

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

AVANCES EN TERAPIAS COGNITIVAS I

Epoca II, Volumen 25 - julio 2014

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

98 Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 25, Número 98, Julio, 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 Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

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

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

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

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

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

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

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

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

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

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.

CONTENIDO

Monográfico: Avances en Terapias Cognitivas I

Adrián Montesano

Editorial

Aportaciones y retos de las terapias cognitivas ante una sociedad cambiante: Introducción al monográfico 1

Adrián Montesano

Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas 7

Isabel Caro Gabalda

Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano 25

Manuel Villegas Besora

Un enfoque narrativo en la prevención de la violencia escolar: El árbol de la vida y los documentos colectivos 41

Carlos Chimpén, Ana Dumitrascu y Adrián Montesano

Cognición social en trastornos de la conducta alimentaria: Hallazgos clínicos e implicaciones para la psicoterapia 61

Antoni Grau Touriño y Montse Sánchez Povedano

No Oigo y No Estoy Sorda: ¿Alguien me lo puede explicar? ... 77

Raquel Seijas Gómez y Guillermo Larraz Geijo

— Artículos de Libre Acceso —

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

Culpa, Reparación y Perdón: implicaciones clínicas y terapéuticas (II) 93

Juan García Haro

Mindfulness y regulación emocional: Un estudio piloto 123

Alicia Felipe Mateo, Tatiana Rovira Faixa y

Andrés Martín-Asuero

CONTENTS

Special Issue: Advances in Cognitive Psychotherapies I

Adrián Montesano

From the Editor

Contributions and challenges of cognitive therapies in the face of a changing society: Introduction to the special issue 1

Adrián Montesano

Present and future of cognitive psychotherapies 7

Isabel Caro Gabalda

Origin, construction and development of the moral dimensión in the human psyche 25

Manuel Villegas Besora

A narrative approach to the prevention of school violence: The tree of life and collective documents 41

Carlos Chimpén, Ana Dumitrascu & Adrián Montesano

Social cognition in eating disorders: Clinical findings and implications for psychotherapy 61

Antoni Grau Touriño & Montse Sánchez Povedano

I Can't Hear and I'm Not Deaf: Can anyone explain it to me? 77

Raquel Seijas Gómez & Guillermo Larraz Geijo

—Open Access Articles—

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

Guilt, Repair and Forgiveness: Clinical and therapeutic implications (II) 93

Juan García Haro

Emotion Regulation and Mindfulness: A Pilot Study 123

Alicia Felipe Mateo, Tatiana Rovira Faixa &

Andrés Martín-Asuero

EDITORIAL

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

Universidad de Barcelona

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Montesano, A. (2014). Aportaciones y Retos de las Terapias Cognitivas ante una Sociedad Cambiante: Introducción al monográfico. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 1-5.

Resumen

Este número especial está dedicado a recopilar las contribuciones más significativas del V Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas. Los trabajos incluidos en esta entrega cubren diferentes orientaciones y temáticas, que van desde la reflexión teórica sobre la naturaleza humana hasta la presentación de un caso clínico. No obstante, todos los artículos incluidos tienen un denominador común: su capacidad de ofrecer mapas conceptuales y herramientas innovadoras para la intervención clínica ante los retos para la psicoterapia que emergen de una sociedad en continua ebullición.

Palabras clave: Terapia Cognitiva, Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas

Abstract

This especial issue is dedicated to compile the most significant contributions of the V National Conference of Cognitive Psychotherapies. The selected papers in this volume cover different approaches and themes, ranging from theoretical reflections about human nature to the presentation of a single case study. Nevertheless, all the papers share a common denominator: their capacity to provide conceptual maps and innovative tools for clinical intervention, in the face of the clinical challenges emerging from an evolving and changing society.

Keywords: Cognitive therapy, Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas



Este número especial de la *Revista de Psicoterapia* está dedicado a recoger algunas de las aportaciones más representativas del V Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas celebrado en Madrid entre el 14 y el 16 de Noviembre del 2013. El título del congreso *Terapias Cognitivas: aportaciones y retos ante una sociedad cambiante*, refleja el espíritu plural y crítico del encuentro y de la organización que promovió el evento: ASEPCO (Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas: www.terapiacognitiva.net). Digo *plural* porque la etiqueta Terapias Cognitivas acoge a una gran variedad de enfoques psicoterapéuticos con distintas sensibilidades; y *crítico* por su interés en encontrar caminos para adaptar la psicoterapia a los cambios tan acelerados a los que está sometida la sociedad, los cuales afectan no sólo al modo en que las personas manifiestan su sufrimiento sino también al modo en que buscan ayuda y pueden ser ayudadas.

Es claro que la psicoterapia ha recorrido un largo camino desde sus orígenes en los inicios del siglo pasado. Pero es quizás hoy, más que nunca, que la psicoterapia ocupa un lugar destacado en el tejido social, habiendo superado muchos de los tabúes que la condenaban a un ingrato y silencioso anonimato o, en el peor de los casos, al ostracismo. Esta renovada visibilidad de la psicoterapia en la sociedad actual se ve respaldada, por un lado, por el gran volumen de producción científica de los últimos 30 años (Lambert, 2013) pero, sobre todo, por la gran atención que recibe desde los medios de comunicación y de entretenimiento como la TV, las películas, las series, las novelas, la prensa e Internet. Pareciera que la idea de que la psicoterapia es una forma de tratamiento indispensable para diversos trastornos mentales (ansiedad, depresión, adicciones, etc.) y crisis personales (duelos, rupturas sentimentales, etc.), ha calado, de una vez por todas, en el ideario colectivo y que, poco a poco, va tomando presencia para los gestores de la salud física y mental. Lejos de dar por concluido su desarrollo, este hecho coloca a la psicoterapia en la situación de tener que demostrarse y reinventarse a sí misma y de ser capaz de dar respuesta a la diversidad de demandas que surgen de los cambios sociales así como del aumento de personas que buscan ayuda psicológica para resolver sus problemas.

Precisamente, el congreso celebrado en Madrid trató de funcionar como un detector de nuevas realidades clínicas y como un altavoz de propuestas emergentes en el campo de la psicoterapia y la psicología clínica. Aunque la idea de dedicar un número de la revista ya estaba prevista antes de la celebración del congreso, la necesidad de llevarla a cabo cogió aun más fuerza ante la gran participación, el fructífero intercambio de ideas y la calidad de las presentaciones de que fuimos testigos los asistentes del encuentro. Como participante del congreso y colaborador de la revista tuve la suerte de ser encomendado a la honorable aunque difícil tarea de seleccionar y gestionar los trabajos que serían incluidos en el presente monográfico. A sabiendas de las limitaciones de espacio de la prensa escrita y de que cualquier elección implica a su vez el rechazo de otras alternativas igualmente válidas, me esforcé por conseguir una muestra de artículos que recogieran el espíritu plural y

autocrítico antes mencionado. No obstante, creo que es importante explicitar que los fuertes dilemas surgidos en el proceso de selección de artículos nos llevaron finalmente a tomar la decisión de dedicar dos números enteros a las aportaciones del congreso. Sólo de esta manera podíamos reflejar de una forma mínimamente satisfactoria la esencia de lo acontecido durante el mes de noviembre del 2013 bajo el generoso auspicio de la Universidad de Comillas.

Así pues, los textos publicados en este número son sólo la primera parte del conjunto de artículos seleccionados. Fruto de la inteligencia y generosidad de los autores que se han implicado en la preparación de este monográfico, tenemos la oportunidad de reflexionar sobre una variedad de temas clínicos de actualidad. En el primero de los textos Isabel Caro (Caro, 2014) nos ofrece una audaz reflexión sobre las aportaciones de la terapia cognitiva clásica, indicando cómo el desarrollo del modelo hegemónico cognitivo-conductual pasa por la apertura a la diversidad, cuestionando seriamente su diferenciación de otros modelos. Pero su audacia va más allá del estado actual y se aventura a delinear las trayectorias de desarrollo y los retos que deberá afrontar la psicoterapia cognitiva en los años venideros. Su experiencia académica y su sensibilidad clínica convierten al texto en referencia tanto para psicoterapeutas noveles como experimentados.

La lectura de este primer artículo es, sin duda, un buen acicate para aproximarse a las novedades propuestas en el resto de contribuciones del monográfico. En mi opinión, el segundo de los artículos (Villegas, 2014) expone uno de los avances mejor articulados, profundos y más interesantes del panorama nacional en psicoterapia. Con frecuencia se dice que la sociedad actual sufre una crisis profunda de valores, y que la falta de autoreflexión y la orientación del ser humano hacia el tener más que hacia el ser (Fromm, 1991), hacen que la moral y su desarrollo se vean fuertemente comprometidas. La teoría de Manel Villegas se articula, precisamente, sobre las bases del desarrollo moral, para entender y explicar la conducta humana y la psicopatología. La aplicación psicoterapéutica (véase, Villegas, 2011, 2013) de su reflexión teórica es de un valor incalculable para hacer frente a las demandas de la sociedad actual y ayudar a las personas a alcanzar un mayor nivel de autonomía y de responsabilidad sobre su propia existencia. En el presente texto, el lector podrá viajar hasta el origen de la construcción de la dimensión moral en el psiquismo humano y transitar las intrincadas avenidas de su potencial desarrollo.

El tercer texto de esta compilación (Chimpén, Dumitrescu y Montesano, 2014) también hace hincapié sobre la importancia de los valores personales, desde el punto de vista de su aplicación a uno de los fenómenos sociales más perturbadores de la vida de los adolescentes: el incremento de la violencia y las formas de abuso en los centros escolares. Los autores han adaptado algunos de los procedimientos narrativos surgidos del Dulwich Centre en Adelaida, Australia, al contexto español y al marco de la prevención de la violencia. La originalidad de su aportación, no obstante, recae no sólo sobre la innovación técnica sino también sobre su intencionalidad de contribuir al desarrollo de valores personales y, por tanto, de la identidad, en una

etapa del ciclo vital que resulta crítica para tal fin. No resultaría inverosímil que los efectos profilácticos sobre la violencia y el Bullying, pudieran contribuir, a largo plazo, a reducir el impacto en la crisis de valores en las generaciones venideras. En cualquier caso, tanto si se está interesado en el tema de la violencia escolar como si no, el lector encontrará en este texto una rica descripción de innovadoras técnicas narrativas (el Árbol de la Vida y los Documentos colectivos) que pueden ser aplicadas en otros contextos psicoterapéuticos y de intervención comunitaria. Dichos procedimientos, son fáciles de asimilar desde otros marcos de intervención que no sean puramente narrativos, por lo que creo firmemente que el texto ayudará a enriquecer el arsenal técnico de un amplio abanico de lectores.

El artículo de Grau y Sánchez (2014) responde a otro de los retos más importantes en el campo de la salud mental al que la psicología y la psicoterapia no pueden no dar una respuesta. Me refiero a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La gravedad de dichos trastornos (es el trastorno mental que más muertes ocasiona) y la incapacidad del modelo médico de ofrecer un tratamiento efectivo, imprimen el deber y la urgencia de desarrollar y consolidar modelos de intervención psicológica que, como mínimo, frenen el atroz impacto de los trastornos (anorexia, bulimia, atracones, obesidad) sobre la población de mujeres (y cada vez más en la de los hombres). A este respecto, la concienzuda revisión de los autores sobre la investigación en la cognición social en los trastornos de la conducta alimentaria, ofrece vías de innovación insoslayables para cubrir los numerosos déficits de los tratamientos al uso y responder a los perfiles cambiantes de dichos trastornos. En el texto puede notarse la dilatada experiencia clínica de los autores en el campo de los trastornos alimentarios, en la capacidad de traducir los datos de la investigación a la práctica clínica.

Fruto también de la experiencia clínica de los autores surge el quinto y último texto de este monográfico (Seijas y Larraz, 2014). En el contexto de su trabajo clínico en el Hospital Universitario Son Espases, se encontraron con un caso atípico y que, en cierto modo, genera consternación: una niña de 10 años que no oye, pero que no tiene ningún elemento biológico que le genere sordera. La niña estaba a punto de someterse a una operación quirúrgica para realizarle un implante coclear, sin embargo, la coordinación de interconsulta con el equipo de psicología hizo posible que la niña recuperase su funcionalidad auditiva y evitase la terrible experiencia de someterse a cirugía, la cual, inevitablemente, le marcaría de por vida. ¿Cómo lo hicieron los terapeutas? Para descubrirlo sólo hay que adentrarse en el texto de los autores en el que primero conceptualizan los trastornos disociativos en la infancia, y después describen las intervenciones realizadas con la niña que no oye pero que no es sorda. No es extraño que esta aportación ganara el premio, por votación popular, al mejor poster del V Congreso de Psicoterapias Cognitivas. El poster puede consultarse en la web del congreso o en la url <http://congresos.uned.es/w5037/pdfs>.

Como puede desprenderse de lo expuesto, todos los artículos incluidos tienen

un énfasis eminentemente clínico y, en su conjunto conforman, bajo mi punto de vista, una buena dosis de conocimiento y de integración de la teoría con la práctica de la psicoterapia. Espero que los artículos seleccionados resulten de interés e inspiración para los lectores de la revista en su propia práctica y formación profesional. La segunda entrega, que verá la luz en el siguiente número de la revista, contará, entre otras sorpresas, con artículos empíricos y contribuciones de carácter internacional.

Referencias bibliográficas

- Caro, I. (2014). Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 98, 7-24
- Chimpén, C., Dumitrascu, A., Montesano, A. (2014). Un enfoque narrativo en la prevención de la violencia escolar: El Árbol de la Vida y los Documentos Colectivos. *Revista de Psicoterapia*, 98, 41-59
- Grau, A. y Sánchez, M. (2014) Cognición social en trastornos de la conducta alimentaria: hallazgos clínicos e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 98, 61-75
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Editor) *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Ed., Pp. 169-218)*. New York: Wiley.
- Seijas, R. y Larraz, G. (2014). No oigo y no estoy sorda: ¿Alguien me lo puede explicar?. *Revista de Psicoterapia*, 98, 77-91
- Villegas, M (2014). Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano. *Revista de Psicoterapia*, 98, 25-40
- Fromm, E. (1991). *Del tener al ser*. Barcelona: Paidós.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.



Programa Modular Virtual de Postgrado
Formación Continua, UNED

Intervención Psicoterapéutica

Curso 2014-2015

www.intervencion-psicoterapeutica.com

Intervención Psicoterapéutica es un programa modular virtual de Formación Continua de Postgrado en activo desde 2004. Su objetivo general consiste en promover la actualización de los conocimientos requeridos por las actividades psicoterapéuticas. Ofrece un total de 19 módulos de 6 créditos ECTS que pueden ser cursados, tanto de forma independiente, como siguiendo los itinerarios que dan lugar a tres posibles titulaciones: **Máster Universitario en Intervención Psicoterapéutica** (60 Créditos ECTS); **Especialista en Intervención Psicoterapéutica** (30 créditos ECTS), y **Especialista en Ámbitos de Intervención Psicoterapéutica** (30 créditos ECTS). Todas ellas cumplen los requisitos de la disposición transitoria de la Ley de Salud Pública de 5 de octubre de 2011, que habilita a los psicólogos para ejercer actividades sanitarias y registrar la consulta de psicología como centro sanitario.

MÁSTER - ESPECIALISTA MODULOS INDEPENDIENTES

Formación teórica reconocida por ASEPCO (Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas) y por la Asociación Laureano Cuesta para la acreditación FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas)

Matrículas del 7 de Septiembre al 28 de Noviembre

MÁS INFORMACIÓN



Fundación General de la UNED

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

ipsicoterapeutica@psi.uned.es



Fundación Uned

PRESENTE Y FUTURO DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS¹

PRESENT AND FUTURE OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPIES

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia - Facultad de Psicología

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro Gabalda, I. (2014). Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 7-24.

Resumen

La finalidad principal de este trabajo consiste en hacer una reflexión teórica sobre el presente y el futuro de las psicoterapias cognitivas, ejemplificado todo ello, en el modelo cognitivo de Beck, uno de los más desarrollados, y cuya contribución al campo está fuera de toda duda.

En el bloque principal, la reflexión sobre el presente, se señala cómo la psicoterapia cognitiva está rompiendo con el énfasis de sus orígenes, es decir, convertirse en un modelo clínico diferencial con rasgos claros y delimitados. En este sentido, características actuales que muestran la importancia de la tendencia a la aplicación y a los micro-estudios pueden ser problemáticas pues reflejan el importante abandono de una mayor teorización. Además, en el presente asistimos al acercamiento de la psicoterapia cognitiva a la tendencia a la neurociencia y a los intentos de acoger terapias, bien diversas, bajo la óptica de una tercera ola, lo que no deja de ser problemático.

Con este contexto se señalarán algunas reflexiones que pueden suponer un desarrollo en el futuro de las psicoterapias cognitivas que permita continuar reconociéndolas como un modelo claro y distintivo, con su contribución específica al campo de los tratamientos psicológicos.

Palabras clave: psicoterapias cognitivas, modelo de Beck, teorización, aplicación, neurociencia, tercera ola.

Abstract

The main aim of this paper is to make a theoretical reflection on the past and future of cognitive psychotherapies, exemplified in Beck's model, considered as one that has a high development and contribution to the field.

The main section, reflection on its present, describes how cognitive psychotherapy is departing from its origins, i.e., to become a distinctive clinical model. In this sense, present characteristics that show the relevance of the tendency toward application and to the development of micro-studies could be problematic as they reflect the lacking of a higher theoretical reflection. Besides, we could consider problematic nowadays tendency of cognitive psychotherapy toward neuroscience and to the tendency of encompassing different therapies under the heading of a third wave.

Having offered this context some reflections about the future development of cognitive psychotherapies will be made, especially those ones that could contribute to the recognition of cognitive psychotherapy as a clear and distinctive approach, with its own specific contribution to the field of psychological treatments.

Keywords: cognitive psychotherapies, Beck's model, theorization, application, neuroscience, third wave.

Fecha de recepción: 04/06/2014. Fecha de aceptación: 13/07/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Isabel.Caro@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

Como podemos juzgar por el amplio número de publicaciones, en forma de manuales y artículos, no queda un campo en donde no se emplee un enfoque cognitivo, estando, muchos de ellos, plenamente consolidados. Esta variedad y rango de influencia es algo muy valioso. El modelo cognitivo, inspirado o no por el influjo de la época, ha sido tan importante que llega prácticamente a todas las áreas de la psicología clínica (Hollon y Beck, 2013). Pero, antes de continuar, me gustaría hacer una precisión. Dada la amplitud del campo cognitivo, esta reflexión se hará, básicamente, sobre el modelo cognitivo más clásico, es decir, sobre las terapias cognitivas de corte racionalista, como el modelo de Beck. Cualquier acercamiento o generalización que haga debe ser adscrita al contexto adecuado.

Si algo debe el presente a su pasado, es el agradecimiento que debemos tener con aquellos autores que lucharon por “lo cognitivo” cuando el ambiente, en el pasado, no era muy favorecedor, por no decir, francamente hostil. De ello no ha pasado mucho tiempo: unos 40 años. Según Arnkoff y Glass (1992) a Mahoney, tras la publicación de su texto de 1974, se le advirtió que desistiera de sus propuestas si quería seguir teniendo cierta consideración académica. A mediados de los 70 los miembros de la *Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta (AABT)* intentaron impedir, sin éxito, las ponencias cognitivas de su congreso. En pocas palabras, como señalan estas autoras, los puntos de vista cognitivos se consideraban por aquel entonces una herejía.

Desde luego, hemos ganado y mucho. Así, las viejas luchas han terminado, y el modelo cognitivo goza del reconocimiento debido. El presente, por tanto, parece muy prometedor. Entraré de forma más directa en este presente.

