitual. Pero, tanto la escala de síntomas positivos, como la calidad de vida subjetiva y las recaídas y su duración no mostraron cambios de la primera a la segunda administración. Dentro de estos resultados, así como en los siguientes no se comprueban hipótesis, pero se detallan con la finalidad de contrastar las hipótesis atendiendo a cambios clínicos del grupo tratamiento.

(d) Resultados Intragrupal entre la 2ª y la 3ª administración del grupo control:

En la comparación entre la segunda y la tercera administración del grupo control no se observaron cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático, las recaídas y su duración (Tabla 8). Teniendo en cuenta los resultados de ambos grupos por separado, el grupo control obtuvo pocos cambios a través del tiempo en comparación con los cambios que se dieron en el grupo tratamiento.

Discusión

(a) Discusión de los resultados intergrupales: De los resultados obtenidos a partir de la comparación entre ambos grupos en la administración pre-tratamiento cabía esperar que no hubiese diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo el estado sintomático de los participantes del grupo tratamiento fue

Tabla 6

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 2ª (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) y la 3ª administración (a los 24 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo tratamiento

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 6 Total Puntuación Favorable 2	3,4253	0,9885	5,00		
Total Puntuación Favorable 3	3,5193	0,9304	10,00	-1,100	0,271
Par 7 Total Puntuación Desfavorable 2	1,9120	0,5709	7,11		
Total Puntuación Desfavorable 3	1,9060	0,5052	8,20	-0,722	0,470
Par 8 Puntuación Total CSCV 2	1,5133	1,5368	6,00		
Puntuación Total CSCV 3	1,6133	1,4013	10,29	-0,682	0,495
Par 4 PANSS-P 2	22,6000	5,5006	4,71		
PANSS-P 3	21,8000	5,8700	3,00	-2,154	0,031
Par 5 PANSS-N 2	25,4667	5,6678	7,81		
PANSS-N 3	23,4000	4,1196	3,50	-3,112	0,002
Par 6 PANSS-PG 2	47,8667	10,4872	6,67		
PANSS-PG 3	46,4000	10,2106	12,50	-1,733	0,083
Par 7 Nº Recaídas 1	0,2000	0,4140	9,34		
Nº Recaídas 2	0,1333	0,3518	8,30	-1,483	0,334
Par 8 Días hospitalización 1	2,2000	4,7539	7,91		
Días hospitalización 2	0,8667	2,3563	5,17	-1,788	0,088

disminuyendo progresivamente a lo largo de los dos años de intervención psicosocial, aspecto que demuestra la validez del tratamiento.

(b) *Discusión de los resultados intragrupal*: En la comparación intragrupal entre la primera y la segunda administración del grupo tratamiento se obtuvieron más diferencias estadísticamente significativas que en su comparación con el grupo control. Hubo un aumento en la calidad de vida subjetiva y una disminución de la sintomatología propia de la esquizofrenia. En consecuencia, la psicoterapia grupal en personas con esquizofrenia permite el desarrollo de las capacidades para relacionarse y tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida (Atkinson, Coia, Gilmour y Harper, 1996; Balter, 2014; Gutiérrez et al., 2009; Kahan y Kahan, 1992).

Todas las subescalas de la PANSS fueron estadísticamente significativas, indicando un descenso de la sintomatología al cabo de 12 meses del inicio de la intervención psicosocial grupal. Este aspecto concuerda con los hallazgos de la investigación de Bark y colaboradores (2003) (Bark et al., 2003), ya que las diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida y en el estado sintomático fueron intrgrupales. En resumen, nuestros resultados validarían estadísticamente los de Cramer et al. (2001), ya que éstos señalaron cambios en los síndromes positivo y negativo y en la calidad de vida a lo largo de 12 meses de tratamiento, pero dichas mejoras fueron detectadas clínicamente. También otros

Tabla 7
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 1ª (antes del inicio de la intervención psicosocial) y la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 6 Total Puntuación Favorable 2	3,5000	0,8677	8,33		
Total Puntuación Favorable 3	3,5153	0,9908	6,88	-0,157	0,875
Par 7 Total Puntuación Desfavorable 2	2,5133	0,8008	8,79		
Total Puntuación Desfavorable 3	2,4893	0,8222	7,31	-0,085	0,932
Par 8 Puntuación Total CSCV 2	0,9867	1,3789	8,13		
Puntuación Total CSCV 3	1,0260	1,4220	7,86	-0,284	0,776
Par 4 PANSS-P 2	21,6000	5,8285	7,50		
PANSS-P 3	20,9333	5,4046	5,88	-1,581	0,114
Par 5 PANSS-N 2	23,4667	5,7801	5,75		
PANSS-N 3	22,8667	5,4362	4,50	-1,998	0,046
Par 6 PANSS-PG 2	46,0000	10,3579	7,50		
PANSS-PG 3	44,6000	9,1636	3,50	-2,270	0,023
Par 7 Nº Recaídas 1	0,6667	0,8997	1,00		
Nº Recaídas 2	0,4667	0,6399	6,70	-1,230	0,424
Par 8 Días hospitalización 1	7,1333	10,5618	5,49		
Días hospitalización 2	4,4000	6,8012	8,60	-1,658	0,333