El presente: la ruptura con el pasado

Como es de todos conocido el modelo cognitivo surgió con la pretensión de desarrollar un nuevo sistema de psicoterapia, distinto y diferenciado de los otros enfoques.

Lo que ocurre, en mi opinión, es que este empuje *hacia su diferenciación*, por parte de los modelos clásicos, ha dejado de ser tan relevante en el presente. La evolución de las psicoterapias cognitivas supone, desde mi punto de vista, una clara ruptura con su pasado en algunos elementos y un claro estancamiento en otros. Me centraré en algunas características del presente para justificar dicha afirmación.

Énfasis en la técnica y en la aplicación

Los manuales actuales publicados en el campo enfatizan su extenso rango de aplicación (J. Beck, 2011; Dobson, 2012; Hollon y Beck, 2013). Lo que nos queda claro es que estos manuales demuestran cómo aplicar las técnicas cognitivas. En un modelo que pretende su uso clínico, esto, desde luego, no es criticable *a priori*. Todos los que queremos emplear un modelo agradecemos, y mucho, estos “recetarios”. Pero esto tiene consecuencias, como luego veremos.

Esta situación actual y esta clara tendencia hacia la aplicación no ha surgido de la nada, sino que ha surgido de determinados factores socioculturales post II Guerra Mundial, que supusieron el desarrollo de modelos terapéuticos (con todo su bagaje técnico) listos para emplearse y utilizarse (Routh y Reisman, 2003; Seoane, 2005). Características típicas del modelo cognitivo racionalista, como eficacia (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1976), o el desarrollo de manuales (Beck, 1976) son deudores de este crecimiento de la psicología clínica post-guerra.

A pesar de las indudables ventajas, desde esta reflexión, yo percibo ciertos problemas en ello. Problemas que se pueden ejemplificar en un mayor énfasis en la aplicación que en la teorización y con la dificultad para considerar que el modelo de Beck supone una teoría de la personalidad.

Así, y en primer lugar, me parece interesante resaltar que los estudios que se hacen tienen unas características muy concretas. Por ejemplo, si tomamos algunas de las principales revistas en el campo como el *Journal of Cognitive Psychotherapy*, o el *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* la situación que se aprecia es la de micro-estudios, objetivos limitados y concretos en una determinada área.

Por utilizar una metáfora: El bosque que se extiende ante nosotros parece infinito, pero carecemos de perspectiva sobre sus límites. O por decirlo de otra manera, los árboles no nos dejan ver el bosque. Un bosque que se intentó trazar y diseñar con sumo cuidado en el pasado. También es cierto, creo yo, que esta situación se puede generalizar a otros tratamientos psicológicos. El campo de la psicoterapia presenta numeroso micro-estudios, con un difícil anclaje y fundamento teórico. Y si seguimos reflexiones recientes, algo similar parece estar pasando en el campo de la Psicología que se ha convertido en un circo de 58 pistas, una por cada sección de la APA (Lilienfeld, 2007).

Puestas así las cosas me gustaría sugerir que estamos abusando de la “aplicación” en determinados contextos en detrimento de otros desarrollos que también hacen avanzar a un modelo. Y sobre todo a un modelo como el cognitivo cuyas posibilidades de aplicación están fuera de toda duda.

En muchas ocasiones, el modelo se presenta más de forma aplicada que sustentado en una delimitación teórica. Es necesaria una mayor teorización que dé sentido a un campo con una gran variabilidad. Esta aplicación es muy evidente en los manuales al uso mediante los cuales nos llega, principalmente, el modelo cognitivo. Estos manuales destacan, en su listado de elementos y principios básicos, un gran número de características que son técnicas y de aplicación, o de aplicación en patologías concretas, más que específicamente teóricas. En estos textos prevalece la aplicación frente a la teorización distintiva. Este rasgo presenta una situación curiosa.

Por ejemplo, J. Beck (2011) lista 10 características que aparecen en el Cuadro 1. De ellas, podemos apreciar cómo, salvo dos de ellas, el resto tiene un estilo claramente aplicado. Igualmente, Dobson (2012), ofrece una lista de 9 características. Hay una gran coincidencia entre éstas y las de J. Beck, como podemos apreciar

en el Cuadro 1. Sólo las tres resaltadas se podrían considerar un elemento característico de la psicoterapia cognitiva.

Cuadro 1. Un listado de las principales características del modelo cognitivo, tipo Beck.

J. Beck (2010)	K. S. Dobson (2012)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptualización modificable de los problemas del paciente y conceptualización de cada paciente en términos cognitivos 2. Requiere una buena alianza terapéutica 3. Colaboración y participación activa 4. Orientada a una meta y focalizada en el problema 5. Destaca el presente 6. Educativa, el paciente es su propio terapeuta y destaca la prevención de recaídas 7. Con límite temporal 8. Sesiones estructuradas 9. El paciente identifica, evalúa y responde a sus pensamientos y creencias disfuncionales 10. Variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foco: adaptación y problemas en el presente 2. Tratamiento de tiempo limitado 3. Terapia estructurada 4. Papel fundamental de la actividad y las tareas para casa 5. Foco en la relación terapéutica 6. Empirismo colaborador 7. Psicoeducación 8. Eclecticismo técnico 9. Tratamiento como prevención

Viendo esto, si leyéramos estas características resaltadas en la actualidad o las tuviéramos que juzgar sin saber el contexto al que pertenecen, las podríamos adscribir a otros muchos modelos de distinto corte. Las características del Cuadro 1 no parecen ser muy representativas de la psicoterapia cognitiva. Así, la descripción y presentación del modelo cognitivo de esta manera es preocupante, aunque haya textos en donde se ofrece un sustento teórico (i.e., Clark, Beck y Alford, 1999).

Podemos considerar que las hipótesis a comprobar, estudiar o verificar, no pueden surgir de la nada. Necesitan un substrato teórico importante para que el conocimiento avance, y no acabemos haciendo estudios de “usar y tirar”. Parece que en su afán por pervivir, el modelo cognitivo está dejando de prestar atención a aspectos importantes en los que entraré más adelante.

El siguiente ejemplo nos retrotrae, de nuevo, al origen de las psicoterapias cognitivas, e incide, igualmente, en cuestiones relacionadas con su aplicación.

Por ejemplo, los grandes modelos psicoterapéuticos, como el psicoanálisis, se preocuparon de desarrollar primero, una teoría sobre la persona, sobre la personalidad, para pasar después a estudiar aspectos relacionados con la psicopatología o sobre lo que afectaba al ser humano (el *cómo*, el *qué* y el *por qué*, Pervin, 1970). Desde siempre, Personalidad y Psicoterapia han estado unidas ya que es indudable que las características de la persona se pueden relacionar con la enfermedad (Ibáñez, 1993).

Esto no es así en el modelo cognitivo, que se salta esta característica y surge, con mucho ímpetu, como teoría sobre la psicopatología, en forma de estructuras, procesos y contenidos cognitivos problemáticos (Ingram y Kendall, 1986), aunque esta teoría psicopatológica requiera de mayores estudios. A pesar de los argumentos esbozados a favor de que el modelo cognitivo, sobre todo a través del concepto de *modo* (Beck, 1983; Beck, Epstein y Harrison, 1983), supone el desarrollo de un modelo de la personalidad, la psicoterapia cognitiva de Beck, no deja de ser un modelo de corte psicopatológico (que explica, por ejemplo, la depresión), encaminado al desarrollo de toda una teoría clínica, plenamente asentada y eficaz con un énfasis en lo técnico muy notable (Caro, 2013a; Lambert y Supplee, 1997; Messer y Warren, 1990).

En este sentido, las psicoterapias cognitivas, al igual que la ciencia actual y la psicoterapia, se han convertido en tecnología o en *psicotecnología* (Seoane, 1985; Woolfolk, 1992). Lo que le interesa al modelo cognitivo, el desarrollo de toda una serie de técnicas, listas para usarse en cualquier tipo de problema, y que demuestren su eficacia, concreta, en síntomas concretos, está fuera de toda duda. Como destacan Messer y Warren (1990) el énfasis en las terapias cognitivas clásicas está en las técnicas y en la demostración de su eficacia, lo que nos impide considerar que acogen una teoría sobre la personalidad (Caro, 2013a; Pervin, 1996).

Para terminar con este apartado, me gustaría señalar que este énfasis en la aplicación se hace patente, y va indisolublemente unido, al tipo de investigaciones que desarrolla un modelo. Si partimos de que podemos hablar del estudio del *resultado* (¿es el tratamiento eficaz?, ¿produce cambios?), y del *proceso* (¿cómo son eficaces los tratamientos, ¿cómo se producen los cambios?), la tónica general es el interés claro por seguir asentando los *resultados* que ofrece el modelo cognitivo.

Esta cuestión sitúa a la terapia cognitiva en relación a los tratamientos empíricamente validados. Existe evidencia sobre la eficacia y efectividad del modelo (Roth y Fonagy, 1996), sobre todo de la terapia cognitiva de Beck.

Lógicamente, es mejor aplicar aquello que parece ser eficaz que aplicar algo que no lo es. Nuestra ética como profesionales así lo aconseja. Pero esta tendencia, tan claramente defendida por la terapia cognitiva clásica, tiene problemas (véase, por ejemplo, el trabajo de Elliott, 1998). En su lugar, debe complementarse con la tendencia al estudio del proceso del cambio, tal y como comentaré al final de este trabajo.

El giro hacia las neurociencias

Una de las tendencias más notables en años recientes, a partir, fundamentalmente, del artículo de Kandel (1998) consiste en el giro hacia las neurociencias. Revisando los artículos para un número especial sobre el tema de la revista *Cognitive Therapy & Research*, Lilienfeld (2007) comenta que la “balcanización intelectual” de la psicología puede contenerse por la neurociencia cognitiva que

ofrece la promesa de hacer coincidir niveles *moleculares* (por ejemplo, los alelos de los transportadores de los neurotransmisores), *fisiológicos* (por ejemplo, estructuras cerebrales), *psicológicos* (por ejemplo, cogniciones y disposiciones de personalidad), y *socioculturales* (por ejemplo, el apoyo social, las reacciones interpersonales).

A pesar de que lo biológico es anticognitivista, el campo cognitivo muestra su interés por ello. Vaya por delante que el conocimiento de estos mecanismos y de dicha interdependencia supondría un avance más que notable en psicología y psicoterapia, pero queda mucho camino por recorrer.

Como afirmamos en *Semántica General*, si el ser humano funciona como un todo (Korzybski, 1921) no debemos olvidar su desarrollo y fundamentos neurobiológicos y genéticos. Pero, ¿cómo se está desarrollando esto en el campo cognitivo?, ¿qué nos aporta?: para entender este giro tenemos que partir de que el modelo cognitivo de Beck es un modelo que parte del concepto de *vulnerabilidad cognitiva*.

Inicialmente, Beck planteaba una vulnerabilidad de tipo cognitivo. Es decir, hay ciertas estructuras cognitivas idiosincrásicas (esquemas) que se hacen prepotentes durante la depresión, dominan el proceso de pensamiento y conducen a distorsiones cognitivas. Esta vulnerabilidad cognitiva en forma de trastorno del pensamiento será común a todos los tipos de psicopatología (Beck, 1963, 1964). La vulnerabilidad se relaciona con actitudes negativas permanentes sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Aunque no sean evidentes están ahí, de forma latente y explotan, como plantea Beck (1967), cuando se dan las condiciones apropiadas. Si se activan pasan a dominar el pensamiento de una persona y conducen a toda la sintomatología depresiva. Por tanto, esta vulnerabilidad se sitúa en un marco de *diátesis-estrés* que refleja que tanto la depresión, como la ansiedad, por ejemplo, serán más factible que aparezcan cuando un acontecimiento vital “coincide” o es congruente con un esquema.

Este concepto de vulnerabilidad no ha desaparecido del campo cognitivo, y en mi opinión supone asumir, tal y como está formulada, un mecanismo tipo bola de billar erróneo para la psicoterapia cognitiva.

En el Apéndice a la 2ª edición del texto clásico de Beck de 1967, *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, después reeimpreso en 1972 como, *Depression: Causes and treatment* se señala (Beck y Alford, 2009, pág. 345):

“Para dar cuenta del desarrollo de la depresión, se necesita una formulación. Una explicación completa incorpora las vulnerabilidades genética y neurobiológicas que predisponen a la gente a la depresión”.

Se habla de la activación de la amígdala y del gen 5-HTTLPR y su asociación con los sesgos cognitivos y de la disminución de la serotonina y su relación con sesgos disfuncionales (Beck, 2008). Se ha llegado incluso a proponer (Clark y Beck, 2010) un modelo neurofisiológico de la depresión y la ansiedad en donde la activación de esquemas y de sesgos en el procesamiento de la información

dependen de un proceso reflexivo que implica al cortex cingulado anterior, el cortex medial y lateral y el orbitofrontal.

En este contexto se plantean terapias informadas por estos avances. Veamos un breve ejemplo, que nos puede servir en esta reflexión. Por ejemplo, el “*Entrenamiento en Control Cognitivo*” sería un método adyuvante de tratamientos habituales. Se presenta como un tipo de terapia neuroconductual que implica a pacientes (depresivos) en dos tipos de tareas (descritas en Siegle, Ghinassi y Thase, 2007). La primera de ellas está basada en el *entrenamiento en el control de la atención* de Wells (2000) y se dirige a los mecanismos prefrontales (parece existir evidencia de que el incremento en la actividad prefrontal se asocia con mejoras en la depresión). Esta tarea tiene como finalidad controlar la atención selectiva frente a cogniciones repetitivas, automáticas. En pocas palabras, se les pide a los pacientes depresivos que se focalicen en un sonido (pájaros piando) cada vez, luego en cada uno de los presentados y luego que cuenten los sonidos. Los sujetos están focalizados en la tarea y no en los pensamientos repetitivos depresivos.

La segunda tarea es una adaptación de la *tarea de atención serial auditiva espaciada* de Gronwall (1977) y se dirige a activar el cortex prefrontal (lo que mejora el estado de ánimo, por ejemplo, en la esclerosis múltiple) en el contexto de una tarea estresante asociada con la reactividad emocional. Esta tarea supone ir añadiendo dígitos. Se va presentando un dígito detrás de otro y los pacientes lo añaden al anterior (no sumarlo). Se manipula la velocidad de presentación, lo que aumenta el estrés, y cuando se equivocan deben empezar de nuevo.

Los resultados del estudio de Siegle, Ghinassi y Thase (2007) mostraron que tras dos semanas esta intervención adyuvante dirigida a los correlatos cerebrales de la depresión se asociaba con una disminución en la gravedad depresiva: la sintomatología depresiva (medida con el BDI) disminuyó al igual que la rumiación, frente a los pacientes que recibieron el tratamiento standard.

Por ejemplo, uno de los pacientes del estudio de Siegle, Ghinassi y Thase (2007) dijo:

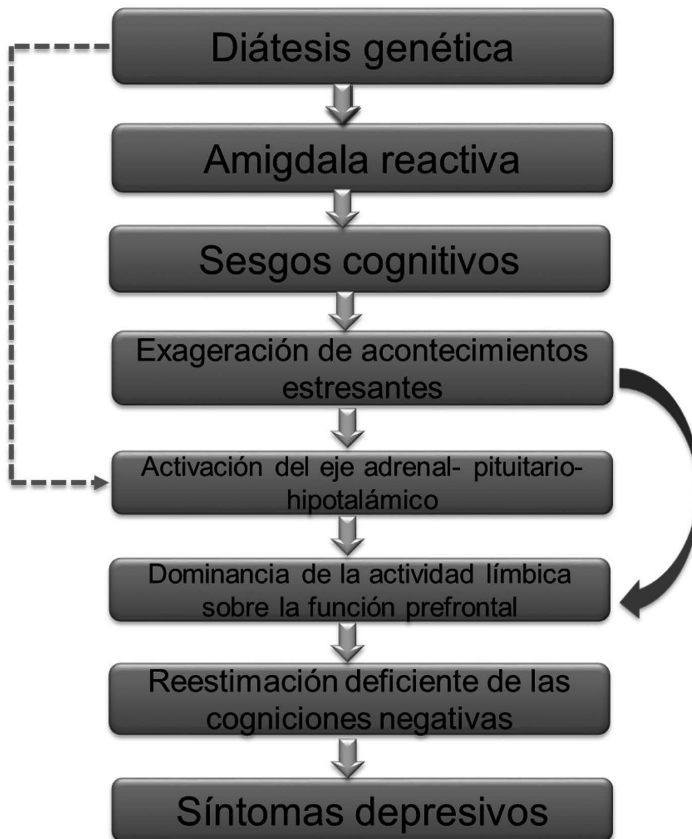
“Sentí que las tareas de la intervención me ayudaron para ser capaz de concentrarme en la tarea que, al principio, me sobrepasaba y frustraba. Aprendí que forzando mi cerebro para hacer la tarea matemática era capaz de ver que podía y que me frustraría pero que me podía recobrar y hacer todavía la tarea matemática.... La intervención de los “pájaros”.... me ayudó a focalizarme sólo en los sonidos y no en los pensamientos recurrentes como el tráfico con el que me iba a encontrar para llegar a mi cita. Por lo general, el programa de pacientes externos y este estudio me ayudaron a progresar mucho” (Siegle et al., 2007, pág. 250).

Que esto es importante, no cabe la menor duda. A los profesionales nos interesa encontrar métodos que alivien el sufrimiento humano, pero éstos no parecen ser métodos cognitivos. Como podemos apreciar en el ejemplo anterior estamos usando métodos, no propios de la terapia cognitiva, para producir cambios.

Así, es interesante recordar lo que plantearon Ingram y Siegle (2010, pág. 88), “la cognición se altera no por psicoterapia, sino ‘reseteando’ las estructuras cerebrales”.

¿Qué podemos pensar de ello? ¿Se pueden reconciliar ambos niveles? Algo así se plantea Beck en 2008 cuando se pregunta cómo se pueden reconciliar dos niveles diferentes de abstracción: lo mental y lo material. La respuesta que da Beck es la de una formulación pragmática, ofreciendo un modelo de la depresión basado en los genes anómalos y que intenta integrar, de forma secuencial y jerárquica el funcionamiento de la amígdala y la dominancia de la actividad límbica con, por ejemplo, los sesgos cognitivos, o la reestimación deficiente de las cogniciones negativas (Figura 1).

Figura 1. Un modelo evolutivo de la depresión basado en los genes anómalos (Beck, 2008, pág. 974)



¿Qué problemas principales se pueden atisbar en este giro? (Véase, por ejemplo, Fuchs, 2004, 2006). Fundamentalmente, el siguiente.

¿Volvemos al reduccionismo?

El reduccionismo es una especie de anatema o de anticristo para muchos. Invocarlo produce rechazo o aplausos, según se mire o a quien vaya dirigido. El problema es que existen varios tipos de reduccionismo. En el campo que nos ocupa, según Lilienfeld (2007) existirían dos tipos principales.

Por una parte, tenemos el *reduccionismo constitutivo*, aceptado por aquellos que son monistas mente-cuerpo y no es problemático para aquellos que parten de una postura materialista: todos los acontecimientos mentales están asentados sobre las actividades del sistema nervioso y por tanto, para explicar los acontecimientos psicológicos debemos estudiar los correlatos fisiológicos.

Por otro lado, tenemos el *reduccionismo eliminativo o avaricioso* que como el viejo juego del *Come Cocos* se come todo lo que queda por arriba de él. No es extraño que Gazzaniga (1998) declarara, reflexionando sobre ello, que la “psicología está muerta”.

Este reduccionismo no lleva a ninguna parte y el otro también es complejo. En la actualidad se está abogando por un *pluralismo explicativo integrador*, también difícil de llevar a la práctica y que es sustituido, más modestamente, por un *reduccionismo de parches (patchy reductionism)* en donde se van encajando piezas de disciplinas y niveles de análisis cercanos.

Supongo que eso es lo que pretendía Beck (2008) con su modelo, pretendidamente integrador (y reconociendo él mismo que no está demostrado, sino inferido) arriba mencionado.

Para Lilienfeld (2007) existen problemas para llevar a la práctica la promesa de la neurociencia. Cuestiones, entre otras, de causalidad o de direccionalidad en influencia son difíciles de mantener cuando muchos trastornos son comórbidos. No podemos olvidar que existe una heterogeneidad etiológica, o cuestiones relacionadas con la primacía causal (¿qué es más profundo o fundamental, lo “psicológico”, o lo “fisiológico?”), etc.

Estas cuestiones del presente me parecen importantes, y lo son en relación al foco de la psicoterapia cognitiva. Además, esta cuestión del foco se relaciona con la defensa de la agrupación de la psicoterapia cognitiva en las terapias de *tercera generación* o de 3ª ola. Veámoslo, brevemente.

El foco de la terapia cognitiva

El interés de Beck, desde el principio, fue estudiar la depresión (Beck, 1963, 1964). Y lo hizo focalizándose en el contenido de la depresión. Esto es, en el pensamiento negativo de las personas deprimidas.

Beck, mientras practicaba el psicoanálisis, comenzó a interesarse por la terapia cognitiva cuando trataba a una paciente: Lucy. Según Beck (1997) cuando exploró cómo se sentía Lucy durante la sesión surgió un pensamiento que le pareció importante: “estoy aburriendo al Dr. Beck”. Este pensamiento era repetitivo y aparecía en otras áreas de su vida, en relación a otras personas. Para Lucy, pensar

que aburría a los demás se asociaba con ansiedad. A partir de allí, Beck comenzó a preguntar (durante las asociaciones libres) a sus pacientes: “¿Qué otros pensamientos tienes ahora?” Parece, pues, que conocer el contenido de lo que pasaba por la cabeza de un paciente llevó al desarrollo de un nuevo modelo de terapia, focalizado, inicialmente, en la depresión.

Conocer los sesgos y distorsiones cognitivas de sus pacientes llevó a formular hipótesis sobre el contenido y el proceso de la cognición, que eran extremadamente distintivas de ella (DeRubeis, Webb, Tang y Beck, 2001). Sin ser excluyentes, el terapeuta cognitivo trabaja con este contenido y con estos procesos. Y lo hace con las técnicas de todo tipo, bien expuestas en los manuales al uso.

Pero esta cuestión del foco clásico de la terapia cognitiva se ha criticado desde planteamientos más actuales en los que entro a continuación.

La terapia cognitiva cabalga las olas

Desde hace algunos años viene siendo algo común en el campo hablar de *tres olas*. 3 olas dentro de la terapia de conducta. En su formulación, Hayes (2004) define “ola” como “un grupo o formulación de supuestos, métodos, y metas dominantes, algunas implícitas, que ayudan a reorganizar la investigación, la teoría y la práctica” (pág. 640).

La *primera ola* sería la terapia de conducta que se puede considerar como la primera ola de una psicoterapia basada científicamente (Hayes, 2004; Öst, 2008). La *segunda ola* sería la terapia cognitiva de Beck, que acabaría convertida en terapia cognitivo conductual. En este sentido, Hayes (2004, pág. 643) dijo:

“La mayoría de los terapeutas dentro de organizaciones como la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta parecieron resolver la tensión entre las dos olas dando un gran paso en la dirección de la terapia cognitiva, pero decidiendo no abandonar las sensibilidades de la primera ola a través del uso de la etiqueta “terapia cognitivo-conductual” (TCC). Se le dio menos énfasis a los principios conductuales y más a conceptos cognitivos, pero nada parecía prohibir el uso de métodos de cambio de primer-orden dirigidos a la conducta manifiesta, la emoción y la cognición, dependiendo de la situación específica y de las preferencias del analista. En este sentido, la segunda ola asimiló en gran medida la primera”.

La *tercera ola* se vería como un avance desde la terapia cognitivo conductual en el que las terapias conductuales y cognitivas se reemplazarían por un grupo de supuestos diferentes, “curando viejas heridas”, tal y como lo presenta Hayes (2004, pág. 660).

Se presentan estas terapias de tercera ola en torno a unos principios como los siguientes (Hayes, op. cit.):

1. Las terapias de tercera ola están comprometidas al nivel de resultado, proceso y principio con las bases empíricas de la terapia de conducta, a pesar de voces divergentes (Corrigan, 2001).

2. Énfasis en estrategias de cambio contextuales y experienciales, incluyendo la aceptación, la conciencia plena, las relaciones, los valores, la espiritualidad, la profundidad emocional, el contacto con el momento presente, etc.
3. Los elementos anteriores no se deben emplear sólo por los clientes, sino por los propios terapeutas.

Siguiendo estos principios deberíamos acoger bajo esta 3ª ola a un conglomerado muy heterogéneo que incluye, entre otras (en Hayes, 2004; Kahl, Winter y Schweiger, 2012; Öst, 2008): la terapia de aceptación y compromiso; la terapia cognitiva basada en la conciencia plena; la terapia de conducta dialéctica; la activación conductual; el sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual; la terapia metacognitiva; la terapia de esquemas de Young; la psicoterapia analítico funcional; y la terapia conductual integradora de parejas.

Examinaré esta cuestión de la tercera ola desde distintos frentes.

1. Creo que hay un problema importante que se diluye en dos: el origen de las psicoterapias cognitivas y la diversidad de las psicoterapias cognitivas.

Hayes (2004) plantea que la Terapia Cognitiva sería la *segunda ola* en el campo de la psicoterapia, sobre todo de la psicoterapia basada en la evidencia. Yo creo que esto es difícil de mantener dado el origen de la psicoterapia cognitiva (Caro, 1995), que no está, exclusivamente, en la terapia de conducta que se erige como lógica protagonista de la *primera ola*.

Vemos esta distinta evolución y el intento del modelo cognitivo por ser algo original, diferente y distintivo, si nos planteamos que la terapia de conducta y la terapia cognitiva dan una distinta explicación del ser humano, del origen de la psicopatología y plantean técnicas diferentes dedicadas a aliviar los problemas psicológicos. Una cosa es que algunos autores, como Meichenbaum y Mahoney surgieran de la terapia de conducta, y otra bien distinta que sus propuestas cognitivas supongan el mismo paradigma que el de la terapia de conducta. El paradigma conductual y cognitivo son bien diferentes.

Por ello parece difícil asumir que la terapia cognitiva sea una ola que sigue a otra ola. Por lo que parece complejo aceptar este planteamiento de la “tercera ola”. No se está criticando el contenido o las terapias implícitas, sino el punto de partida, la clasificación y agrupamiento que podemos considerar erróneos y engañosos.

2. ¿Tiene sentido hablar de una tercera ola? Indudablemente, la propuesta y defensa de Hayes (2004) está muy bien articulada. Pero a juzgar por el listado de terapias mencionado, la inclusión de estas terapias *en conjunto* como algo significativo es difícil de entender.

A partir de su definición de ola, ya expuesta, Hayes se propuso con esta propuesta reorganizar el campo que se estaba haciendo caótico. Nada que objetar a ello. Ciertamente el campo se estaba haciendo caótico, pero creo que no ha conseguido reorganizarlo. Por ejemplo, Mansell (2008) señala esta variabilidad y la dificultad de saber los límites del campo cognitivo conductual.

Tal y como yo veo este agrupamiento de terapias arriba enumeradas, no deja de ser un *melting pot postmoderno*, un conjunto difícil de integrar. Si comparamos la terapia de aceptación y compromiso de Hayes vemos que no se parece en nada a la terapia cognitiva. En los manuales de terapia cognitiva se insiste una y otra vez en lo mismo. Por ejemplo, puede haber un cambio de centrarse en el contenido a centrarse en el darse cuenta y en la relación de los pensamientos (algo típico de propuestas consideradas como 3ª ola), pero su integración plena está aún por ver. Es decir, la terapia cognitiva no se actualiza a partir de estas nuevas propuestas, se sigue “vendiendo” prácticamente igual, aunque añade elementos de esta tercera ola.

Veamos un breve ejemplo, proveniente de la *activación conductual* que forma parte de esta 3ª ola.

Si tomamos el texto de J. Beck en su edición primera, de 1995, la activación conductual aparece como una referencia a una de las tareas para casa. No obstante en la segunda edición del texto, en 2011, se convierte en un capítulo. Si leemos el capítulo vemos como lo que se plantea es lo clásico, no hay ninguna innovación: se habla de la importancia del dominio y placer que ya estaba en Beck et al. (1979), en ser más activos en el caso de la depresión, en la programación diaria y gradual, en los experimentos conductuales como medio que tiene el paciente para comprobar sus ideas y/o comprobar la adecuación de sus pensamientos automáticos comparando lo que sucede con lo que pensaban. Todo esto estaba en Beck et al. (1979). No parece existir una gran innovación.

Yo creo que la justificación de esta 3ª ola es un ejemplo de uno de los rasgos del giro a lo postmoderno (también lo alega Hayes, 2004, pág.644), en donde *los grandes sistemas de psicoterapia se desvanecen*, y al que, podemos asumir, ha contribuido el énfasis en la aplicación, la disminución de la importancia de la teorización, y el desarrollo de micro-estudios, todo ello ya comentado.

3. ¿Quién se come a quién? Aunque se presenta como que la terapia de conducta se abre e integra a la cognitiva, o como que hay una integración entre las dos, es difícil contemplar dicha integración.

Las terapias cognitivas no vienen de la terapia de conducta como acabo de plantear. Desde el momento en que surgen son criticadas desde la terapia de conducta y desde dentro, con un notable giro hacia el constructivismo (Arkoff y Glass, 1992; Mahoney, 1977a,b).

Si partimos de la distinción clásica de Norcross y Newman (1992), la *integración* supone hacer un nuevo enfoque desde una perspectiva teórica, mezclando y unificando partes, de manera que el resultado sea más que la suma de sus partes. Es difícil considerar esta integración que se propone.

Podríamos decir que los terapeutas de conducta se acercan a lo cognitivo y los terapeutas cognitivos emplean técnicas conductuales en un giro hacia el eclecticismo muy notable. Volviendo a Norcross y Newman (1992) el *eclecticismo* elige las técnicas a aplicar, sumando unas a otras. Se elige y se aplica lo que hay. Me gustaría señalar que este eclecticismo es otro rasgo típicamente postmoderno. Como plantea

Dobson (2012) una de las características básicas de la terapia cognitiva es el amplio rango de técnicas que se emplean, para evaluar o cambiar al paciente a niveles conductuales, emocionales y fisiológicos. Un ejemplo claro de ello lo tenemos en la terapia centrada en esquemas de Young (Young, Klosko y Weishaar, 2003) que emplea técnicas experienciales, conductuales, cognitivas y de corte dinámico en el tratamiento de los trastornos de personalidad (ante todo) y de otros trastornos como la depresión.

El futuro de las psicoterapias cognitivas

Llega el momento de plantear cuestiones relacionadas con el futuro de las psicoterapias cognitivas. Sin duda, es más fácil describir el presente que anticipar el futuro. Las predicciones son peligrosas y engañosas.

Me gustaría señalar que el campo cognitivo tiene un importante presente, como una importante teoría clínica. Pero, en mi opinión, debería ser un poco más cuidadoso cara a un futuro, lo que podría ser consecuencia de su énfasis actual. Esta sería la principal cuestión que me gustaría resaltar.

Unida a ésta, me gustaría comentar en pocas palabras, que el campo cognitivo no se ha hecho lo suficientemente cognitivo. O, al menos, debería hacerse más cognitivo y sustentarse de diversas maneras complementarias.

Me atrevo a sugerir, en este sentido, varias cosas.

El énfasis en la aplicación

Como se puede deducir de lo expuesto anteriormente, la aplicación del modelo es más que adecuada. Parece que el modelo cognitivo tiene algo que ofrecer al campo clínico. Pero se debe ver todo esto complementado por una mayor teorización. Veamos algunas cuestiones en este sentido.

En primer lugar, sería interesante disponer de una teoría sobre la persona que trascienda los límites de la psicopatología y de la aplicación.

Una cuestión relacionada que considero importante estriba en intentar ofrecer una visión cognitiva del sujeto propio del modelo cognitivo. En un trabajo reciente (Caro, remitido para su publicación) he planteado dicha cuestión y creo que nos puede facilitar comprender y delimitar mejor al modelo cognitivo. Si partimos, muy resumidamente, de que la terapia cognitiva, tipo Beck, se asienta sobre un *sujeto racionalista* que desarrolla la máxima cartesiana de “pienso, luego existo”, podremos encuadrar al modelo en su contexto histórico, entender la explicación de la psicopatología que se hace, así como entender la demanda clínica que el terapeuta cognitivo hace a sus pacientes.

Se deberían estudiar más los procesos cognitivos, las estructuras y el contenido cognitivo pero desde una perspectiva netamente clínica, más cercana a perspectivas social-cognitivas, que a perspectivas de procesamiento de la información (Caro, 2013b). La articulación y las relaciones, por ejemplo, entre un esquema, una distorsión cognitiva y cómo aparece todo esto en el flujo del pensamiento del

paciente y su acompañamiento emocional, es de gran relevancia. Teniendo, siempre en cuenta, la evitación de hipótesis de unidireccionalidad causal.

Seguimos sin tener muy claro, o al menos respuestas más concluyentes, sobre: ¿Cómo se organiza la información?; ¿cómo un paciente navega por su mundo cognitivo?

¿Cómo piensa un paciente?; ¿Por qué se ve afectado por ideas del tipo “la vida es un desastre” o “soy un fracaso”?

¿Cómo empleamos la memoria y el recuerdo?

¿Cómo desarrollamos aquello que llamamos nuestra filosofía de vida, nuestros valores, ideales y creencias?

¿Cuáles son nuestros mecanismos de vinculación social?, ¿cómo influye esto en nuestra visión como individuos?

¿Cómo construimos la “realidad” en un sistema social que cambia continuamente y que tantas demandas nos hace en todas nuestras etapas vitales?

En mi opinión, el énfasis en los tratamientos empíricamente validados oscurece el funcionamiento cognitivo del modelo y la posibilidad de dar respuesta a alguna de las preguntas anteriores. Por dos cuestiones fundamentales: una por el foco y otro por la estrategia a seguir.

El foco no debe ser, exclusivamente, la aplicación del modelo, sino que debe abrirse a nuevas teorizaciones, ya esbozadas.

La estrategia no debe estar en partir de un “paquete de tratamiento”, desmantelando sus ingredientes y estudiando su eficacia diferencial. En terapia las cosas no funcionan así, y este mecanismo de bola de billar, de aplicación de técnicas como si se aplicaran de forma quirúrgica, me parece terriblemente problemático. En su lugar, la psicoterapia cognitiva debería preocuparse por el *cómo*, y no sólo por el *qué*. Es decir, hacer un notable giro hacia el estudio del proceso del cambio, tan escasamente representado en psicoterapias cognitivas.

Sería importante conocer cómo entra un paciente en terapia, cuáles son sus elementos cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales, etc. y cómo evolucionan éstos a lo largo del tratamiento, en el paciente, en la relación entre el paciente y el terapeuta y en el empleo inteligente de las técnicas al uso.

La psicoterapia cognitiva y la neurociencia

El giro hacia las neurociencias puede traer problemas para el futuro de la terapia cognitiva pues, en mi opinión, no le está dando una base cognitiva a la terapia cognitiva. Me parece interesante por cuanto tiene de explicación del funcionamiento del ser humano, pero su traspaso al campo cognitivo supondría un cambio total del modelo con una dificultad básica no resuelta: ¿cuáles son las relaciones entre el hardware y el software?

Nadie duda de que lo que hacemos influye en nuestras estructuras cerebrales, pero me gustaría asumir que el desarrollo o el futuro de las psicoterapias cognitivas está en quedarse con lo que es claro y definitorio, con lo propio del modelo cognitivo

y seguir creciendo ante el paso del tiempo y frente a otros modelos.

Los avances que se intentan integrar en el modelo cognitivo no dejan de suponer una cierta divergencia entre lo nuevo y lo que se “vende” como más característico del modelo. Como ya he dicho con anterioridad se suele seguir planteando lo mismo, a pesar de señalar la importancia de lo nuevo.

Su acercamiento a otros modelos y desarrollos

Respecto a la tercera ola, yo creo que a la base de ella está el “estás dentro o estás fuera”. Y esto es preocupante. La variabilidad psicoterapéutica no puede reducirse a una lente única. El lema debería ser más integrador y de aceptación. Me parece problemático (y ajeno a la propia evolución de la psicoterapia en general, con su gran variabilidad) la búsqueda de predominancia de un modelo, de uno frente a otros. Esta errónea mentalidad de predominancia, debe sustituirse, en mi opinión, por una mentalidad de semejanzas, diferencias y relaciones, pero no de quién es mejor o peor.

Puestos a integrar me gustaría sugerir otro camino. Aunque hoy en día parecen dos modelos de difícil engranaje y con grandes diferencias ontológicas, epistemológicas, teóricas, filosóficas y prácticas (Mahoney y Gabriel, 1987; Mahoney, 1991) yo creo que el enfoque que sobre el conocimiento hace el constructivismo es muy importante. En este sentido la terapia cognitiva clásica debería acercarse más al constructivismo. No sé si esto sería una 1ª, 2ª o 3ª ola, pero, desde luego, supondría un giro y una innovación más que notable en el campo cognitivo.

Si los modelos constructivistas dan su particular respuesta sobre el ser humano y sus procesos de conocimiento y de aporte de significado, buscar una mayor convergencia entre estas diversas propuestas cognitivas parece una evolución natural.

¿Qué temas son importantes y, en mi opinión, pueden suponer una notable contribución? Antes de exponerlos, hay que hacer constar que algunos de estos temas forman parte de la propia evolución de las psicoterapias cognitivas, siendo el foco y la propuesta principal de algunos modelos cognitivos, diferentes a los clásicos, como es el modelo de Beck (Caro, 2011). Creo que la psicoterapia cognitiva, más clásica, al menos en la que aquí me he centrado se puede ver mejorada por el estudio de:

¿Cuál es el papel de la emoción? Los seres humanos no somos sólo razón, sino emoción.

¿Cuál es el papel del lenguaje y de las narraciones? Esto supondría entender al sujeto racionalista, típicamente cognitivo, desde perspectivas bien diferentes.

¿Podríamos romper con la directividad clásica del modelo cognitivo?; ¿ventajas de un tipo diferente de relación terapéutica?

¿Podríamos inspirarnos en el constructivismo para acceder a técnicas bien diferentes?

¿Cuál es el importante papel de la historia del individuo?

Etc.

La idea básica, para concluir, es que el modelo cognitivo crezca como modelo cognitivo. Al menos, esto es lo que se deriva de su presente y lo que, sugiero, debe articular su futuro.

Es decir, podemos asistir con mucho interés a desarrollos en el presente, pero cara a un futuro considero que quizás, en unos años, ¿no sepamos?, ¿no reconozcamos?, lo que es la terapia cognitiva, o, al menos, las psicoterapias cognitivas que se pueden considerar clásicas y en las que me he centrado básicamente en este trabajo.

Notas

- ¹ Este trabajo se basa en la conferencia plenaria presentada por la autora en el V Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas (Madrid, 2013).

Referencias bibliográficas

- Arnkoﬀ, D.B. y Glass, C.R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. En D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy. A century of change* (pp. 657-694). Washington: American Psychological Association.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press. (Publicado en 1972 como *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press).
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P.J. Clayton y J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.
- Beck, A.T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 6, 276-284.
- Beck, A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Beck, A.T. y Alford, B.A. (2009). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Epstein, N. y Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy. Basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press. (2ª ed.).
- Caro, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao: DDB.
- Caro, I. (2013a). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck. Reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, 109, 19-49.
- Caro, I. (2013b). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas. Una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 37-69.