estudios (Valencia et al., 2002) obtuvieron resultados que mostraban que los pacientes que recibían tratamiento combinado mejoraban significativamente respecto a la sintomatología psicótica al cabo de 12 meses.

Cabe señalar que los resultados favorables en la prevención y disminución de las recaídas a través de programas de intervención psicosocial se constatan en la revisión de varios estudios al respecto (Mayoral, 2003). De acuerdo con Valencia et al. (2002), el grupo tratamiento tuvo un menor índice de recaídas al cabo de un año de intervención psicosocial grupal. La disminución del número de recaídas y la reducción significativa de los días de hospitalización recae directamente sobre la disminución de los costes hospitalarios (Malla et al., 1998) de los pacientes incluidos en el programa de intervención psicosocial. Teniendo en cuenta que la recaída es uno de los aspectos con mayor coste en las personas que sufren esquizofrenia (Almond, Knapp, Francois, Toumi y Brugha, 2004).

En la comparación intragrupal entre la segunda y la tercera administración del grupo tratamiento La mejora en la calidad de vida de los miembros del grupo tratamiento se mantuvo e incluso ascendió un poco más aunque no de modo estadísticamente significativo. Respecto a la sintomatología, el grupo tratamiento volvió a mejorar significativamente en los síndromes positivo y negativo. De acuerdo con los resultados de otras investigaciones que utilizaron la PANSS (Cirici,

Tabla 8

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 2ª (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) y la 3ª administración (a los 24 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 6 Total Puntuación Favorable 2	3,5153	0,9908	7,36		
Total Puntuación Favorable 3	3,4040	0,5154	9,75	-1,193	0,233
Par 7 Total Puntuación Desfavorable 2	2,4893	0,8222	9,83		
Total Puntuación Desfavorable 3	2,3633	0,6613	5,25	-1,620	0,105
Par 8 Puntuación Total CSCV 2	1,0260	1,4220	7,78		
Puntuación Total CSCV 3	1,0407	1,0042	8,33	-0,568	0,570
Par 4 PANSS-P 2	20,9333	5,4046	5,33		
PANSS-P 3	20,8000	5,3878	5,75	-0,486	0,627
Par 5 PANSS-N 2	22,8667	5,4362	7,14		
PANSS-N 3	22,5333	4,8531	5,60	-0,894	0,371
Par 6 PANSS-PG 2	44,6000	9,1636	5,17		
PANSS-PG 3	44,1333	8,9751	4,67	-1,039	0,299
Par 7 Nº Recaídas 1	0,4667	0,63994	1,50		
Nº Recaídas 2	0,4000	0,63246	6,80	-0,882	0,670
Par 8 Días hospitalización 1	4,4000	6,80126	8,70		
Días hospitalización 2	4,2000	8,16963	6,80	-1,170	0,927

2002), se destaca de nuevo la validez del tratamiento combinado en la medida en que mejoraron los síntomas positivos y negativos del grupo tratamiento.

Respecto a la comparación entre la primera y la segunda evaluación en el grupo control se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las escalas PANSS-P y PANSS-PG. Los síntomas de la escala PANSS-P con cambios estadísticamente significativos fueron los “delirios” y el “comportamiento alucinatorio”. En ambos síntomas se dio una mejora al cabo de 12 meses, aspecto que pudo deberse al efecto de la medicación antipsicótica, ya que los participantes del grupo control sólo seguían el tratamiento ambulatorio psiquiátrico habitual basado en la administración y toma de neurolépticos.

Las conclusiones que derivan de este estudio se presentan a través de las variables evaluadas durante los 24 meses de intervención psicosocial grupal. En esta línea, las hipótesis 1 y 2 del estudio presentado quedan desconfirmadas, mientras que se confirman las hipótesis 3 y 4 citadas en la introducción. De este modo, a través de la evaluación de la calidad de vida subjetiva concluimos que:

1. Teniendo en cuenta exclusivamente al grupo tratamiento, la intervención psicosocial grupal promovió la mejora de la calidad de vida subjetiva a los 12 meses del inicio de dicha intervención y se mantuvo al cabo de 24 meses del inicio de la misma.