- Caro, I. (remitido para su publicación). *The subject in cognitive psychotherapy*.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 418-424.
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Corrigan, R.W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 189-193.
- DeRubeis, R.J., Tang, T.Z., y Beck, A.T. (2001). Cognitive therapy. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 349-393). Nueva York: Guilford Press.
- Dobson, K.S. (2012). *Cognitive therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide for empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, 115-125.
- Fuchs, T. (2004). Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 479-485.
- Fuchs, T. (2006). Ethical issues in neuroscience. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 600-607.
- Gazzaniga, M.S. (1998). *The mind's past*. Berkeley: University of California Press. (Edición castellana en Ed. A. Bello, 1998).
- Gronwall, D.M. (1977). Paced auditory serial-addition task: A measure of recovery from concussion. *Perceptual & Motor Skills*, 44, 367-373.
- Hayes, S.D. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hollon, S.D. y Beck, A.T. (2013). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 393-442). Nueva York: Wiley.
- Ibáñez, E. (1993). Bosquejo para el análisis de las relaciones entre personalidad y psicoterapia. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp.351-369). Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- Ingram, R.E. y Kendall, P.C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. En R.E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). Orlando: Academic Press.
- Ingram, R.E. y Siegle, G.J. (2010). Cognitive science and the conceptual foundations of cognitive-behavioral therapy: Viva la evolution! En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 74-93). (3ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Kahl, K.G., Winter, L. y Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 522-528.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Korzybski, A. (1921). *Manhood of humanity*. Nueva York: Dutton.
- Lambert, M.J. y Suplee, E.C. (1997). Trends and practices in psychotherapy outcome assessment and their implications for psychotherapy and applied personality. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 947-967). San Diego: Academic Press.
- Lilienfeld, S.O. (2007). Cognitive neuroscience and depression: Legitimate vs. illegitimate reductionism and five challenges. *Cognitive Therapy & Research*, 31, 263-272.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behaviour modification*. Cambridge: Ballinger.
- Mahoney, M.J. (1977a). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- Mahoney, M.J. (1977b). Cognitive therapy and research: A question of questions. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 5-16.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. Nueva York: Basic Books
- Mahoney, M. y Gabriel, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 39-59.
- Mansell, W. (2008). The seven C's of CBT: A consideration of the future challenges for cognitive behavior therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 641-649.
- Messer, S.B. y Warren, S. (1990). Personality change and psychotherapy. En L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality. Theory and research* (pp. 371-398). Nueva York: Guilford Press
- Norcross, J.C. y Newman, C.F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. En J.N. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-45). Nueva York: Basic Books.

- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 46, 296-321.
- Pervin, L.A. (1970). *Personality: Theory, assessment and research*. Nueva York: Wiley & Sons. (Edición castellana en DDB).
- Pervin, L.A. (1996). *The science of personality*. Nueva York: Oxford University Press. (Edición castellana en Ed. McGraw-Hill).
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom*. Nueva York: Guilford Press.
- Routh, D.K. y Reisman, J.M. (2003). Clinical psychology. En D.K. Freedheim y I.B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology. Vol. 1. History of psychology* (pp. 337-356). Nueva Jersey: Wiley.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. y Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Seoane, J. (1985). Conocimiento y representación social. En J. Mayor (Ed.), *Actividad humana y procesos cognitivos (Homenaje a J.L. Pinillos)* (pp.383-398). Madrid: Alhambra.
- Seoane, J. (2005). Hacia una biografía del self. *Boletín de Psicología*, 85, 41-87.
- Siegle, G.J., Ghinassi, F., y Thase, M.E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and extended sample of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy & Research*, 31, 235-262.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition innovative cognitive therapy*. Nueva York: Wiley.
- Woolfolk, R.L. (1992). Hermeneutics, social constructionism and other items of intellectual fashion: Intimations for clinical science. *Behavior Therapy*, 23, 213-223.
- Young, J.E., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Press. (Edición castellana, en Ed. Desclée, 2013).

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

ORIGIN, CONSTRUCTION AND DEVELOPMENT OF THE MORAL DIMENSIÓN IN THE HUMAN PSYQUE

Manuel Villegas Besora

Centro de psicoterapia ITACA

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2014). Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 25-40.

Resumen

La teoría del desarrollo moral entiende la psicopatología y la psicoterapia como el resultado de una condición humana particular, la condición moral, única entre los seres vivos. Los seres humanos son los únicos que deben regular sus interacciones en términos de regulación moral, dado que su convivencia no se desenvuelve en base a regulaciones instintivas o naturales. En esta presentación se intenta indagar acerca de las bases que explican el origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano.

Palabras clave: desarrollo moral, psicoterapia, autonomía, filosofía, neoestructuras, ética, etología

Abstract

The theory of moral development understands the psychopathology and psychotherapy as the result of a particular human condition, the moral dimension. Humans are the only ones who should regulate their interactions in terms of moral regulation, given that their coexistence unfolds not based on natural or instinctive regulations. This presentation attempts to investigate the foundations to explain the origin, construction and development of the moral dimension of the human psyche.

Keywords: moral development, psychotherapy, autonomy, philosophy, neostructures, ethics, ethology



*“Los legisladores nos dicen:
Esto está prohibido, esto otro puedes hacerlo.
Pero no esperes nunca que te digan:
Eres responsable de tu persona,
aprende a reflexionar por ti mismo”.*
Ibn Arabi (poeta andalusí del siglo XII)

Introducción

La dimensión moral, como característica constitutiva u ontológica del ser humano, surge de la exigencia de la organización social intrínseca a la especie. El ser humano se caracteriza por ser un organismo consciente no sólo del mundo que le rodea a través de sus sensaciones o percepciones, sino también del efecto que tienen sus acciones sobre él. De este modo, todos sus actos implican una dimensión moral en relación a las consecuencias que tienen o que pueden producir sobre su entorno natural y social.

El comportamiento humano adaptado o desadaptado (“normal” o “patológico”) es el resultado de un balance psíquico interno frente a una situación social externa, que es la que le otorga su dimensión moral. Un acto es considerado moral si se conforma a los criterios que regulan el comportamiento social; pero el criterio último que puede evaluar esta conformidad es nuestra propia conciencia. Ésta tiene que elegir y hacerse responsable de sus propias elecciones y consecuencias. Moral es, en efecto, un concepto que hace referencia a las costumbres sociales, pero también a la conciencia de intencionalidad.

En esta presentación me gustaría apuntar algunos conceptos que sirvan de fundamento a una reflexión sobre las relaciones entre conciencia moral y regulación psicológica, enunciados a través de cinco postulados y un corolario

5 postulados

1. La existencia de una regulación moral propia de la especie humana
2. La novedad filogenética de la regulación moral
3. La naturaleza neoestructural de la regulación moral
4. El carácter evolutivo de la ontogénesis de la conciencia moral
5. La naturaleza moral de la regulación psicológica

1 corolario

La regulación moral es independiente de su contenido axiológico

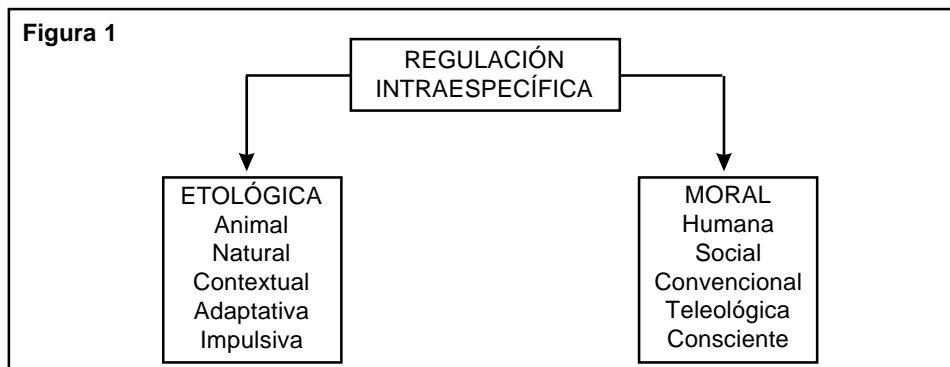
Postulado 1. La existencia de una regulación moral, propia de la especie humana

Más allá de cuestiones imposibles de responder categóricamente, como quién decide lo que está bien o está mal, cuál es el fundamento último para la constitución

de una moral universal o si existe un criterio inequívoco con el que regularse moralmente, lo que resulta indiscutible es la existencia de una conciencia moral y que la conciencia, independientemente de su contenido, es una función psico-lógica universalmente reconocible.

Aunque, como ponen de relieve estudios llevados a cabo por algunos etólogos, se pueden describir algunos comportamientos en primates en términos de reciprocidad, equidad, reconciliación, consolación, mediación en conflictos, basados en una cierta capacidad de empatía que implican una percepción del estado contextual y emocional del otro (Preston y de Waal, 2002) éstos no pueden considerarse todavía morales, porque no están dictados por las normas sociales, sino por ajustes evolutivamente adaptativos.

Estos ajustes adaptativos y contextuales son los responsables de la regulación intraespecífica de los distintos grupos de animales, desde los insectos y reptiles a los mamíferos superiores, objeto de estudio por parte de la et(h)ología, la disciplina científica que describe “la ética” o costumbres (*ethos*) con que se rige cada una de las especies en su *hábitat* natural. La dimensión moral, en cambio, es propia exclusivamente de la especie humana y supone la socialización del sistema de regulación conativa humana. Puede definirse como “la socialización de los impulsos” (Figura 1).



Postulado 2. La novedad filogenética de la regulación moral

Esta característica es exclusiva de la especie, lo que supone una novedad filogenética en la historia de la evolución, y halla su fundamento en la indeterminación de la existencia humana, tal como se deduce del mito de Prometeo en el Protágoras. A través de este mito explica Platón (*Protágoras*, 320-322) la creación del hombre en dos estadios sucesivos, uno natural, complementado por los dones divinos de la ciencia y la tecnología, arrebatados a Hefesto y Atenea, y otro sobrenatural, debido a la intervención directa de Zeus, que concede al hombre el sentido del pudor y de la justicia, base de la dimensión moral.

De este mito se extraen claramente dos conclusiones:

1. La primera es que el ser humano no llega a tal sin el desarrollo de la

dimensión moral, condición inexcusable para considerarlo *homo sapiens*.

2. La segunda es que la dimensión moral no es una dotación originaria del ser humano, sino que debe ser añadida a su naturaleza primigenia.

Estas consecuencias del mito son las que nos llevan a postular, por una parte, la dimensión moral como *característica constitutiva u ontológica* del ser humano, surgida de la exigencia de la organización social intrínseca a la especie, mientras que, por la otra, nos obliga a considerarla como una *neoestructura* añadida a las estructuras innatas a las que se sobrepone, y a estudiar *evolutivamente* su proceso de construcción a través de las diferentes fases del desarrollo psicológico.

No se trata naturalmente de justificar la organización moral de la psique en base a la mitología, sino de tomar de ella la capacidad explicativa como *metáfora* de la emergencia de la conciencia moral.

Postulado 3. La naturaleza neoestructural de la regulación moral

El dios de la Biblia, los dioses del Olimpo o los procesos evolutivos de donde emerge el ser humano, no previeron ni proveyeron la aparición de la neoestructura moral con que regularse en las relaciones interpersonales y sociales. De ahí, el título del libro “El error de Prometeo” (Villegas, 2011), donde exponemos la teoría del desarrollo moral, en alusión al mito según el cual los dioses encargaron a los titanes Epimeteo y Prometeo la formación del hombre. Epimeteo creó la figura, mientras Prometeo se encargó de otorgarle el fuego y la técnica para poder sobrevivir en un medio salvaje, hasta transformarlo en un espacio urbano (la *polis*), pero se olvidó de dotarle de un sistema que regulara su convivencia social e interpersonal. Zeus en persona tuvo que intervenir para enmendar este error, ordenando a Hermes que distribuyera entre los humanos la conciencia moral para hacer posible su supervivencia como especie social. En consecuencia la moral es una neoestructura que tiene que seguir un proceso de formación de neoestructuras, no previstas por la naturaleza, que sigue un proceso de regulación evolutivo bajo el principio de la mejor adaptación al medio, lo cual da lugar a un desarrollo por fases que arrancan ya en la primera infancia.

Ahora bien, ¿cuáles son los principios que rigen esta moralidad? Dado que la regulación moral no estaba prevista en la naturaleza (*φύσις*, *physis*) humana, sino encomendada a las convenciones sociales (*νόμος*, *nomos*), surgen dos cuestiones

1. Cómo se llega a un pacto social que consensue las leyes (cuestión que incumbe a la filosofía moral o política, de la que se ocuparon ya en sus albores Platón o Aristóteles)
2. Cómo se forman psicológicamente las estructuras reguladoras de pensamiento, sentimiento y acción individual (cuestión que incumbe a la psicología evolutiva, a partir de la construcción de neoestructuras en función de la incorporación del “nomos” social.).

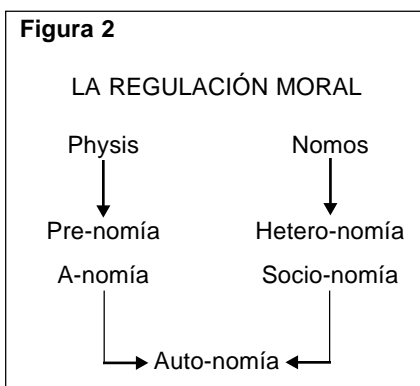
Las estructuras psicológicas de regulación se constituyen en función de su adscripción a su origen natural (*φύσις*), o social (*νόμος*), anterior (pre-nomía) o

carente (a-nomía) de regulación social, o determinado por ella de forma impersonal (hetero-nomía) o inter-personal (socio-nomía), cuya síntesis se logra en la auto-nomía (Figura 2).

Postulado 4. El carácter evolutivo de la ontogénesis de la conciencia moral

Si la conciencia moral no es innata, se hace preciso describir el proceso a través del cual se genera y desarrolla evolutivamente en el psiquismo humano, como sistema de socialización de las estructuras de regulación conativa humana

De este modo, consideramos la progresión *evolutiva* en la formación de la conciencia moral en base a diferentes *estadios de regulación moral* que van desde una fase pre-nómica (anterior a cualquier organización social) a la auto-nomía (formación de un criterio de regulación propia en un contexto social), de acuerdo con el siguiente esquema (Cuadro 1).



Cuadro 1	
CORRESPONDENCIAS ETAPA EVOLUTIVA – DESARROLLO MORAL	
ETAPA EVOLUTIVA	NIVEL DE DESARROLLO MORAL
PERIODO NEONATAL (0 – 2 AÑOS)	PRENOMÍA
INFANCIA (2 – 6 AÑOS)	ANOMÍA
NIÑEZ (6 – 12 AÑOS)	HETERONOMÍA
ADOLESCENCIA (12- 18 AÑOS)	SOCIONOMÍA COMPLACIENTE
JUVENTUD (18 AÑOS)	SOCIONOMÍA VINCULANTE
EDAD ADULTA	AUTONOMÍA

Postulado 5. La naturaleza moral de la regulación psicológica

De este modo la conciencia moral se convierte en el criterio de la regulación psicológica en cuanto pensamientos, sentimientos y acciones van a verse mediados por ella. Todos los actos que derivan de mis elecciones o decisiones recaen sobre

mi responsabilidad, en la medida en que soy yo quien las decide. Y todas estas acciones implican una dimensión moral en relación a las consecuencias que tienen o que pueden tener sobre mí y sobre los demás. Son precisamente los constructos de libertad y responsabilidad, sobre los cuales se apoya la posibilidad de construcción de la moral como criterio de regulación social, los que sirven como fundamento para la razón práctica kantiana (Kant, 1846, 1975, Camps, 2011).

Moral es, en efecto, un concepto que hace referencia a las costumbres sociales, pero también a la conciencia de intencionalidad. Un acto es considerado moral si se conforma a los criterios que regulan el comportamiento social; pero el criterio último que puede evaluar esta conformidad es nuestra propia conciencia. Ésta tiene que elegir y hacerse responsable de sus propias elecciones y consecuencias.

Corolario único

La regulación moral es independiente de su contenido axiológico

Este corolario hace referencia al hecho que, independientemente de los valores axiológicos de una cultura o sociedad determinada, los sistemas psicológicos de regulación moral continúan reproduciendo la misma estructura en virtud de su relación con el *nomos* social, según el grado de desarrollo e integración alcanzado por sus individuos en una escala de menor a mayor autonomía. La dimensión trascendente de la conciencia humana es la que le otorga su carácter moral: sus pensamientos, sentimientos, acciones y decisiones, en efecto, tienen consecuencias necesarias para bien o para mal sobre sí mismo y sobre los demás. En ausencia de un criterio universalmente válido para determinar los criterios de distinción entre el bien y el mal, la perspectiva psicológica nos permite distinguir si un comportamiento obedece a criterios egocentrados (prenómicos o anómicos) o alocentrados (heteronómicos o socionómicos), pero no evaluar su valor ético universal.

La condición deliberativa de la voluntad humana no dice nada, en efecto, sobre su rectitud moral. La voluntad, por ejemplo, puede estar al servicio de las causas más nobles o las más perversas: es una característica psicológica, no ética. Si es regulada sólo por deseos o sentimientos anómicos, desintegrados de consideraciones hetero- y socio-nómicas puede fácilmente desembocar en conductas a- o anti-sociales. En consecuencia, la sumisión o el rechazo de las normas compartidas por parte de determinados individuos o grupos, no nos habla de su bondad o maldad, sino de las actitudes de sus miembros frente a ellas, quedando para una discusión filosófica el tema de su fundamentación axiológica.

La cuestión de la fundamentación axiológica

El problema de la fundamentación de los valores morales o éticos (axiología) atraviesa la filosofía desde que ésta, proclamando la muerte de Dios como fundamento de la regulación moral, la llevó a la aporía. Las alternativas inmanentes que el pensamiento moderno e ilustrado ha sido capaz de aportar se reducen a dos: la naturaleza (*physis*) y la convención social (*nomos*). Partidarios de una y de otra

(como Rousseau y Hobbes) se discutirán la primacía sin llegar nunca a una posición concluyente. En este contexto, Kant y Sade representan dos respuestas “excesivas”: una “moralidad humana” regida por una voz interior, absoluta y universal (Kant) versus una “(in)moralidad animal” regida por las leyes naturales del cuerpo individual (Sade).

En este escenario de pérdida de la transcendencia, la filosofía kantiana desplaza el fundamento metafísico de la moral al interior del sujeto (tomando el nombre de imperativo categórico) y la interiorización de la ley moral kantiana se convierte en el último reducto de libertad y de transcendencia capaz de fundamentar la ética. La propuesta kantiana resuelve la aporía, desplazando la idea de Dios, de la naturaleza –carente de sentido, caso de tenerlo, o al menos incognoscible– al interior de la conciencia. La dimensión divina de la moral kantiana se manifiesta en la incondicionalidad del imperativo categórico que rechaza cualquier tipo de utilitarismo y egoísmo, en nombre del universalismo y de la humanidad. Se han invertido los términos: la religión ya no puede ser un fundamento para la moral. La moral es, ahora, el fundamento de la religión.

El Bien, según Kant, es una dimensión moral y trascendente de la libertad, precisamente porque va más allá de los motivos empíricos de la autoconservación. Pero ¿y el Mal? ¿Por qué el mal no puede ser considerado también obra de la libertad y fundamento trascendental de ésta? En efecto, para Kant, el mal no es obra de la naturaleza, sino de la libertad, de la elección del hombre. El Mal se produce cuando la libertad egoísta convierte “el amor a sí mismo” en principio supremo, cuando el otro queda reducido a la condición de objeto o medio para la realización de los propios fines, cuando se le engaña, utiliza, explota, atormenta o mata para la propia autoafirmación.