2. El grupo control no obtuvo diferencias estadísticamente significativas que señalaran una mejora de la calidad de vida subjetiva.

A partir de la evaluación del estado sintomático señalamos que:

1. La intervención psicosocial grupal desarrollada adquirió una mayor validez de tratamiento como consecuencia de la mejora sintomática significativa a través de los dos años de dicha intervención en el grupo tratamiento.

2. La mejora de los síntomas positivos en el grupo control pudo deberse a la toma de medicación antipsicótica, constituyendo una variable a incluir en futuros estudios sobre calidad de vida.

Respecto al recuento del número de recaídas y su duración concluimos que:

1. La intervención psicosocial incidió sobre la prevención y detección de los síntomas de las recaídas, favoreciendo la disminución de las mismas en los miembros del grupo tratamiento.

2. El grupo control no presentó cambios estadísticamente significativos respecto a las recaídas y su duración.

Finalmente, cabe señalar que la mayor proporción de cambios estadísticamente significativos se dieron en los resultados intragrupal. Este aspecto, si bien nos permite detectar cambios clínicos, no nos permite establecer comparaciones con otras personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide que no reciban un tratamiento psicológico. En este sentido, cuestionamos la aplicación estadística para la evaluación del impacto de una intervención psicosocial grupal en un único grupo terapéutico. Aunque este aspecto no es incompatible con el hecho de que las intervenciones psicosociales permiten que los pacientes con trastorno esquizofrénico paranoide aborden activamente sus problemas y compartan estrategias con los demás. De acuerdo con Giner et al. (2001) y Seoane (1999) dichas intervenciones deberían desarrollarse teniendo en cuenta la perspectiva subjetiva de los pacientes beneficiarios con el objetivo de que el tratamiento conlleve, entre otros aspectos, hacia una mejora de la calidad de vida, el estado sintomático y una disminución de las recaídas.

Teniendo en cuenta la limitación de evaluar a los participantes de un grupo terapéutico durante un tiempo ilimitado, se hace necesario realizar más estudios de seguimiento a lo largo del tiempo en este tipo de pacientes con el objetivo de estudiar el mantenimiento de los cambios en las variables estudiadas.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 18(1), 18-26.
- Atkinson, J., Coia, D., Gilmour, H. & Harper, J. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 199-204.
- Almond S., Knapp M., Francois C., Toumi M. & Brugha T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 184(4), 346-351.
- Balter, M. (2014). Talking back Tornadness. *Science*, 343(6176), 1190-1193.