Éste es precisamente el punto donde se hace visible el claroscuro o contrapunto del pensamiento de Kant en Sade. Como Kant, Sade se interesa por el triunfo de la libertad del espíritu sobre la naturaleza. Pero se trata de un triunfo en el polo opuesto del espectro. Para Kant el deber moral tiene que triunfar sobre las inclinaciones naturales, para Sade éstas impulsan al hombre a superarlas o trascenderlas en su propia satisfacción y destrucción. Preocupación por la búsqueda de la universalidad: en Kant, el Bien absoluto, en Sade, el Mal absoluto. Voluntad pura, incondicionada: en Kant, el Bien por el Bien, en Sade, el Mal por el Mal, ambos fines en sí mismos.

Sade, en nombre de lo que él entiende por naturaleza y en contra de la sociedad burguesa, regida por un sistema de leyes convencionales que le acusaban y perseguían, argumenta el carácter absoluto, en tanto que “natural”, del cuerpo y de sus impulsos primarios. Sade (1994) considera que la libertad humana se realiza obedeciendo la propia naturaleza, una naturaleza totalmente escindida de las reglas morales de la civilización alienada. Estamos ante una de las vías de resolución de la aporía ilustrada: la naturaleza.

Pero el resultado ético variará según la interpretación que se haga de esta

“naturaleza esencial”. Para Sade es sinónimo de la tendencia egoísta al placer y la destrucción de la alteridad, como única vía de autoafirmación y supervivencia individual. La metafísica de Sade que justifica estas prácticas tan particulares es el nihilismo absoluto. La naturaleza es, en cada caso, la confrontación del sujeto deseoso con una gran cantidad de objetos de deseo. La falta de sentido trascendente se expresa en el deseo (la falta de un objeto para la completitud de un sujeto) y su satisfacción apunta hacia la acumulación del máximo de los placeres efímeros que, a pesar de no formar parte de una dimensión trascendente, se pueden eternizar en pequeños éxtasis provocados repetidamente, compulsivamente, hasta una saciedad imposible, interrumpida por la muerte. Para Sade el placer solo puede concebirse desmesurado, excesivo e *in crescendo*. Empieza con la fruición sexual y acaba con la tortura y la destrucción del objeto.

Los argumentos de Sade no son más que sofismas utilizados para justificarse, la Razón al servicio de la Pasión. Por ejemplo, según él nadie tiene el derecho de privar a nadie de nada, y si lo hace es en virtud de alguna ley convencional y, por tanto, arbitraria. Esta es la “utopía igualitaria” de Sade, igualdad en derechos, no en deberes (en Kant abunda mucho más la palabra “deber” que “derecho”). Otro ejemplo: la argumentación sadiana del delito es que no hay delito mientras se obedece el mandato de la naturaleza; porque donde hay deseo hay tendencia, y donde hay tendencia hay naturaleza. Pero esta naturaleza que funciona de pilar filosófico también impone unos límites al deseo de placer y destrucción. La respuesta de Sade es que, en último término, existe también un impulso destructivo contra la naturaleza. La máxima sadiana, propuesta –como dice Lacan (Écrits II, p. 340)– “a la moda kantiana de regla universal” se puede enunciar así:

“Tengo derecho a disfrutar de tu cuerpo sin ningún tipo de límite en la satisfacción de mis tendencias, sin que nada me pueda detener en la satisfacción del capricho de las exacciones que me dé la gana saciar en él.”

De alguna manera, Sade ilumina la cara oscura, oculta, contrapuesta a la propuesta ética de Kant. Desenmascara el cinismo que podría derivarse como réplica a la actitud moral kantiana. Ambas propuestas éticas, a pesar de ser antitéticas, coinciden en un aspecto: Sade y Kant están de acuerdo en buscar una libertad que triunfe sobre la naturaleza. Para Kant, esta libertad es la conciencia moral que trasciende al hombre en tanto que ser natural y sensitivo. Para Sade, consiste, por así decirlo, en llevar más allá de los límites de lo imaginable las tendencias naturales del placer y la destrucción (*Eros* y *Thanatos*, como dirá más tarde Freud).

La moral freudiana en la encrucijada de los caminos trazados por Kant y Sade

En Freud el eco de la oposición natura (como pulsión), cultura (como sublimación prosocial de la naturaleza), anticipada ya como hemos visto en Kant y Sade, se convierte en el fundamento de su propia teoría psicoanalítica. El universo ideológico de Freud es una representación del mundo que deriva de la revolución

paradigmática de la Ilustración. Dios no existe, su lugar es ocupado por una naturaleza ciega y despiadada de cariz más darwiniano (la ley de la supervivencia del más fuerte), sujeta al determinismo y empirismo científico. Esta naturaleza, que carece de cualquier tipo de orientación teleológica, se mueve por dos fuerzas contradictorias: la de reproducción y la de destrucción (*Eros y Thanatos*). Como médico, Freud no puede dejar de ver el ser humano como un cuerpo natural, sometido a estas fuerzas ciegas que lo impulsan. Pero este ser natural, es también racional. Se halla dividido en una lucha interna de pulsiones, precisamente por el hecho de ser consciente, no de su origen, sino de su naturaleza contradictoria. Esta conciencia fenomenológica de la experiencia escindida lo llevará, según Freud, a la formación de la conciencia moral.

La genialidad de Freud radica en el hecho de trasladar una cuestión metafísica a un plano de estructura psicológica en el que los planteamientos épicos de Kant se vuelven dramáticos, tal como se viven en la experiencia angustiada (neurótica) de los individuos. De la división de la psique en tres instancias, Id, Ego y Superego, deriva una situación triangular desigual en la que el Ego, como regulador del principio de realidad, se verá tironeado, como en un potro de tortura, por las tendencias contrarias del principio del placer (Id) y los tabúes culturales o las exigencias sociales (Superego).

El interés de la concepción de la moral que se deriva del planteamiento de Freud radica, además, en el hecho que la formación de estas instancias psicológicas y, en consecuencia, de la superestructura moral que las corona, son fruto de un proceso de construcción evolutiva. El niño nace en puro estado natural, sin ningún tipo de constricción social y con la única guía de sus tendencias impulsivas, que más adelante podrán convertirse en compulsivas, y por tanto neuróticas, a causa de la represión. Pero muy pronto, estas tendencias, que buscan de forma perentoria su satisfacción inmediata, topan con los intereses y las necesidades de los demás, comenzando por las de los propios padres. Particularmente el padre, que se opone a las pretensiones del bebé de monopolizar el objeto de deseo sexual compartido, la madre/esposa (complejo edípico). De esta manera se inicia la formación de una instancia represora llamada Superego. El Superego se estructura a partir de la introyección de los valores y normas culturales de carácter prosocial, entrando de este modo en contradicción con los impulsos naturales del Id. En palabras de Freud (1915):

“La esencia más profunda del hombre consiste en impulsos instintivos de naturaleza elemental, iguales en todo el mundo, tendientes a la satisfacción de necesidades primitivas. Estos impulsos instintivos, en sí mismos, no son ni buenos ni malos. Los clasificamos así según su relación con las necesidades y las exigencias de la comunidad humana y hemos de reconocer, que todos los impulsos que la sociedad prohíbe como malos, por ejemplo los egoístas y crueles, se encuentran entre ellos”.

La civilización ha sido el resultado de una conquista basada en la renuncia a

la satisfacción de los instintos y requiere la repetición de este proceso de renuncia en cada uno de sus individuos, que se opera a través de la educación familiar, escolar y la presión del medio social. Las influencias de la civilización hacen que las tendencias egoístas se conviertan, cada vez más, a través de agregados eróticos, en tendencias altruistas sociales. Las personas que no integran este proceso acaban resultando moralmente sádicas o perversas o, en términos de desviación psicológica, sociopáticas.

Pero esta conversión de tendencias egoístas en altruistas no se lleva a cabo sin un elevado grado de represión. La sociedad, comenta Freud, animada por sus propios éxitos, no ha cesado de incrementar las exigencias morales. Las ha llevado a un grado máximo de intensificación, ha obligado sus ciudadanos a un distanciamiento cada vez mayor de sus predisposiciones instintivas, los ha sometido a una yugulación continuada de sus instintos, dando paso a una tensión manifestada a través de mecanismos de reacción y compensación. De esta manera, concluye Freud, la persona se ve obligada a vivir hipócritamente o bien a enfermar. Para muchos –escribe Freud en *“Más allá del Principio del Placer”* (1920):

“Es difícil prescindir de la creencia que en el hombre mismo reside un instinto de perfeccionamiento que lo ha elevado hasta el grado actual de función espiritual y ética y que pueda esperarse que lo eleve a su máximo desarrollo con el superhombre. Pero, por lo que a mí respecta, no veo por ningún lado este instinto interior, ni la manera de mantener esta piadosa ilusión. El desarrollo humano no necesita explicarse de manera diferente al de los animales. La tendencia a una mayor perfección que se observa en una minoría de seres humanos puede entenderse sin dificultad como una consecuencia de la represión de los instintos, proceso al que debemos lo más valioso de la civilización humana. Pero el instinto reprimido no deja nunca de aspirar a su total satisfacción, que consistiría en la repetición de una satisfacción primaria. Todas las formaciones substitutivas o reactivas, así como las sublimaciones, son insuficientes para hacer desaparecer la tensión permanente”.

Respecto a los individuos, la aparición de la conciencia moral como percepción interna de repulsión hacia determinados deseos, tiene especial incidencia en la formación del sentimiento de culpabilidad. Este sentimiento, Freud lo explica a partir del análisis del tabú: el tabú se basa en la represión de un deseo. Por ejemplo, la relación incestuosa con la madre será tabú para el niño. Pero, como nos muestra el estudio antropológico cultural, la esencia del tabú no tiene una relación necesaria con los objetos sexuales: lo que está prohibido es la afirmación, imposición o prevalencia de la propia persona, es decir, las tendencias egoístas y antisociales. Tabús que explícitamente mira de romper Sade, a través de sus fantasías de transgresión sexual, considerando al otro como un objeto no solo de placer, sino también de destrucción, afirmándose máximamente, de esta forma, frente al otro. El tabú se convierte, en el planteamiento de Freud, en la explicación del origen de

la conciencia moral: el deseo de autoafirmación queda reprimido en la conciencia, donde sólo se manifiesta claramente la prohibición del objeto deseado (que se vuelve inconsciente), pero no su motivación, de manera que la sola emergencia del deseo se convierte en fuente de culpabilidad, tan natural como desconocida en su origen. En cualquier caso, la conciencia moral se mantiene gracias a una cierta prevalencia de la angustia, independientemente de su grado más o menos extremo.

Desde esta perspectiva, no existe alternativa a la oposición natura ↔ cultura. Para Freud, la sociedad y su cultura son necesarias e inevitables, pero constituyen una fuente incesante de “malestar” (1930). El Psicoanálisis se plantea solo como un paliativo para hacer más soportable la vida a las personas en las que la represión se ha hecho tan intensa que ha llegado a provocar unos efectos angustiosos neuróticos, superiores a los normales. El método es hacer consciente a la persona de las causas de su represión. Sin embargo, esta represión deberá continuar invariablemente, por mucho que intente reorientarse hacia los caminos de la sublimación artística o social.

Freud no puede resolver el dilema moral porque no contempla una visión dialéctica de las relaciones entre natura y cultura, capaz de transformar una oposición entre tesis y antítesis en una nueva síntesis. Para Freud, toda la cuestión se reduce a su fundamento naturalista, con el agravante que en el ser humano, a diferencia del animal, la aparición de la conciencia reflexiva desemboca en un cuestionamiento de su naturalidad.

La necesidad de una superación dialéctica para una fundamentación de la ética o la moral: la tesis existencialista

Hemos visto que Kant y Sade reivindican en último término la libertad –y en este sentido, el carácter transcendente del ser humano respecto a la naturaleza– como fundadora de sus respectivos códigos morales. Para Spinoza, en cambio, la libertad no es trascender la naturaleza sino permanecer en ella; la naturaleza no es buena ni mala en sí misma, sino solo en relación al hombre. En Spinoza no podemos decir, como en Freud, que la naturaleza determine al hombre, ni como en Rousseau, que lo salve, sino que lo constituye (Camps, 2011). Freud, como positivista materialista, al margen de su herencia romántica e ilustrada, reintroduce la naturaleza como determinante del psiquismo, y por tanto, de la moral humana, del bien y del mal. El materialismo de Freud lo lleva a leer las tendencias naturales, no en clave rousseauiana, sino darwiniana. La naturaleza no es buena, sino indiferente a las leyes de la evolución, entre ellas la de la supervivencia del más fuerte, que se ejecutan inexorablemente, como las de la gravedad. Toda la psicología científica, y no solo el psicoanálisis, se ha querido construir sobre los fundamentos de este determinismo naturalista.

Pero el determinismo de Freud (1923) no encaja para nada con la finalidad terapéutica del Psicoanálisis:

“Con todo, el análisis no se propone abolir la posibilidad de reacciones

morbosas, sino proporcionar al Ego del paciente la libertad de escoger un camino u otro”.

En sus inicios –dice Szasz (1965)– Freud quería liberar al paciente de la influencia patogénica de las vivencias traumáticas; más tarde trató la neurosis como una inhibición supersocializada: la finalidad de la terapia sería liberar las inhibiciones de manera que el paciente pudiera ser más espontáneo y creador; en una palabra, más libre. Esta idea es la que llegó a prevalecer en los círculos analíticos de los años entreguerras del siglo XX. Wilhelm Reich fue su principal defensor. La mayoría de analistas creían que el objeto del psicoanálisis era la destrucción del Superego arcaico del paciente. Querían liberarlo de las influencias automáticas ejercidas sobre él inconscientemente por sus introyecciones infantiles. Pero ¿cómo protegerlo a él y a la sociedad de sus pulsiones destructivas?

¿Qué clase de libertad es ésta, pues, de la que nos habla Freud? Tal vez una libertad basada en el reconocimiento de la necesidad: si los contenidos psíquicos están determinados por las tendencias pulsionales y las relaciones infantiles primerizas, bien poco podemos esperar de esta libertad. Es más una libertad “de”, que una libertad “para”. Es como una liberación de presiones morales, normativas y exigencias culturales: es una desculpabilización, más que una libertad psíquica o una autonomía. Se limita a poder ser lo que ya es, no en un sentido existencial, sino esencialista, como una aceptación estoica, parsimoniosa del propio destino psicosexual. Se supone que si un paciente escoge reacciones morbosas será impelido por sus impulsos o bien por su biografía. No hay en Freud, a pesar de Sade, margen para la responsabilidad. El hombre no puede decidir ser malvado. El proyecto moral freudiano naufraga en el determinismo naturalista.

Para Freud se trataba de sublimar las tendencias libidinosas y destructivas a través de realizaciones socialmente valoradas. Entendía, en definitiva, el psicoanálisis como una oportunidad de maduración de la posición fálica (narcisista) a la genital (productiva). Erich Fromm, en esta línea, elevó su Psicoanálisis humanista a través de la sublimación en el amor humano con *El arte de amar* (1956) o el místico en *Psicoanálisis y Budismo Zen* (1960) o en *Tener o ser* (1976). Otros psicoanalistas hicieron una lectura menos socializada y mucho más libinosa en la línea de Wilhem Reich, al menos en la recepción que de su obra y la de Marcuse hizo la sociedad de los años 60/70 con el movimiento hippy, de liberación sexual y de consumo de alucinógenos (sexo, drogas y *rock & roll*). Ambas tendencias muestran las posibilidades de una extremización de la concepción freudiana de la ética hacia la línea kantiana o su contraria, la sadiana.

Hay que superar, pues, la tradicional oposición entre el ángel y la bestia que no contempla el proceso dialéctico de la transformación: la base pulsional y tendencial “inconsciente” es negada en ulteriores estadios dialécticos del mismo proceso de evolución. Si la finalidad del Psicoanálisis es comprender y comprender significa cambiar (Sartre, 1960), cambiar implica evolucionar. La historia humana, o la de la humanización, está constituida por una serie de cambios que han llegado

a influir sobre el proceso de evolución.

La emergencia de la conciencia, aunque nuestro código genético difiera poco del de otras especies, ha introducido un hiato esencial. El hombre ya no es su esencia, sino su existencia, dice Sartre (1943). Si el hombre fuese reductible a sus pulsiones animales no existirían las diferencias interculturales y, todavía menos, las individuales: de ahí que estas diferencias postulen un gran crecimiento de indeterminación respecto a la naturaleza, que es la base de la libertad, es a decir, de autodeterminación.

La libertad constitutiva no es, sin embargo, autodeterminación, sino indeterminación. No estamos determinados esencialmente, pero estamos condicionados culturalmente y socialmente. La libertad consiste en superar los condicionamientos, pero sin negarlos, sino utilizándolos, convirtiendo los obstáculos en instrumentos de realización. Liberarse significa sacarse de encima determinados condicionamientos que impiden la libre autodeterminación. Autodeterminarse significa utilizar las condiciones como bases para la acción.

La libertad es dialéctica. La dialéctica se desarrolla no entre el bien y el mal, ni entre las tendencias naturales y las sociales, sino entre lo que es indeterminado (la existencia) y lo que es determinado (los condicionamientos fácticos: la naturaleza y la sociedad). Naturaleza y sociedad son factores de determinismo (constituyen la facticidad humana) frente al indeterminismo de la existencia (libertad). El sentido de la polaridad opositiva entre naturaleza y sociedad cambia pues de signo, ambas son deterministas. En consecuencia es posible la autodeterminación en el bien o el mal, porque la libertad implica responsabilidad y, en este sentido fundamenta una moral. La libertad no se produce automáticamente, se consigue.

Ésta, la responsabilidad existencial, y no la especulación filosófica o naturalista, puede ser el punto de partida para la fundamentación de una ética basada en el reconocimiento de los derechos y deberes del ser humano. En palabras de Sartre (1980):

“El hombre no es un objeto natural. Si se entiende por humanismo que el hombre en cuanto ser humano intenta determinar el conjunto de derechos y deberes, entonces soy humanista. Ocuparnos de nosotros es nuestro verdadero problema, el único que podemos resolver”.

El único imperativo válido a partir de estos planteamientos no puede ser otro que tomar la desalienación como finalidad en la que coinciden ética y psicoterapia. La moral, concluye Sartre, es actualmente imposible, pero inevitable. Inevitable y necesaria, porque la libertad consiste precisamente en la superación de la determinación y la alienación. Inevitable e ineludible porque cada hombre, en un mundo sin Dios como el que nos legaron el Modernismo y la Ilustración, continúa siendo responsable de sus relaciones con el mundo entero (*Umwelt*, ética ecológica), con los demás (*Mitwelt*, ética social e interpersonal) y consigo mismo (*Eigenwelt*, ética psicológica y existencial).

La libertad existencial como horizonte psicoterapéutico

La libertad existencial requiere el desarrollo de una doble dimensión: la recuperación del principio de indeterminación, liberación de los determinismos fácticos, que sería la cara negativa de la moneda, y la consecución de la capacidad de decidir, la autonomía o autodeterminación, que sería su cara positiva.

La aparición de la autonomía como sistema de regulación psicológica es una neoestructura totalmente humana, histórica, socio-cultural: no pertenece a la naturaleza. Pero dado que el ser humano, precisamente es humano en la medida en que el lenguaje, el pensamiento y la libertad rompen el determinismo natural, entonces los conflictos sólo se pueden resolver desde la autodeterminación.

En la autonomía, no existe referente natural ni sobrenatural ninguno: el sujeto se pone como centro de sí mismo, de su propia decisión. Es tarea de la autonomía, no de la voluntad, llegar a un acuerdo moral entre todas las partes. Pero para que eso sea posible la autonomía deberá hacer también un proceso de regulación de aquellas emociones rabia, miedo, etc. que puedan tenerla secuestrada en su proceso de deliberación (balance, elección de alternativas) y decisión (activación dirigida a su ejecución), así como de las sujeciones a autoridades externas o chantajes afectivos.

La libertad y la autonomía son autodeterminación. Autodeterminación implica, poder actuar sin estar determinado por la relación social, ni por la naturaleza, sino por uno mismo y esto supone una liberación tanto de los determinantes internos como de los externos. Estos impiden con frecuencia la consecución de la libertad: el dependiente, sea de personas, sustancias o impulsos, o el fóbico, atenazado por sus miedos, se hallan limitados en su disponibilidad. El miedo es uno de los determinantes internos. Todos los miedos nos encierran en nosotros mismos. Para poder ser libre y autodeterminarse es necesario liberarse del miedo.

Está claro que la función de la autonomía es conseguir la integración de todos los subsistemas de regulación moral y que ésta es una tarea que no se consigue definitivamente de una vez por todas, sino que es el resultado de una tarea laboriosa y constante, como la que se lleva a cabo en un proceso de psicoterapia.

Autonomía, pues, significa capacidad de autorregularse, de gestionarse por sí mismo, de tomar decisiones, de formarse un criterio propio. Éste es fruto de un trabajo de integración entre los sistemas de regulación egocentros y alocentros.

Las estructuras egocentros representan nuestras necesidades y deseos, los cuales, como dice Damasio (2005), “deben coordinarse con las necesidades y deseos de los demás, expresados como convenciones y normas sociales de comportamiento ético”.

La promoción del desarrollo de la autonomía en el ámbito terapéutico no va dirigido a promover lo que es éticamente correcto desde el punto de vista de un código axiológico específico, ni, por el contrario, a prescindir de cualquier referencia ética actuando de un modo asocial o anómico para satisfacer únicamente las necesidades, deseos o pulsiones del individuo. Está orientada a promover la integración de los varios niveles de construcción moral de modo que la elección

pueda ser decidida responsablemente. Ceder a las propias pulsiones y a los propios deseos puede ser vivido en modo anancástico, es decir, obligado, no libre, patológico, del mismo modo que no tenerlos presentes en las propias elecciones lleva a la insatisfacción constante, condición que favorece las reacciones ansiosas y depresivas.

Desde el punto de vista del desarrollo moral y consiguientemente terapéutico, lo que cuenta no es la elección preferida, sino la articulación de una estructura psíquica capaz de integrar en sí misma los diversos niveles de construcción moral, tomar en consideración las propias vivencias, las necesidades y los deseos, hacerlos compatibles dentro de los límites morales de una sociedad o, en los casos extremos, poder justificar la trasgresión, conciliarlos con el bienestar ajeno, incluso si a veces la voluntad de conciliación se demuestra imposible.

Todo ello exige un trabajo interior de modo que pueda hacerse realidad el imperativo socrático: “ocúpate de ti mismo; fúndate en libertad, mediante el dominio de ti”, expresada en la máxima de Plutarco:

“Es preciso que hayáis aprendido los principios de un modo tan constante que cuando vuestros deseos, vuestros apetitos, vuestros temores lleguen a despertarse como perros que ladran, el logos hable como la voz del amo que con un solo grito los hace callar”.

Pero para que esta práctica de la libertad de acuerdo con la concepción griega, dice Foucault (2002), “adopte la forma de un ethos que sea bueno, hermoso, honorable, estimable, memorable y para que pueda servir de ejemplo, hace falta un trabajo sobre sí mismo..., lo que implica que se establezca consigo mismo una cierta relación de dominio, de señorío llamado *arche*, o principio regulador”, equivalente al concepto de autonomía, en que se integran todos los otros niveles.

La voluntad permite a la autonomía pasar, dicho en términos escolásticos, de la potencia al acto. A este movimiento lo llamamos autodeterminación. La autodeterminación es la forma en que la libertad se concreta y se compromete consigo misma. Una libertad teórica en efecto no tendría ninguna implicación moral: sería entendida como un derecho, pero no como una función psicológica. La libertad existe solo en la medida en que se ejercita y en este sentido constituye una condición esencial para que cualquier acción humana pueda ser considerada moral. A su vez, es la dimensión que aporta a la acción humana su valor y dignidad frente a todas las concepciones deterministas que la vacían de su dimensión trascendental, sean éstas de origen material, natural, social o sobrenatural.

Como condición social y personal, la libertad ha sido, y continúa siendo, una conquista laboriosa de los individuos y las colectividades a través de los tiempos, nunca un regalo de la naturaleza, ni de los dioses. Existen situaciones en la vida que escapan a nuestro control e incluso a nuestra voluntad, que nos superan ampliamente, que no son de ninguna manera efecto de nuestra intención o de nuestros propósitos, ni hemos hecho nada para que sucedan

Tanto en situaciones cotidianas como extraordinarias, nuestra existencia se

desarrolla frente a la facticidad o al destino. Pero tanto frente a la una como al otro, se levanta nuestra libertad. Frente a la facticidad, la libertad se realiza, frente al destino, se trasciende. A este propósito viene a cuento recordar los versos de William Ernest Henley del poema “Invictus”, escrito en 1875, que Nelson Mandela tuvo como libro de cabecera durante su encierro en prisión

Desde la noche que sobre mí se cierne,
negra como su insondable abismo,
agradezco a los dioses, si existen,
por mi alma invicta.

Caído en las garras de la circunstancia,
nadie me vio llorar, ni pestañear.
Bajo los golpes del destino,
mi cabeza ensangrentada sigue erguida.

Más allá de este lugar de lágrimas e ira,
yacen los horrores de la sombra,
pero la amenaza de los años,
me encuentra y me encontrará,
sin miedo.

No importa cuán estrecho sea el camino,
cuán cargada de castigo la sentencia.
Soy el capitán de mi alma;
el dueño de mi destino

Referencias bibliográficas

- Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Foucault, M. (2002). “La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad”, en C. Gómez, *Doce textos fundamentales de la ética del siglo xx*, Madrid: Alianza Editorial, págs. 256-264.
- Freud, S. (1916). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Lecciones introductorias al Psicoanálisis). Obras Completas. Madrid Biblioteca Nueva (1973).
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. (Más allá del principio del placer). Obras Completas. Madrid Biblioteca Nueva (1973).
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es* (El yo y el ello). Obras Completas. Madrid Biblioteca Nueva (1973).
- Freud, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. (El malestar en la Cultura). Obras Completas. Madrid Biblioteca Nueva (1973).
- Freud, S. (1932). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Nuevas Lecciones introductorias al Psicoanálisis). Obras Completas. Madrid Biblioteca Nueva (1973).
- Kant, I. (1946). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid: Espasa-Calpe.
- Kant, I. (1975). *Crítica de la razón práctica*, Madrid: Espasa-Calpe.
- Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. México: FCE
- Fromm, E. (1960). *Psicoanálisis y Budismo Zen*. Barcelona: Kairós
- Fromm, E. (1995). *¿Tener o ser?*. Madrid: FCE
- Preston S. D. y de Waal F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences* (2002) 25, 1–72. Cambridge University Press
- Perls, F.S. (1969). *In and out the carbage pail*. Lafayette, CA: Real People Pres
- Sade, D. A. F. (1994). *La filosofía en el tocador*. Barcelona: Tusquets
- Sartre, J. P. (1943). *L'Être et le Néant. Essai de ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard.
- Sartre, J. P. (1960). *Critique de la Raison Dialectique*. Paris: Gallimard.
- Sartre, J. P. (1983). *Cahiers pour une morale*, Paris, Gallimard.
- Szasz, Th. (1965). *The ethics of Psychoanalysis. The theory and method of autonomous psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.

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 COLECTIVE DOCUMENTS

Carlos Chimpén¹, Ana Dumitrascu², Adrián Montesano³

¹ Universidad de Extremadura, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Campus de Cáceres

² Universidad Nacional de Estudios a Distancia y Práctica Privada, Madrid

³ Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Chimpén, C., Dumitrascu, A., y Montesano, A. (2014). Un enfoque narrativo en la prevención de la violencia escolar: El árbol de la vida y los documentos colectivos. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 41-59.

Resumen

La intención original del presente trabajo fue prevenir la violencia entre los adolescentes, haciendo visibles las respuestas que han dado, hasta el momento, a las situaciones de conflicto. Escuchando los relatos sobre la reflexión individual interna se puede comprender la cultura más amplia y cómo todas nuestras experiencias cercanas de violencia han sido moldeadas por ésta. Partiendo de la idea de que los valores son una plataforma sobre la cual se puede construir una estrategia de intervención, de prevención y de atención de la violencia entre iguales, consideramos que al rescatar la experiencia cercana de los adolescentes con respecto a las dificultades y cómo las han resuelto, se les capacita para resolver las situaciones problemáticas en el futuro de una manera más efectiva. En este trabajo, se presentan la metodología empleada, el árbol de la vida y los documentos colectivos, para conseguir una recopilación de valores, sueños y esperanzas de los adolescentes, en los cuales basar su afrontamiento de la violencia y rescatar las historias de resiliencia. Podemos destacar que dichas técnicas narrativas permiten crear el clima adecuado para no retraumatizar y para rescatar las historias alternativas al problema.

Palabras clave: árbol de la vida, deconstrucción, documento colectivo, identidad, terapia narrativa, valores, violencia.

Abstract

The original intention of this work was to prevent bullying among adolescents, making visible the responses that they gave to past conflictual situations. Listening to the stories about the inner reflection we can understand the wider culture and how our closer experiences related with violence have been shaped by it. Starting from the idea that personal values are the platform from which we can construct an intervention for the treatment and prevention of bullying, we believe that reconstructing the teen's experience about their past difficulties and how they solved it, they will be able to solve more effectively difficult situations in the future. This paper presents the various methods used, tree of life and collective documents, to compile the adolescents personal values, dreams and hopes, on which to base the coping mechanisms to face violence and to rescue their stories of resilience. It is important to highlight that these narrative practices aim at creating a suitable climate in order to avoid re-traumatization and, in turn, helping to rescue the alternative stories to the problem of violence.

Keywords: Tree of Life, deconstruction, collective document, identity, narrative therapy, values, violence.

Fecha de recepción: 05/06/2014. Fecha de aceptación: 27/07/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cchimpén@unex.es

Dirección postal: Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional.

Avda. de la Universidad s/n. Campus de Cáceres, 10071 Cáceres, España

© 2014 Revista de Psicoterapia



“Una historia no es solamente una historia. Una vez que las fuerzas se despiertan y se ponen en movimiento no se pueden detener a petición de alguien. Una vez que se cuenta, la historia está destinada a circular; humanamente, esto puede tener un final temporal, pero sus efectos duran y su final no es nunca un final de verdad.”
Trinh, 1989,

Introducción

Uno de los problemas más graves que enfrenta la sociedad actual es la violencia. Desde todos los ámbitos sociales se nos transmite que las actitudes violentas se han convertido en medio para resolver conflictos. La realidad parece indicar que la magnitud del fenómeno abarca millones de personas en todo el planeta, en los más diversos ámbitos, sin distinción de país, raza, edad, sexo o clase social.

Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud que publicó la Organización Mundial de la Salud (2003), la prevención de la violencia se considera una prioridad de salud pública. De este modo, a pesar de que siempre ha estado presente, no tenemos que aceptar la violencia como algo que ocurre de forma inevitable en nuestra convivencia y que condiciona nuestras relaciones con los otros, sino que podemos verla como algo previsible y modificable.

Si partimos de la premisa, como afirma la psicología social y el socioconstruccionismo, de que nuestras identidades se construyen a través de las relaciones que desarrollamos a lo largo de nuestra vida, podemos concluir que el contexto social y cultural, proveedor máximo de relaciones, juega un papel muy importante en la construcción de la identidad. Los patrones establecidos, los ideales y la imagen tipo de lo que representa ser hombre o mujer, van cambiando, transformándose según dictan las condiciones, las sociedades y los poderes dominantes. Es por medio del juicio normalizador, que los discursos sociales oprimen y limitan a las personas (Foucault, 1980). El discurso social crea significados de formas totalizadoras, esencialistas que establecen cómo tiene que ser un hombre, una mujer o un joven. La invisibilización de lo diverso no sólo deja sin lugar a la diversidad sino que también hace que los discursos universalistas se desmarquen del contexto sociohistórico de su construcción y aparezcan como realidades naturales, ahistóricas y, por lo tanto, inmodificables. Es a través de estos discursos donde se construye la violencia como algo inevitable, una respuesta natural ante un medio hostil. Cabe preguntarnos si esta parte del discurso actúa como impulsora del cambio o, más bien lo impide, al “normalizar” la actitud violenta, al interiorizarla y transferir la inherencia de lo violento a la naturaleza humana.

Por otro lado, y desde otros ámbitos, se transmite la idea de vulnerabilidad del sector joven de la población y la facilidad de aprendizaje de patrones violentos (Díaz-Aguado, 2003). Ante esto surge la pregunta de si centrarse en aspectos limitantes como la vulnerabilidad, ayuda a las personas a conseguir el cambio

deseado o les impide ver las capacidades y las posibilidades que todos los seres humanos tienen de desarrollarse y de elegir, de las múltiples direcciones posibles, el camino preferido.

La tendencia actual es considerar como medida más efectiva para luchar contra la violencia, las políticas de promoción del buen trato y de prevención de la violencia en todos los ámbitos, pero sobre todo en el contexto escolar y con población infantil y adolescente (UNICEF, 2011; OPS, 2006). Nuestro trabajo se encuadra en esta serie de estrategias que se están impulsando tanto a nivel mundial como a nivel europeo; políticas de sensibilización, prevención y refuerzo de las leyes que luchan contra la violencia. En este sentido, el enfoque narrativo es una propuesta novedosa en el ámbito comunitario español para la prevención de la violencia en el contexto escolar.

El presente trabajo pretende ejemplificar el uso de dos de las prácticas narrativas colectivas en comunidades escolares, el Árbol de la Vida y la creación de documentos colectivos, como forma de prevención del Bullying.

Terapia narrativa y prevención de la violencia en el contexto escolar

A partir del trabajo de Jerome Bruner en psicología narrativa, Michael White y David Epston (1993) plantean la adscripción a la terapia de la metáfora de la narración. Desde la perspectiva narrativa se entiende que la actividad psicológica se estructura en forma de relato de tal forma que la experiencia es vivida como una forma de discurso, una historia personal, en la que se concatenan los eventos a través del tiempo reflejando la dimensión temporal de la existencia humana. En efecto, Bruner (1991, 2004) señaló la existencia en el ser humano de un impulso narrativo a través del cual dar sentido a la experiencia vital. Es así que los seres humanos construyen narrativas personales en las que los acontecimientos adquieren un determinado significado generando un relato, una trama vital que define la identidad de la persona y que se encuentra íntimamente ligada a los contextos culturales a los que pertenece.

White y Epston (1993), basándose en el trabajo de Foucault, señalaron la existencia de un juego de poder entre dos tipos de influencia en la narrativa de las personas: la del conocimiento dominante y del subyugado. Cada persona puede desarrollar narraciones con un significado idiosincrásico que le permita disfrutar de una vida satisfactoria. Sin embargo, la influencia de ciertos discursos culturales dominantes pueden eclipsar la narrativa individual (White, 1997). De esta forma, es probable que algunos relatos resulten problemáticos cuando no logran otorgar sentido a la vida de una persona, volviéndose constrictivos al estar dominados por los discursos culturales dominantes que limitan o restringen su experiencia. No obstante, frente a este conocimiento dominante existe siempre un cierto grado de resistencia: el conocimiento subyugado. Este tipo de conocimiento se genera a nivel local y a través de él puede desarrollarse una historia alternativa al problema. En términos de violencia escolar, podemos encontrar contextos en el que el poder

dominante ejercido a través de la violencia estructure las narraciones de un colectivo de adolescentes, sin embargo, si se busca, siempre se puede encontrar en este mismo colectivo una forma alternativa de relacionarse en contraposición a la cultura de la violencia y la dimensión dominancia-sumisión.

El foco sobre la narrativa puso en primera línea en el campo de la terapia familiar sistémica y de la psicoterapia el poder del lenguaje, otorgándole un poder constitutivo (Montesano, 2012). En efecto, si las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato y si en la construcción de estos relatos se expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, podemos deducir que estos relatos son constitutivos en tanto que modelan las vidas y las relaciones (White y Epston, 1993).

Los desarrollos de la terapia narrativa, con su origen en la terapia familiar, han devenido en una ampliación de su espectro de abordaje, desarrollándose ideas, aplicaciones e intervenciones que van desde la intervención individual terapéutica, de pareja, familiar, hasta las intervenciones colectivas (véase Montesano, 2012). En nuestro trabajo desarrollamos un tipo particular de intervención colectiva para la prevención de la violencia en el contexto escolar.

La prevención del bullying tiene como objetivo principal el cambio de las conductas de las posibles víctimas y los agresores utilizando, en ocasiones, el cambio a nivel del sistema escolar en el que se pueden desarrollar los episodios de violencia. Nuestra propuesta tiene un marcado énfasis en la intervención comunitaria, lo que le confiere especial interés teniendo en cuenta la importancia de los iguales en la adolescencia. Más que centrarse en conductas concretas la intervención comunitaria que proponemos trata de reflexionar sobre las actitudes, valores y discursos sociales que mantienen dichas conductas, el conocimiento dominante. A través de la intervención narrativa se busca crear nuevas realidades, nuevas identidades y promover la reflexión sobre los valores personales de los adolescentes haciendo visible el concomio subyugado. Esto permite, a su vez, desarrollar relaciones positivas entre ellos, fomentar el sentimiento de agencia personal, y el desarrollo del sentimiento de comunidad. En definitiva, se trata de *re-escribir la historia del bullying* (Williams, 2010) y hacer circular esa historia entre los adolescentes que forman parte del programa.

Así pues, una parte importante de nuestro trabajo consiste en rescatar los valores de los adolescentes a través de la metodología narrativa del Árbol de la Vida (Denborough, 2008), partiendo del supuesto de que los valores no han desaparecido sino que necesitan de la trama narrativa adecuada para que tomen protagonismo en la vida de las personas. Las formas principales en las que activar dicha trama tienen como base la reflexividad, especialmente, en un contexto grupal.

Williams (2010) afirma que la respuesta tradicional al bullying en los colegios generalmente esta focalizada en intentar cambiar las conductas de las víctimas o hacer modificaciones en el sistema escolar, mientras que una intervención centrada en la prevención del bullying debería buscar el configurar nuevas identidades a

partir de significados alternativos a los que ofrece la sociedad actual. En este contexto, el lenguaje es nuestra herramienta fundamental, representando la clave para conseguir visibilizar el conocimiento subyugado y establecer una plataforma para el cambio.

Nuestra propuesta incluye el conseguir que los adolescentes se impliquen de manera activa a través de la participación a nivel emocional y cognitivo, de la conversación directa y de la utilización del análisis dialógico/interpretativo, en la identificación de la influencia que tiene la sociedad, la cultura, la educación y la familia en la percepción de la violencia y sus causas. A partir de las historias personales que cada uno de estos jóvenes cuenta, se trata de construir significados diferentes, mucho más ricos, sobre la base de los valores que los adolescentes consideran importantes para ellos.

Prácticas narrativas colectivas

“Ante los problemas aparentemente insuperables, si te reúnes con unas cuantas personas, decides actuar y hacer tu contribución [...] nunca sabrás las posibilidades que pueden surgir.”