- Bark N., Reuheim N., Huq F., Khalderov V., Watras Z. & Medalia A. (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(3), 229-235.
- Barcía D., Morcillo L. & Borgoños E. (1995). Esquizofrenia, calidad de vida y formas clínicas. *Anales de Psiquiatría*, 11(3), 81-87.
- Bobes J., González M.P., Fernández J., Bascarán M., Sáiz P., Martínez S., Sánchez A., & Bousoño M. (2001). Calidad de vida relacionada con el tratamiento antipsicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(supl.1), 46-50.
- Bellack A.S. & Mueser K.T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Cramer J., Rosenheck R., Xu W., Henderson W., Thomas J. & Charney D. (2001). Detecting improvement in quality of life and symptomatology in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 227-234.
- Cirici R. (2002). Utilización de la PANSS para evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la modificación de síntomas de esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 22(81), 33-38.
- Giner J., Baca E., Bobes J., Ibáñez E., Leal C. & Cervera, S. (1995). Calidad de vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para su evaluación: El Cuestionario "Sevilla". Fases iniciales. *Anales de Psiquiatría*, 11(9), 313-319.
- Giner J., Baca E., Bobes J., Ibáñez E., Leal C. & Cervera S. (1997). Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25(supl.2), 11-24.
- Giner J., Ibáñez E., Cervera S., Leal C., Baca E. & Bobes J. (1999). El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: Perspectiva histórica de su instauración. *Actas españolas de Psiquiatría*, 27(1), 8-13.
- Giner J., Ibáñez E., Cervera S., SanMartín A. & Caballero R. (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(4), 233-242.
- Gumley A., O'Grady L., McNay L., Reilly, J. Power, K. & Norrie J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12 month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
- Gutiérrez, M., Sánchez, M., Trujillo, A. y Sánchez, L. (2009). Terapia cognitivo-conductual en las psicosis crónicas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 106-114.
- Huxley N., Rendall M. & Sederer L. (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia. A review of the Past 20 Years. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 144(4), 187-201.
- Jiménez J.F. & Maestro J.C. (2002). Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicossocial de la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 2, 29-37
- Kahan E.M. & Kahan E.W. (1992). Group treatment assignment for outpatients with schizophrenia: Integrating recent clinical and research findings. *Community Mental Health*, 28(6), 539-551.
- Kannas N. (1986). Group Therapy with schizophrenics: A review of controlled studies. *International of Group Psychotherapy*, 36(3), 339-351.
- Katschnig, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry?. En H. Katsching H., H. Freeman y N. Sartorius (Eds.) *Quality of life in mental disorders* (pp.3-16). England: Wiley.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Lauer G. (1994). The quality of Life: Psychopathology and neuroleptics. 7th Symposium Europeo de la Asociación de Psiquiatras Europeos. Viena.
- Leal C., Cervera S., Giner J., Ibáñez E., Baca E. & Bobes J. (1997). Psicopatología y calidad de vida. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25(supl.2), 32-36.
- Lehman A.F. (1997). Instruments for measuring quality of life in mental illness. En H. Katsching H., H. Freeman y N. Sartorius (Eds.) *Quality of life in mental disorders* (pp.77-92). England: Wiley.
- Lucas R., Salcedo A. & Roca B. (1997). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barcelona*, 24(6), 143-155.
- Malla A., Norman, R., McLean T., Cheng S., Rickwood A., McInstosh E., Cortese L., Diaz K. & Voruganti L.P. (1998). Integrated medical and psychosocial program of the treatment for psychotic disorders: Characteristics and results of the patients. *Canadian Journal of Psychiatry*; 43, 698-705.
- Mayoral F. (2003). Tratamientos psicossociales en la esquizofrenia: algo más que una esperanza. *Archivos de Psiquiatría*, 66(2), 43-49.
- Overall, J. & Gorham, D. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Panadero, S. (2011). Calidad de vida y funcionamiento psicossocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 51-59.
- Peralta V. & Cuesta M.J. (1994). La validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22, 171-177.

- Postrado L.T. & Lehman A.F. (1995). Quality of Life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, *46*(11), 1161-1165.
- Seoane J. (1999). Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *27*(4), 245-249.
- Urzúa, A. y Caqueo-Unzar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 61-71.
- Valencia M., Ortega H.A., Rascón M.L. & Gómez L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *30*(6), 358-369.

RECENSIÓN DE LIBROS

LA RECONSOLIDACIÓN DE LA MEMORIA: DESBLOQUEO DEL CEREBRO EMOCIONAL PARA LA ERRADICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN PSICOTERAPIA

Bruce Ecker, Robin Ticic, Laurel Hulley
Barcelona, Octaedro, 2014.

Michał Jasiński

Máster en Terapia Cognitivo Social
Universidad de Barcelona

El libro de Ecker, Ticic y Hulley puede, o incluso debería, interesar a todos los terapeutas a los que les gustaría conocer la relación entre descubrimientos revolucionarios de la neurociencia y la psicoterapia y, a la vez, aumentar la efectividad de su trabajo clínico. Los autores describen, de una manera clara incluso para legos, la esencia del proceso de la reconsolidación de la memoria y su significado para la psicoterapia en general, independientemente de la escuela teórica. Así mismo, basándose en la epistemología constructivista (véase Feixas y Villegas, 1990; Mahoney, 1991), presentan un marco metodológico transparente que permite a los terapeutas aplicar en su práctica los pasos requeridos para llevar a cabo el proceso de la reconsolidación en la consulta. Esto, según los autores, garantiza un cese duradero de los síntomas presentados por los clientes.

Dos de los autores –Ecker y Hulley– son creadores de la terapia de la coherencia, inicialmente conocida como terapia breve orientada a lo profundo (Ecker y Hulley, 1996). Es un enfoque que combina la postura constructivista del rol proactivo del ser humano en la construcción de una realidad subjetiva con un trabajo vivencial profundo que quiere descubrir las construcciones inconscientes (aunque adaptativas) responsables de la presencia de los síntomas psicológicos y cambiarlas de una manera transformativa (y no gradual, prolongada en el tiempo; Ecker y Hulley, 2011). La alta efectividad de su propio enfoque llevó a Ecker a buscar una explicación neurológica de los cambios observados en sesiones de terapia. La encontró en la investigación sobre la reconsolidación de la memoria –un fenómeno descrito por primera vez en el año 2000 y profundizado por neurocientíficos en los años siguientes (Nader, Schafe, LeDoux, 2000; Schiller, Monfils, Raio, Johnson y LeDoux, 2010; Nader, 2013). El libro presentado aquí es el resultado de un trabajo de varios años cuyo objetivo radica en trasladar el fenómeno observado en varios laboratorios a las consultas de psicoterapia.