Denborough, 2008

Las prácticas narrativas colectivas son formas de trabajo comunitario que surgieron de la aplicación de los principios narrativos en colectivos desfavorecidos de distintos lugares del mundo (Palestina, Israel, Ruanda, Australia, Canadá, USA, etc.). Estas prácticas colectivas se fundamentan en el respeto a la idiosincrasia y a las creencias de cada comunidad y fomentan el rescate de sus habilidades y conocimientos específicos para enfrentarse a las dificultades sin juzgar por raza, creencias, formas de vida, etc. y sin imposiciones de ningún tipo (Chimpén y Dumitrascu, 2013).

Denborough (2008), uno de los pioneros en las prácticas colectivas desde el enfoque narrativo, ha desarrollado algunos de los principios básicos en los que basar la intervención. Estos son:

- Prestar atención a la doble escucha: se describe no sólo el trauma que la persona o la comunidad ha sufrido sino también las formas que se utilizaron para responder al trauma, es decir, cómo intentó la persona o la comunidad protegerse a sí misma (conocimiento subyugado emergente).
- Unir a las personas y sus experiencias a algún tipo de colectivo o grupo de personas que han pasado por una situación similar. Esto no tiene por qué ser presencialmente sino que puede realizarse a través de mensajes o redes sociales.
- Facilitar a individuos, grupos y comunidades el hacer una contribución a la vida de los demás.
- Entender que la/s persona/s que se encuentran con nosotros representan un tema social.
- Favorecer el que la/s persona/s puedan unirse en un esfuerzo colectivo para

abordar, de algún modo local, este asunto social.

- Clarificar la idea de que las personas hablan a través de nosotros y no sólo a nosotros.

El primer punto resulta de especial interés para la puesta en marcha de la intervención que nos ocupa. El terapeuta o facilitador debe percatarse de la doble historia de lo que se cuenta. Tal y como señaló White (2000), toda atribución de significado a una experiencia determinada está en relación a un opuesto que a menudo no es expresado de forma explícita pero que se encuentra de forma latente en la narrativa. Así, por ejemplo, una historia de violencia puede hablar también de una historia de paz o de protección. Desde la intervención narrativa se escucha la historia dominante del problema, sus efectos, los sentimientos que despierta y los obstáculos que presenta. Sin embargo, al mismo tiempo, resulta fundamental rescatar la historia alternativa, aquella formada por actos de resistencia que realizó y está realizando la persona (conocimientos subyugados). De este modo, se rescata lo que se considera que no ha sido “tocado” por el problema y que generalmente incluye esperanzas, deseos, compromisos, etc. Es importante elaborar la historia de esas esperanzas, deseos y compromisos resaltando la intervención de otras personas significativas que se unieron en esa resistencia. Con ello se pretende establecer puntos de entrada para la construcción de la historia alternativa.

Esta doble escucha se basa en la idea de que siempre hay iniciativas que se están tomando para tratar de reducir o reparar el daño y/o para cuidar y proteger a otros (White, 2007). Por tanto, en lugar de traer nuestras propias iniciativas, nuestro papel será crear los contextos adecuados para que se conozcan y valoren sus propias iniciativas. En el contexto de la prevención de la violencia esto incluye desenterrar las habilidades, valores, esperanzas y sueños que están implícitos en las respuestas de las personas a las agresiones y amenazas (por ejemplo, ser alguien autónomo, libre, fuerte, calmado, etc.).

Además de la doble escucha, las prácticas narrativas colectivas se interesan en fomentar la contribución de la persona a la comunidad. Para ello resulta fundamental focalizar la atención en los patrones del lenguaje, las interacciones y las intenciones colectivas, así como las individuales, con la idea de entretejer la historia de la persona con la de su comunidad.

Algunas de las técnicas narrativas colectivas más conocidas son: el árbol de la vida, el equipo de la vida, la línea del tiempo y el mapa de las historias, la cometa de la vida, la cocina de la vida, la receta de la vida, el uso de la música en comunidades, y el uso de documentos colectivos (Chimpén y Dumitrascu, 2013).

Explicaremos brevemente las dos prácticas narrativas colectivas que hemos utilizado en comunidades escolares como forma de prevención del bullying: el Árbol de la Vida y los Documentos Colectivos.

Explicación de las Técnicas

El Árbol de la Vida

El Árbol de la Vida fue desarrollado por Ncazelo Ncube, David Denborough y el Dulwich Centre Foundation (Denborough, 2008) para trabajar con niños y niñas sobrevivientes del genocidio de Ruanda, con el objetivo de reducir los efectos del trauma y resaltar sus capacidades y conocimientos sin retraumatizarles. Además, tiene por objeto ofrecer experiencias que incrementen la conexión con las familias, con sus valores y con su herencia cultural.

Al utilizar esta metodología en el ámbito educativo, nos planteamos la creación de un contexto emocionalmente seguro donde desarrollar conversaciones acerca de las experiencias relacionadas con la violencia a nivel individual, familiar y colectivo, resaltando la importancia de los valores que nos ayudan a resolver con éxito situaciones de violencia. Se trata de identificar y describir de manera más enriquecedora las habilidades y los conocimientos implícitos en las iniciativas que se tomaron o se pueden tomar frente a la violencia, haciéndolas más visibles para las personas y fortaleciéndolas para que hagan la acción posible (Denborough et. al, 2006).

La recuperación de estas historias individuales y colectivas puede producir cambios en la conducta individual y grupal en la medida en que crean nuevos significados, emociones y recuerdos que ayudan a fomentar una identidad más satisfactoria y explicitar futuros posibles libres del problema de la violencia. En la re-narración de dichos relatos el terapeuta o facilitador debe prestar atención a la dialéctica identitaria que surge de la tensión entre quiénes son los autores de la historia, quiénes han sido y quiénes pueden llegar a ser.

El taller del Árbol de la Vida se realiza en cuatro etapas: (1) el dibujo y construcción del árbol; (2) la construcción colectiva del bosque de la vida; (3) cuando llega la tormenta: amenazas, secuelas, dificultades y respuestas; (4) certificados y celebración. Las primeras dos etapas sirven para comenzar una historia alternativa de la vida de los adolescentes a partir de la cual se construye una nueva identidad enriquecida y preferida. Como se ha señalado, esta segunda narración está estructurada en función de los recursos, habilidades, sueños y esperanzas de los adolescentes que participan en el taller. La tercera, permite a los jóvenes hablar e identificar sus dificultades y sufrimientos, pero también hacer visibles las respuestas que han dado en esas situaciones y sus efectos en la protección de aquello que valoran. La última etapa tiene como propósito asegurar que los participantes se vayan con el reconocimiento de los recursos, habilidades y vínculos con personas importantes en sus vidas. En nuestro caso utilizamos esta etapa para redactar el documento colectivo. A continuación describiremos un poco más en detalle las diferentes etapas.

1) Dibujo y construcción del árbol (véase Figura 1):

- Las raíces: hablamos sobre nuestros antepasados: ¿de dónde venimos? (ciudad); ¿quiénes son nuestros ancestros? (abuelos, bisabuelos); ¿hay

alguna historia relacionada con nuestra familia, con el apellido?; ¿quiénes han sido los que más le han enseñado en la vida?; ¿hay algún valor que se ha transmitido a través de las diferentes generaciones, una canción o baile favorito o típico del sitio de donde vienen?

- La tierra: ¿dónde viven actualmente?; ¿cómo llegaron a vivir ahí?; ¿cuál es su lugar/habitación favorita en casa?; ¿qué hacen cada día?
- El tronco: habilidades, capacidades, conocimientos y valores. ¿Qué les gusta hacer?; ¿Qué se les da bien hacer?; ¿Cuáles son las historias de esas habilidades: desde cuándo las tienen, de quién las han aprendido?; ¿Qué recuerdos/momentos especiales guardan en su memoria de su infancia?
- Las ramas: ¿Qué esperanzas, sueños y deseos de futuro tienen para sus vidas?; ¿Cuáles son las historias de esas esperanzas y sueños?; ¿Tienen alguna relación estas esperanzas con alguna persona significativa de su pasado o infancia (de su vida en general)?; ¿Desde cuándo tienen estos sueños en sus vidas?; ¿Cómo han conseguido mantenerlos vivos durante tanto tiempo?; ¿Qué les ha ayudado a mantenerlos?; ¿Qué esperanzas o deseos tienen para la vida de otras personas?; ¿Qué esperanzas y deseos de futuro tienen para su comunidad?
- Hojas: personas o personajes (mascotas, personajes ficticios de libros o películas o amigos imaginarios) relevantes en nuestra vida que están vivos o que ya han fallecido. Si se trata de personas importantes que ya no viven hemos visto que estas preguntas pueden provocar tristeza al principio. Por eso seguimos preguntando: ¿Habéis tenido momentos agradables o felices?; ¿Por qué era especial esta persona para ti?; ¿Crees que a esta persona le gustaría saber que le estás recordando de esta manera ahora mismo?; ¿Qué apreciaba o qué veía en ti?¹
- Flores y frutos: regalos o dones que nos han dejado estas personas o personajes importantes en nuestras vidas. No se trata sólo de objetos materia-

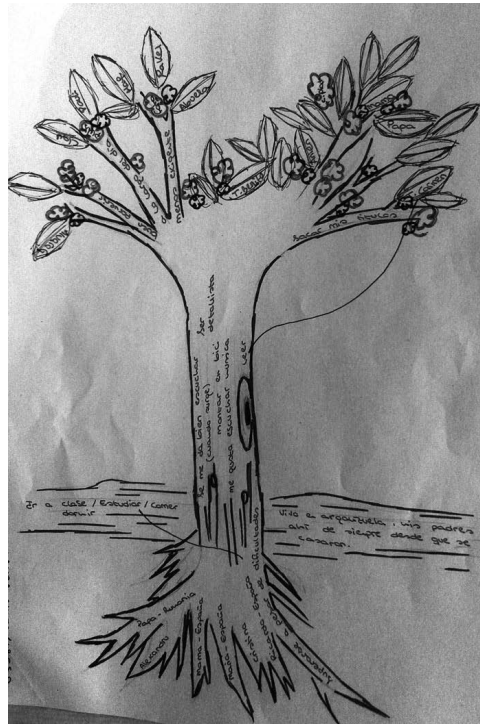


Figura 1.
Ejemplo del Árbol de la Vida de uno de los participantes

les sino también de valores como por ejemplo, el amor por los demás, la protección, la amistad. Puede ser importante desarrollar la historia de esos valores intentando trazar una línea hacia atrás en el árbol, desde los frutos pasando por las hojas, las ramas, el tronco y las raíces, intentando encontrar una conexión o vínculo entre valores, personas significativas, sueños de futuro y recuerdos significativos de su pasado, que se puedan narrar en forma de historia significativa. A esta historia se puede llegar a través de preguntas como: ¿Quién crees que te ha transmitido ese valor?; ¿Qué vio/apreció esa persona en ti para que te transmitiera ese valor tan importante para ti?; ¿De qué manera cambió tu vida el hecho de que esta persona viera eso tan importante en ti?; ¿De qué manera has contribuido tú en la vida de esta persona, para que ella llegara a considerarte tan importante como para transmitirte ese valor?

2) Construcción colectiva del “Bosque de la Vida”. Después de dibujar los árboles de manera individual, juntamos todos los dibujos encima de la mesa, en el suelo o colgados en la pared, para formar el bosque de la vida. Pedimos a algún voluntario que comparta alguna historia de su árbol. Este es un punto de especial intensidad emocional.. Cuando se forman esas conexiones con valores y personas importantes en sus vidas y cuando las historias de esas relaciones especiales vienen a la mente, a los adolescentes les resulta fácil implicarse y compartir emocionalmente esos relatos. Por ejemplo, esto era lo que nos contaba uno de los adolescentes recordando lo que su madre le había transmitido desde que era muy pequeño: “La familia es lo más importante. Mi madre me ha ayudado a entender las cosas sobre la vida, para mí es un ejemplo a seguir. Perdóname mamá por todo, sabes que vivo en tus ojos, por eso caigo con tus lágrimas”.

3) “Cuando llega la tormenta”: amenazas, secuelas, dificultades y respuestas. Con el dibujo del árbol de la vida y las conversaciones que surgen durante la construcción del árbol y del bosque, conseguimos crear un contexto emocionalmente seguro donde los adolescentes puedan hablar sobre dificultades que experimentan o han experimentado relacionadas con la violencia en el contexto escolar o en la vida en general, pero sin que resulte retraumatizante.

Siguiendo con la metáfora, hablamos sobre los peligros que corren los árboles haciendo una conexión con los peligros que corren los adolescentes de la clase con la que se esté trabajando. También hablamos sobre las maneras que han encontrado hasta ahora de hacer frente a todos esos peligros, del mismo modo que los animales y los árboles encuentran la manera de defenderse de los efectos de las tormentas y otros peligros que pueden ocurrir en el bosque. Dejamos espacio para que los adolescentes puedan nombrar todos los peligros que consideran reales en sus vidas y en su colegio. Apuntamos en la pizarra todo lo que los alumnos aportan y hacemos una lista de los peligros y otra lista con las maneras de afrontar esos peligros. Este tipo de conversaciones se convierten en colectivas, ya no hablan de manera individual sino que se completan el uno al otro, hablan sobre experiencias que han

vivido en clase, juntos y sobre cómo han conseguido solucionarlo. Por ejemplo, un grupo contó en una ocasión que el año anterior les consideraban la peor clase de todo el instituto porque tenían muchos conflictos entre los alumnos y entre los alumnos y los profesores. Tres de los chicos dijeron que se dieron cuenta que su clase necesitaba un cambio, una ayuda y entonces se autonombraron el Trío de la Alegría: “Somos el tres más uno, el Trío de la Alegría y este curso las cosas van mucho mejor con nuestras intervenciones. Cuando surge un problema entre compañeros nosotros intervenimos en seguida, mediamos entre ellos y calmamos los ánimos intentando hacer bromas, contar chistes o cantando canciones alegres, como las rumbas y el flamenquito de Melendi, nuestro cantante favorito.”

4) Redacción del documento colectivo y primera lectura con el grupo base. En el siguiente apartado se describe con detalle cómo se genera este documento colectivo. Por el momento baste decir que si es necesario se realizan las modificaciones que los adolescentes soliciten para adecuar el documento a la experiencia cercana de los alumnos, utilizando sus propias palabras (véase poesía del Anexo I: el bosque en el que estaba situado el colegio era el escenario de sus primeras experiencias con las drogas, algo que identificaron de manera espontánea y delante de su tutora como uno de los peligros más graves que corren los alumnos de esa clase).

El hecho de escuchar a los demás contando sus historias y de aportar su experiencia a la comunidad puede resultar beneficioso y aumentar el sentimiento de pertenencia y de agentividad. Los profesionales que llevan a cabo el taller deben adoptar una postura simétrica con los participantes y colaborar con ellos para facilitar el que asuman responsabilidades en prevenir y poner fin a la violencia.

Los Documentos Colectivos

El documento colectivo es una forma de cristalizar la historia alternativa de las habilidades y los conocimientos que las personas y las comunidades descubren que tienen y que les son útiles en situaciones difíciles (véase Anexo I).

Se redacta a partir de las palabras textuales de las personas que participan en el taller. Es sumamente importante que las personas que han contribuido al documento puedan reconocer algunas palabras o frases suyas. Esto requiere que se tomen notas de ellas (si se puede, traducir sentimientos). Un documento efectivo debe recoger imágenes empleadas al hablar, metáforas (prestar atención a la forma de expresarse) e incluso aquello que evoque olores, sonidos, o texturas. El documento no tiene porqué ser una carta, puede ser un diario, un folleto, páginas web, etc. Tampoco hay un tiempo definido para realizar el documento, varía desde unas horas hasta varios meses.

Es importante encontrar formas de obtener el material suficiente acerca de las habilidades y conocimientos de las personas para hacer un documento que sea significativo para ellos. Precisamente el Árbol de la Vida es una buena metodología para lograrlo.

Hay una cierta técnica a utilizar a la hora de la redacción del documento de tal manera que pueda producir el efecto deseado. Siguiendo a Denborough (2008) podemos destacar los siguientes aspectos:

- Que represente la voz colectiva y la contribución en la vida de otras personas que pasan por situaciones semejantes. *“Queremos compartir con todo aquel que quiera y lo necesite, todo lo que hemos aprendido acerca de los conflictos que surgen muchas veces de las diferencias entre nosotros”*.

- Que esté redactado con fluctuaciones entre nosotros y yo: *“Ha sido importante darnos cuenta que recurrir a las personas relevantes en nuestra vida nos ayuda cuando tenemos problemas. Y esas personas importantes pueden ser personas cercanas a nosotros o personajes famosos que nos transmiten valores que nos ayudan en nuestra vida. Me gusta lo que me transmite el luchador profesional que admiro (CM Punk). Su lema: es “estar limpio” de drogas, alcohol y tabaco. Y esos son valores muy importantes”*.

- Que cada una de las habilidades constituyan un tema y que figuren en el título: *“Los dones que nos han dejado las personas o personajes importantes en nuestra vida”*; *“Escucharnos en las dificultades”*; *“Dedicarnos a los demás”*.

- Utilizar expresiones gramaticales que impidan la imposición o la globalización de la experiencia: *“algunos de nosotros”* o *“algunas veces”*, etc.. Esto deja espacio al sentido de pertenencia a la comunidad pero también al reconocimiento de las diferencias. *“Para algunos de nosotros es importante dedicarnos a actividades que implican concentración cuando tenemos un conflicto o cuando tenemos muchas cosas en la cabeza y necesitamos evadirnos. Cocinar me ayuda a relajarme cuando discuto con alguien, porque tengo que estar muy atento a los ingredientes y a la comida. Cuando discuto con mi madre me pongo a cocinar y así ella se queda tranquila y yo también”*.

- Revisar el borrador inicial con aquellos que han contribuido a crearlo y que tengan la oportunidad de cambiar o añadir algo porque sus iniciativas y sus palabras es lo que tiene que quedar recogido.

- Lectura ceremonial y creación de un contexto para la contribución. Sería algo similar a una ceremonia de definición (White, 2002) donde se busca la audiencia a la cual pueda ayudar la lectura del documento para darle un sentido a la experiencia. Se puede organizar una ceremonia con toda la comunidad educativa, por ejemplo durante la fiesta de fin de curso o durante una asamblea, momento en el que los alumnos que han participado en el proyecto leen el documento colectivo a todos los miembros de su comunidad y de esta manera comparten su experiencia. En ese momento, los tutores les entregan los certificados de participación en el taller, en los que se hace mención especial a las habilidades, capacidades, valores y fortalezas que los alumnos han descubierto que tienen y que les ayudan a afrontar de manera efectiva situaciones de conflicto y enfrentamientos en el colegio o en la vida, en general.

En muchas ocasiones el documento colectivo se convierte en el nexo de unión

entre comunidades que afrontan problemáticas similares. Esto se logra mediante la lectura del documento en otros lugares para compartir las diferentes formas de enfrentar las dificultades que ha tenido una comunidad determinada y poder servir de inspiración para la comunidad receptora de la lectura. Los documentos colectivos se convierten en documentos de resistencia viajeros, en nuestro caso, pidiendo a los participantes el permiso para poder llevar su documento a otros colegios.

Proyecto Piloto

Metodología y objetivos

El estudio preliminar del proyecto de prevención del bullying se realizó en dos colegios, uno de la Comunidad de Madrid y otro de la Comunidad Valenciana. El grupo base fueron los alumnos de 4º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Una novedad que introdujimos con respecto a la metodología del árbol de la vida es que el grupo base hizo una réplica de la intervención para los alumnos de 1º, 2º y 3º de la ESO. Así reforzamos la idea de que ellos son los agentes que pueden promover el cambio en relación a la violencia entre iguales. A esta intervención la denominamos sesión réplica. En total participaron 270 adolescentes.

La intervención consta de cinco sesiones con el grupo base. Este grupo se subdivide a su vez en 3 subgrupos y cada uno de estos subgrupos lleva a cabo la sesión réplica.