Fecha de recepción: 14/10/2014. Fecha de aceptación: 27/10/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: nmj.jasinski@gmail.com

© 2014 Revista de Psicoterapia



El fruto del trabajo de los tres psicólogos americanos merece nuestra atención por varias razones. Primero, los autores describen de una manera clara la historia de la investigación de la reconsolidación y su relación con los cambios en la memoria implícita –tipo de memoria que es responsable de nuestras reacciones emocionales. Segundo, y lo más importante en este libro, conectan las conclusiones de los neurocientíficos con sus propias observaciones y proponen un marco, metodológicamente firme y a la vez elástico, de una intervención terapéutica que permite a los terapeutas aumentar la eficacia de su trabajo. Esto se consigue gracias a llevar al cliente, de una manera vivencial, a través de los pasos requeridos por el cerebro para obtener un cambio (a través de la reconsolidación) en los rastros de la memoria implícita responsables de la “producción” de los síntomas. Además, los autores proponen un rango amplio de estrategias y técnicas y describen su uso en el trabajo con clientes que padecen distintos tipos de trastornos. El gran número de casos presentados facilita al lector entender el método propuesto. La tesis de los autores es clara: la adaptación de este esquema nos ayudará ser terapeutas más eficaces.

Aunque los autores utilizan la terapia de la coherencia como un ejemplo principal para demostrar la existencia de la reconsolidación en el proceso terapéutico, subrayan que es un hecho universal y que puede ser conducido independientemente del enfoque practicado por el terapeuta. Como evidencia muestran (presentando casos también aquí) que este proceso ocurre con frecuencia en otras terapias como la psicoterapia dinámica experiencial acelerada, la terapia centrada en las emociones, la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y la neurobiología interpersonal. Los autores sugieren además que el mecanismo relacionado con la reconsolidación de la memoria podría ser un factor de cambio específico e indican una dirección posible para la integración en psicoterapia – no basada en teorías, sino en la universalidad y la eficacia terapéutica del proceso de la reconsolidación.

Esto no es todo lo que nos ofrecen Ecker, Ticic y Hulley. Dedicar un capítulo entero a la importante cuestión del apego y su papel en la psicoterapia visto desde la perspectiva de la coherencia entre los síntomas y las construcciones implícitas. Además, la segunda parte del libro consiste en cuatro extensos estudios de caso descritos por terapeutas que practican la terapia de la coherencia.

Esta publicación obviamente no agota el amplio tema del fundamento neurológico de los cambios que ocurren en psicoterapia, pero es ciertamente un intento ambicioso y fructífero de traducir los descubrimientos de la neurociencia a las necesidades de la consulta psicológica. A pesar de la complejidad del tema, los autores consiguen evitar jerga científica y presentan sus tesis de una forma que anima a ponerlas en práctica. Ecker, Ticic y Hulley dan un paso importante en la evolución de la psicoterapia, en la que pueda suscitarse, con frecuencia y a propósito, lo que French y Alexander denominaron experiencia emocional correctiva ya hace casi setenta años (French y Alexander, 1946).

Referencias bibliográficas:

Ecker, B. y Hulley, L. (1996). *Depth-Oriented brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Ecker, B. y Hulley, L. (2011). *Coherence therapy manual and training guide*. Oakland: Coherence Psychology Institute.

Feixas, G. y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.

Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.

Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.

ENTREVISTA A MANUEL VILLEGAS BESORA

INTERVIEW WITH MANUEL VILLEGAS BESORA

Elia Quiñones Armaza

Máster en Terapia Sexual y de Pareja
Universidad de Barcelona

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Quiñones Armaza, E. (2014). Entrevista a Manuel Villegas Besora. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 187-191.

Manuel Villegas Besora ha expuesto de manera sistemática la Teoría del Desarrollo moral en dos libros publicados recientemente por la Editorial Herder, titulados *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral* (2011) y *Prometeo en el Diván. Psicoterapia del desarrollo moral* (2013).

Elia Quiñones: *¿En qué se equivocó Prometeo?*

Manuel Villegas: Prometeo se equivocó en pensar que, otorgando a los seres humanos la técnica y el fuego (que por cierto robó a los dioses con nocturnidad y alevosía), éstos podrían subsistir sin más en el mundo. Esto podía ser cierto en el nicho ecológico, formado por las condiciones de subsistencia que requiere el medio natural. La técnica le proporcionaba a la especie humana las estrategias transformadoras de la materia en útiles para la supervivencia, que venían a suplir la ausencia de recursos anatómicos, como las garras para cazar o las alas para volar. El fuego, además de iluminar por la noche o ahuyentar a los depredadores, se convirtió en fuente de energía que permitía cocer o asar los alimentos (lo que facilitó su desarrollo mental y social) y forjar los instrumentos metálicos que permitieron el pasaje de la edad de piedra a la edad de los metales. Sin embargo estos recursos le convertían en homo habilis o como mucho en homo faber, pero no en homo sapiens. Para eso necesitaba de una neoestructura no prevista por la evolución, la conciencia. Ésta no solamente la proporcionaba la posibilidad de conocerse a sí mismo y a los demás, sino de regular su comportamiento en sociedad, de donde su carácter moral, basado en normas o costumbres, de acuerdo con la etimología de la palabra “moral”.

Fecha de recepción: 20/10/2014. Fecha de aceptación: 3/10/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: elia.quinones@gmail.com

© 2014 Revista de Psicoterapia



E. Q.: *¿Nos podría explicar brevemente en qué consiste el desarrollo moral?*

M. V.: La conciencia moral (cívica o política, religiosa, ética, legal, interpersonal, etc.) no estaba prevista por la naturaleza. Es un producto cultural, fruto de la actividad simbólica y reguladora de la sociedad. En este sentido, su formación y desarrollo no es resultado de un proceso evolutivo de la especie, sino de la enculturación. El problema que interesa a la psicología es comprender cómo se forma esa conciencia en cada uno de nosotros, es decir cómo la exigencia de una regulación moral pasa del ámbito social al personal o individual. Para que la conciencia moral no sea solamente la aceptación de un código externo, como el de circulación, sino una estructura de regulación psicológica se requiere que se convierta en un sistema de articulación de sentimientos, pensamientos y acciones, surgido del propio individuo. El surgimiento de este sistema de regulación interna sólo puede entenderse desde una perspectiva genético-estructural, según la cual tales estructuras se desarrollan evolutivamente en el niño a través de fases sucesivas de construcción de los criterios morales. Éstos serán resultado de la síntesis dialéctica entre tendencias egocentradas y alocentradas (egoístas y altruistas, en términos más comprensibles). Esta dialéctica da lugar a las distintas fases del desarrollo moral desde la infancia hasta la edad adulta. Las primeras etapas vienen caracterizadas por la formación de estructuras de regulación básicamente egocentradas (pre-nomía y a-nomía), mientras que las posteriores contemplan la aparición de la dimensión alocentrada (hetero-nomía y socio-nomía). De su integración sintética dependerá la consecución de la auto-nomía. Esta función sintética de la autonomía queda muy bien representada en la metáfora del auriga, extraída del Fedro de Platón, quien en el mito del “carro alado” presenta la superposición de una fuerza racional, el auriga (el alma o la mente), a una fuerza irracional o animal (el caballo contrario), contrapuesta a una fuerza ideal o celestial (el caballo hermoso). El auriga no es una estructura superpuesta a la cuadriga, sino que emerge de la interacción sintética de los cuatro caballos, surge de una nueva metamorfosis, como resultado de una transformación. En cuanto a los caballos sólo podemos hablar de analogía, no de coincidencia. En primer lugar, nuestros caballos son cuatro y no dos, y además son todos buenos y necesarios desde el punto de vista evolutivo. Lo que les puede llevar al descarrío es la impericia o negligencia del auriga o en los casos más graves su ausencia. Cada caballo representa uno de los sistemas de regulación evolutivamente considerados.

- La prenomía representa el caballo de las necesidades
- La anomía representa el caballo de los deseos
- La heteronomía representa el caballo de la ley, el bien social o el bien común
- La socionomía representa el caballo de las relaciones afectivas e interpersonales

E. Q.: *¿Qué novedades aporta la Teoría del Desarrollo Moral, respecto a las teorías evolutivas previas?*

M. V.: En primer lugar el énfasis en lo moral, como criterio de acción. Las teorías evolutivas en psicología han puesto el acento más bien en el desarrollo cognitivo (Piaget) o en el pulsional (Freud). Es cierto que Piaget (1976) y sus discípulos (Gilligan, 1985, Kohlberg, 1976, 1981, Selman, 1980). han dedicado también su atención a la formación del “juicio” moral en el niño, pero más bien como un criterio de pensamiento, que de acción. Freud, en cambio, pone la mirada en las fases del desarrollo pulsional, sobrepuesto al “sexual”, que es directamente observable (oral, anal, fálico, genital), que considera incompatible con la “socialización”, puesto que en sus palabras “no se puede servir a la vez a dos señores” (en referencia a lo pulsional y a lo social). En lo que coincidimos todos es básicamente en las franjas de edad (periodo neonatal, infancia, niñez, adolescencia y edad adulta). En lo que discrepamos, respecto a Freud es en la perspectiva constructivista, que es coincidente en cambio con la de Piaget. En Piaget, sin embargo, no existe un interés clínico, cosa que sí sucede en Freud. De modo que puede decirse que de Piaget tomamos la concepción genético-constructivista y de Freud el interés clínico. Otra diferencia importante es la perspectiva teleológica o finalista que preside nuestro planteamiento, orientado a la consecución de la autonomía, como máxima expresión de la libertad humana, mientras que en la visión freudiana predomina el determinismo del psiquismo representado por la omnipresencia del inconsciente. Para nosotros la constricción de la libertad se encuentra en la base de cualquier patología neurótica en la medida en que son los dilemas morales los que ponen en juego su ejercicio espontáneo, dando origen a los trastornos ansioso-depresivos.

E. Q.: *En el primero de los libros, “El error de Prometeo” podemos encontrar dos partes diferenciadas, una dedicada a lo que usted llama déficits evolutivos y otra a los problemas estructurales... ¿En qué consiste esta diferenciación?*

M. V.: La doble distinción entre la dimensión evolutiva y estructural se justifica en base al surgimiento de la problemática psicológica como resultado de un déficit o dificultad evolutiva, dando lugar a los trastornos de la personalidad, en el primer caso, o bien como efecto de un conflicto entre diversos subsistemas de regulación, que se encuentran al origen de los trastornos ansiosos o depresivos, en el segundo. Las estructuras de regulación no solamente se desarrollan en el sentido de que maduran, al igual que lo hace el cerebro, sino que se engendran, por eso se llaman genéticas, es decir, nacen como neoestructuras que no están inscritas en el código genético, sino que se desarrollan en interacción con el mundo social a través de sucesivos pasajes evolutivos. Una vez formadas, tales estructuras no desaparecen ni se diluyen en sucesivas transformaciones, sino que adquieren una entidad propia con sus propias reglas de funcionamiento, capaces de subsistir junto a otras estructuras, al igual que el pensamiento mágico puede coexistir al lado del pensamiento concreto o el abstracto. El resultado de este proceso evolutivo, es comparable a los anillos de un árbol que a medida que va creciendo va dejando como marcas que lo constituyen, y éstas forman parte de él, o como las muñecas de madera

rusas, una dentro de la otra, que son y forman parte de un solo conjunto. A medida que avanza el desarrollo de las diversas subestructuras que componen todo el sistema de regulación moral, las dos dimensiones van interactuando de forma cada vez más intensa, de modo que no siempre resulta fácil mantener ambas dimensiones de modo diferenciado. Así, por ejemplo, la obsesión puede fácilmente establecerse sobre el fondo de un trastorno obsesivo de la personalidad, al igual que determinadas patologías pueden surgir en el contexto de un fase evolutiva específica como los trastornos alimentarios en el momento de la socionomía complaciente propio de la adolescencia.

E. Q.: *¿A quién van dirigidos estos libros (profesionales de la psicología o público general)?*

M. V.: Estos libros están dirigidos en primer lugar a los profesionales de la psicología en general y a los clínicos en particular. Sin embargo, he recibido también comentarios de personas ajenas a la profesión que los han entendido perfectamente y les han resultado muy práctico y esclarecedor. No son libros de autoayuda, pero pueden usarse como tales en la medida en que aportan claves para la comprensión del desarrollo humano y sus implicaciones para el bienestar psicológico. A pesar de su complejidad, el modelo resulta de fácil intelección incluso para los propios pacientes, a quienes, siguiendo la tradición de las psicoterapias cognitivas, aunque no lleguen a leer el libro completo, se les explica el modelo y les resulta práctico e inteligible para comprenderse mejor a sí mismos y hacerse cargo de ese modo de la gestión de sus vidas.

E. Q.: *Me gustaría que nos hablara sobre cómo fue el proceso de elaboración de la teoría (de donde nació la idea, cuanto tiempo estuvo gestándose, en qué punto se dio por concluida, etc.)*

M. V.: Los primeros escritos sobre el desarrollo moral datan ya del año 1993, pero desde mediados de los 70 ya me interesaba el tema de la comprensión del sujeto humano y de su problemática psicológica, como resultado de conflictos en el ámbito de la libertad. Parafraseando un sentencia de Henry Ey, “todas las neurosis son conflictos de la libertad”, entendida tanto como ausencia de constricción externa, como capacidad interna para autodeterminarse. Esta idea fue gestándose en diversos artículos publicados durante estos años, orientados a comprender la fenomenología de las patologías más habituales, entre ellas las fobias y obsesiones, como el resultado de constricciones de la libertad. Más adelante se juntaron las dos líneas de investigación dando lugar a la comprensión fenomenológica de la psicopatología desde la perspectiva de los déficits evolutivos (trastornos de personalidad) o de los conflictos estructurales entre los diversos sistemas de regulación moral. El resultado ha tomado cuerpo en la redacción de estos dos últimos libros “El error de Prometeo” y “Prometeo en el diván”. La originalidad de estas dos obras radica en la aplicación del modelo del desarrollo moral a la psicopatología y la psicoterapia, que constituye una forma de dotar de una visión clínica al modelo piagetiano, de la que carecía por completo, plenamente congenial a su vez con el

Análisis Existencial, carente también de método propio, tal como tuvimos ocasión de constatar en la conclusión de nuestra tesis de doctorado (Villegas, 1981).

E. Q.: *¿Para usted, profesor Villegas quienes fueron sus maestros y referentes?*

M. V.: Mis maestros fueron de papel, puesto que no tuve la oportunidad de formarme con ellos: en filosofía Jean Paul Sartre; en psicología: Jean Piaget; en psicoterapia: Carl Rogers; en psicopatología: Sigmund Freud.

Mis referentes hay que buscarlos en dos tradiciones la constructivista y la existencial. La constructivista, por su doble inspiración en la Teoría de Constructos Personales de George Kelly: el hombre como creador de sentido, y en el Constructivismo Genético-Estructural de Jean Piaget, de donde toma su concepción evolutiva y estructural en relación al desarrollo moral

La existencial por su marco conceptual considerado en su doble vertiente Heideggeriana, que entiende el ser humano como “ser en el mundo” (Ludwig Binswanger, Henri Ey, Roger Mucchielli, entre otros) y Sartreana, que lo concibe como artífice y responsable de su “proyección en el mundo”, desde las que se explica la teoría y la praxis del Análisis Existencial como forma de terapia (Rollo May; Luís Martín-Santos, Fritz Perls, Thomas Szas, Irving Yalom,) tan bien resumida en aquella frase de Henry Ey: “Si no hay libertad humana, no puede haber locura”.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 25, Number 99, November, 2014 – 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; Lluís Casado Esquiús (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

AVANCES EN TERAPIAS COGNITIVAS II

Adrián Montesano
(Coordinador)

Editorial

APROXIMACIONES A LA DINÁMICA DEL CAMBIO: ESTRUCTURAS Y PROCESOS EN PSICOTERAPIA. INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO

Adrián Montesano

¿EXISTE LA TERAPIA COGNITIVA? UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS MODELOS DE PSICOTERAPIA CENTRADOS EN EL TRABAJO CON ELEMENTOS DE CONOCIMIENTO

Jesús García-Martínez

LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PROCESO DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA Y LOS DIFERENTES ENFOQUES TERAPÉUTICOS: UN ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES

Isabel Basto y João Salgado

CAMBIOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO, ESTRUCTURA COGNITIVA Y SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES CON TRASTORNO DISTÍMICO EN TERAPIA DE GRUPO. COMPARACIÓN CON UNA MUESTRA NO CLÍNICA

Esmeralda Vegazo Sánchez y Luis Ángel Saúl

DINÁMICA FAMILIAR Y VÍNCULO PARENTAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Carlota López, Olga Herrero y Luis Botella

LA ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS: EL DIÁLOGO ENTRE VOCES EN EL NIVEL DE INSIGHT

Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz

LA REVISIÓN DEL CICLO DE EXPERIENCIA EN UN CASO DE FIBROMIALGIA

Clara Paz, Victoria Compañ y Mari Aguilera

TRATAMIENTO DEL DUELO EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA GRUPAL

José Manuel Sanz Cruces, Isabel María García Cuenca y Eva Carbajo Álvarez

CULPA, REPARACIÓN Y PERDÓN: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS (III)

Juan García Haro

RESULTADOS DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO SINTOMÁTICO

Antonia M. Gómez Hinojosa, Lluís Botella García del Cid, Sergi Corbella Santomà, Olga Herrero Esquerdo y Meritxell Pacheco Pérez

RECENSIÓN DE LIBROS

La reconsolidación de la memoria:

Desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia

ENTREVISTA A MANUEL VILLEGAS

Elia Quiñones Armaza