Los objetivos principales que nos planteamos con nuestra intervención fueron:

1. Hacer visibles las habilidades y los conocimientos que han servido a los adolescentes en experiencias pasadas relacionadas con la violencia y el conflicto . para que les pueden servir a la hora de enfrentar situaciones de conflicto actuales o futuras.
2. Convertir a los jóvenes en agentes activos comprometidos con su comunidad aportando su contribución.
3. Ofrecer a los adolescentes experiencias que incrementen la conexión con sus familiares, con sus valores y con su herencia cultural.
4. Fortalecer la identidad de los adolescentes realzando sus valores personales para cambiar su relación con la violencia.

El proceso de aplicación de la metodología consta de 3 fases. En la primera fase se trabaja con el grupo base siguiendo esta estructura:

- Presentación de los objetivos del proyecto: quiénes somos, qué hacemos, cómo lo hacemos y para qué lo hacemos.
- Lectura del documento colectivo de los compañeros de colegios donde ya se haya realizado la intervención.
- Taller del Árbol de la vida y desarrollo de las conversaciones que surgen a lo largo del taller sobre la educación desigual y cómo se generan los comportamientos violentos, cómo se construye la imagen de hombre y mujer en la sociedad, implicación y efectos de los medios de comunicación

y del imaginario social en esa construcción de roles, la concepción del conflicto en nuestra sociedad, la deconstrucción de los contravalores que nos transmiten, los estereotipos y la discriminación vistos como efectos de la historia única.

- Creación del documento colectivo y primera lectura del documento colectivo para realizar las modificaciones necesarias, si fuera el caso. En la segunda fase, son los adolescentes los que replican la primera fase con sus compañeros de colegio más pequeños. Para ello:
- Cada grupo base se divide en 3 subgrupos (máximo 10 alumnos por subgrupo).
- Cada subgrupo elige una idea de todas las que hemos tratado durante la intervención que le parece importante transmitir a sus compañeros. También tienen libertad de elegir la modalidad de presentación que prefieren.
- Durante 2 ó 3 semanas los subgrupos preparan su intervención. Todo este tiempo tienen a su disposición supervisión del terapeuta.
- Presentaciones de los trabajos: una parte importante de estas intervenciones es la lectura del documento colectivo. Comunicar a los demás los valores y las habilidades que los adolescentes han descubierto que les sirven en situaciones difíciles puede impulsar a los demás a buscar sus propias habilidades y conocimientos que les han ayudado en otras ocasiones a superar situaciones difíciles. Además frecuentemente es una lectura que invita a la reflexión y a tomar posición ante la violencia y el conflicto.
- Taller del árbol de la vida realizado por los adolescentes y creación de documentos colectivos.

La tercera y última fase consiste en una ceremonia de entrega de certificados y reconocimientos de la comunidad educativa a la contribución de los jóvenes. El documento colectivo quedará en un lugar visible del colegio, donde cualquiera pueda consultarlo. Además se invita a todos los alumnos del colegio a enriquecer ese documento aportando sus propios conocimientos y experiencias. En la primera aplicación del proyecto los alumnos del primer grupo base decidieron que su documento colectivo tenía que viajar a todos los colegios donde se iba a llevar a cabo el proyecto.

Comentarios sobre la experiencia

El proyecto presentado debe ser tomado como estudio piloto para realizar investigaciones más exhaustivas de la utilidad de las prácticas colectivas narrativas en el contexto de prevención del bullying. Nuestro análisis de la experiencia realizada y del documento colectivo, ha sido a nivel descriptivo observacional, así que consideramos necesario realizar una cuidadosa planificación de dichas investigaciones para demostrar la eficacia de intervenciones de este tipo.

Se ha podido observar que las técnicas narrativas permiten crear un clima

adecuado y un entorno seguro para poder conversar sobre experiencias individuales o colectivas acerca de la violencia, sin retraumatizar y pudiéndose rescatar la historia alternativa a la experiencia negativa. La siguiente frase del documento colectivo confirma este objetivo (Anexo I): *“Hemos visto que nuestras respuestas ante situaciones de conflicto están vinculadas a lo que es importante para nosotros en la vida. Nosotros podemos elegir qué dirección tomar en la vida a través de las respuestas que damos a las cosas que nos pasan”*.

Al mismo tiempo, la técnica del Árbol de la Vida ha ayudado a rescatar las habilidades, conocimientos, capacidades y relaciones importantes de los adolescentes que participaron en el taller. El apartado “Los valores que son importantes en nuestras vidas” (Anexo I) del documento colectivo dejan constancia de esta afirmación: *“La sinceridad, la lealtad, la madurez, la unidad, la amistad y la alegría son importantes para nosotros. Vivir una vida limpia, respetar a los demás y tener educación. Hemos aprendido que todos tenemos derecho a escuchar y a ser escuchados, tanto en las cosas buenas como en las malas. Creemos que respetar este derecho nos ayuda a afrontar los conflictos de una manera diferente (...). La igualdad y la aceptación son valores importantes que nos ayudan a ver el conflicto como algo enriquecedor”*.

Con respecto al objetivo de rescatar los valores, las habilidades, los conocimientos y las conexiones con personas relevantes de la vida de los adolescentes, podemos afirmar que al usar las dos metodologías mencionadas se facilita la creación del contexto necesario para tender lazos con las personas significativas de los adolescentes que participaron en el taller: *“Algunas personas que ya no están con nosotros o se encuentran lejos, nos han dejado valores importantes como el amor verdadero, ilusión y momentos felices y amistad a pesar de la distancia y el tiempo. Hemos descubierto que tenemos fortalezas que nos transmiten nuestros padres. Mi madre me ha enseñado a ser fuerte y me ha transmitido el valor de la protección. Me han enseñado que es importante aprovechar mis estudios. Ser buenas personas y ser solidarios nos ayuda a afrontar situaciones de conflicto con los demás”*.

Otro propósito de este proyecto era convertir a los adolescentes en agentes activos de cambio para su comunidad. Creemos que hemos conseguido alcanzar este objetivo implicando a los chicos y chicas de manera activa, y de esta manera empoderándoles, al hacer su contribución a la comunidad con las sesiones réplica (contarles a sus compañeros más pequeños las habilidades que ellos habían descubierto en el taller y que les servían para manejar situaciones de conflicto). Estas sesiones réplica tienen como objetivo secundario convertir el documento colectivo en facilitador de acciones similares de futuras generaciones, al quedar en el colegio, en un lugar de fácil acceso, donde cualquiera pueda consultarlo. Con la sesión réplica y con el documento colectivo, que quedará como testimonio histórico en el colegio para generaciones futuras, los adolescentes aportan su contribución a la vida de los demás y se unen en un esfuerzo colectivo para abordar el problema

de la violencia en su colegio o en cualquier otro contexto. Presumiblemente, de esta manera los alumnos de las otras clases podrán seguir el camino trazado por sus compañeros para prevenir y afrontar las situaciones de conflicto.

Creemos que con estas observaciones queda abierta la posibilidad de crear programas de investigación que demuestren la eficacia que tiene el potenciar las historias alternativas frente a las historias dominadas por la violencia y el cambio que produce en la conducta de los adolescentes el hecho de centrarse en el proceso y no en el problema.

Al tomar conciencia del contexto amplio de la violencia y de las ideas que se transmiten desde la sociedad y la cultura y al autorizar, habilitar y dar poder de decisión a los jóvenes, estos se transforman en sujetos que eligen y actúan de una manera realista, respetuosa y viable. Se les capacita para proyectar su futuro a partir de su pasado y de la vivencia de su presente. En nuestra opinión esta metodología constructivista tiene gran impacto puesto que contrasta notablemente con el modo general en que los conocimientos son transmitidos en el contexto escolar, en el que el alumno es fundamentalmente un receptor pasivo de información. Queda por delante el reto de la realización de futuras intervenciones e investigaciones que consoliden las observaciones realizadas.

Notas

- ¹ Con preguntas de este tipo se invita a los adolescentes a contar historias sobre lo que era importante de la relación con esa persona. Esta es una manera de honrar la historia de esa relación. Si el duelo es un tema común de la comunidad (en una de las clases había fallecido una compañera recientemente) seguimos preguntando a los adolescentes cómo pueden seguir pensando en esa persona especial para ellos y recordándola (Denborough, 2008).

Referencias bibliográficas

- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality [Version electronica] *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.
- Bruner, J. (2004). Realidad mental y mundos posibles. Los actos de imaginación que dan sentido a la experiencia. Barcelona: Gedisa.
- Chimpén, C.A. y Dumitrascu, A.R. (2013). De la Terapia Narrativa Familiar a las Prácticas Narrativas Colectivas. *Psyciencia*. Rescatado de: <http://www.psyciencia.com/2013/11/01/de-la-terapia-narrativa-familiar-a-las-practicas-narrativas-colectivas/>
- Denborough, D., Koolmatrjie, C. Mununggirritj, D., Marika D., Dhurrkay, W. & Yunungingu, M. (2006). Linking stories and initiatives: A narrative approach to working with the skills and knowledge of communities. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (2), 19-51.
- Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice. Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Díaz-Aguado, M.J. (2003). Diez condiciones básicas para prevenir la violencia desde la adolescencia. *Estudios de Juventud*, 62/03. Consultado el 9 de junio de 2014 en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/62completa.pdf>
- Foucault, M. (1980). Power/knowledge: selected interviews and other writings. New York: Pantheon Books.
- Horton M. y Freire P. (1990). *We make the road by Walking. Conversations on Education and Social Change*. Edited by Brenda Bell, John Gaventa and John Peters. Philadelphia, USA: Temple University Press.

- Informe mundial sobre la violencia y la salud, (2003) editado por Etienne G.; Krug, Linda L.; Dahlberg, James A.; Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. Publicación científica y técnica n° 588. Organización Mundial de la Salud.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia*, 89, 5-45.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en ámbitos escolares. Washington D.C.: OPS.
- Trinh, T.Minh-ha (1989). *Woman, Native, Other: Writing Postcoloniality and Feminism*. Bloomington, In: Indiana University Press
- UNICEF (2011). *Clima, conflictos y violencia en la escuela*. Argentina: fondo de las Naciones Unidas para la infancia.
- White, M & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (1997). Challenging the culture of consumption: Rites of passage and communities of acknowledgement. *Dulwich Centre Newsletter*, 2, 3 & 4.
- White, M. (2000). *Reflections on narrative practice*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa (Págs. 124-149).
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- Williams, M. (2010). Undercover Teams: Redefining reputations and transforming bullying relationships in the school community. *Explorations: An E-Journal of Narrative Practice*, 2010, (1), 4–13. Rescatado desde: <http://www.dulwichcentre.com.au/explorations-2010-1-michael-williams.pdf>

ANEXO I: DOCUMENTO COLECTIVO

LOS VALORES QUE HEMOS RESCATADO Y QUE NOS AYUDAN A AFRONTAR SITUACIONES DIFÍCILES

Queremos compartir con todo aquel que lo necesite lo que hemos descubierto que nos ayuda en situaciones difíciles. Esperamos que esto sirva de testimonio a todas las personas que encuentran dificultades en la vida.

Hemos visto que nuestras respuestas ante situaciones de conflicto están vinculadas a lo que es importante para nosotros en la vida. Nosotros podemos elegir qué dirección tomar en la vida a través de las respuestas que damos a las cosas que nos pasan.

En momentos de dificultad nosotros respondemos a través de:

LOS VALORES QUE SON IMPORTANTES EN NUESTRAS VIDAS

La sinceridad, la lealtad, la madurez, la unidad, la amistad y la alegría son importantes para nosotros. Vivir una vida limpia, respetar a los demás y tener educación.

Hemos aprendido que todos tenemos derecho a escuchar y a ser escuchados, tanto en las cosas buenas como en las malas. Creemos que respetar este derecho nos ayuda a afrontar los conflictos de una manera diferente.

Cada día nos relacionamos con gente distinta. La igualdad y la aceptación son valores importantes que nos ayudan a ver el conflicto como algo enriquecedor, como una oportunidad de descubrirnos a nosotros mismos y a los demás. Tengo algunos valores por delante de las leyes homófobas. Creemos que no existe ningún

motivo para discriminar y mantener este valor nos ayuda a evitar conflictos.

Hemos descubierto que hablando se pueden solucionar los conflictos y saber decidir entre problemas importantes y conflictos menores es una buena habilidad. Expresar nuestra opinión es un derecho que siempre podemos ejercer. Así como tener educación y respetar a los demás.

LOS DONES QUE NOS HAN DEJADO LAS PERSONAS O PERSONAJES IMPORTANTES EN NUESTRA VIDA

La familia es lo más importante. Mi madre me ha ayudado a entender las cosas sobre la vida, para mí es un ejemplo a seguir. Perdóname mamá por todo, sabes que vivo en tus ojos, por eso caigo con tus lágrimas.

Algunas personas que ya no están con nosotros o se encuentran lejos, nos han dejado valores importantes como el amor verdadero, ilusión y momentos felices y amistad a pesar de la distancia y el tiempo.

Hemos descubierto que tenemos fortalezas que nos transmiten nuestros padres. Mi madre me ha enseñado a ser fuerte y me ha transmitido el valor de la protección. Me han enseñado que es importante aprovechar mis estudios. Ser buenas personas y ser solidarios nos ayuda a afrontar situaciones de conflicto con los demás.

HACER COSAS QUE NOS GUSTAN

Hemos aprendido que hacer cosas que nos gustan nos ayuda cuando tenemos problemas o conflictos. Para algunos de nosotros es importante dedicarnos a actividades que nos ayuden a relajarnos como comer pipas, ir de compras, jugar a la Play o a la XBOX. A mi padre y a mí nos gusta cocinar, a veces lo hacemos juntos.

Creemos que el deporte, en general, nos ayuda a despejarnos. Jugar al fútbol es toda una tradición en mi familia. Mi padre juega en los Veteranos del Puerto y yo voy a verle jugar. Él me ha enseñado que el deporte nos puede ser útil a cualquier edad. Correr, ir al gimnasio, escalar, jugar al tenis, practicar defensa personal, hacer y que nos hagan masajes nos ayuda a despejarnos. Bailar me ayuda a relajarme después de un día malo.

Para nosotros la música es muy importante. Cuando nos sentimos mal, escuchar música que nos motiva y nos relaja puede ayudarnos. A mí me gusta cantar, me lo transmitió mi abuela. Para algunos, tocar un instrumento como el piano, la guitarra, el violín nos ayuda a relajarnos. Concentrarme en la letra de algunas canciones o tararear canciones que me gustan me ayuda a olvidarme de los problemas.

Me río y hago reír a los demás, así se despeja toda la clase. Somos el Trío de la Alegría de nuestra clase, ayudamos a crear buen ambiente. Hemos descubierto que aprender más sobre otras culturas nos ayuda a descubrir las múltiples historias que la gente tiene que contar. De esta forma evitaremos la discriminación y los estereotipos.

Hemos aprendido que hay actividades que nos sirven para desahogarnos cuando estamos tensos, como dibujar o escribir. Es una buena manera de expresarnos.

MANTERNOS CONECTADOS CON NUESTROS FAMILIARES

Nuestros padres y abuelos nos han enseñado que es importante no olvidar de dónde venimos.

Hemos aprendido que nuestra identidad se forma a través de las relaciones que vamos desarrollando a lo largo de nuestra vida, con las personas importantes para nosotros. Mantener unida a la familia y honrar a nuestros antepasados nos ayuda a mantenernos conectados con nuestros orígenes.

Nos ayuda mantener el recuerdo de las personas importantes para nosotros pero que ya no están vivas. Pensar que se han ido para siempre nos hace sentir muy tristes y nos deja un vacío en el corazón. Pero recordar los buenos momentos que pasamos juntos y todo lo que nos han transmitido es la manera de seguir conectados. Una manera de quedarnos con todo lo que esas personas representan para nosotros es decirles “hola de nuevo”. Nos hemos dado cuenta que de esta manera, esas personas nos seguirán apoyando en momentos difíciles. Deseo que mis abuelos vivan siempre. Vivirán siempre a través de las cosas que me han enseñado.

Ha sido importante darnos cuenta que apoyarnos en las personas relevantes en nuestra vida nos ayuda cuando tenemos problemas. Y esas personas importantes pueden ser personas cercanas a nosotros o personajes famosos que nos transmiten valores que nos ayudan en nuestra vida. Me gusta apoyarme en mis amigos y familiares. Ellos me han dado sus mejores momentos y ahora me dan su amistad aunque estén lejos.

Me han transmitido la importancia de esforzarme y luchar para conseguir lo que quiero. “El que ama sufre, el que sufre lucha, el que lucha gana.” Entrenar duro y motivarme me ayuda a seguir luchando para conseguir mis sueños.

Comer juntos en Navidad o comer paella los sábados y los domingos son ocasiones en las que toda la familia se reúne y se mantiene unida. En esas situaciones es fácil hablar con la familia de los problemas que tienes y que te ayuden.

ESPERANZAS Y SUEÑOS

Mantener nuestros sueños vivos nos ayuda a seguir adelante a pesar de las tormentas que podemos encontrar a lo largo de la vida. Esperamos tener siempre a la familia y a los amigos cerca. Uno de nuestros sueños para el futuro es tener familias unidas, que permanezcan juntas a pesar de las dificultades y de los conflictos.

Deseo que siempre haya futuro y salud. Tener una casa sin hipoteca, un trabajo que nos guste, encontrar a la chica 10, tener una Harley o que nos toque la lotería pueden ser buenos propósitos en la vida.

Para algunos seguir siendo fiel a Dios es un propósito importante para el futuro.

CONTANDO NUESTRA HISTORIA DE UN MODO QUE CONSTRUYA FORTALEZAS

Hemos visto que, así como los árboles corren peligro durante todo el año, en nuestras vidas también existen dificultades y conflictos. Pero sabemos que tenemos habilidades, capacidades y conocimientos que nos ayudan a afrontar los problemas. Y hemos descubierto que apoyarnos en las personas importantes para nosotros nos ayuda a crear identidades estables.

Nos hemos dado cuenta de los peligros que implica contar una única historia sobre nosotros mismos o fijarnos en una única historia sobre los demás. Creemos que esto puede llevar a la discriminación y a crear estereotipos que no permiten ver las verdaderas identidades de las personas, mucho más ricas en historias, habilidades y capacidades. La historia que contamos sobre nosotros mismos determina nuestra vida. Hemos aprendido que tenemos la capacidad para elegir la historia que contamos sobre nuestras vidas. Tenemos la habilidad para cambiar nuestra vida cambiando la historia que elegimos contar sobre nosotros mismos.

Somos los árboles que forman el bosque de nuestros montes.
Árboles inquietantes con capacidad de ver, de oír y de ayudar.

No nos miramos indiferentes
somos más que sólo adolescentes.
Compartimos historias que nos unen
y habilidades que nos hacen útiles.
Compartimos miradas, risas y llanto.

Somos el bosque que da vida a nuestro Colegio.
Bajo nuestras hojas reposan los recuerdos de las personas importantes
que forman nuestras identidades.

Las tormentas de la vida nos pueden romper las ramas
y los conflictos nos pueden coger de improviso.

Pero nuestras raíces nos dan firmeza y
el corazón está anclado en la tierra que nos ve crecer.
Somos los árboles que forman el bosque de nuestros montes.



Manuel Villegas

PROMETEO EN EL DIVÁN

Psicoterapia
del desarrollo moral

Herder

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

Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Grau Touriño, A., y Sánchez Povedano, M. (2014). Cognición social en trastornos de la conducta alimentaria: Hallazgos clínicos e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 61-75.

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son patologías con importantes problemas interpersonales. En la última década han aumentado las líneas de investigación relacionadas con la cognición social en Anorexia Nerviosa. En este artículo revisamos los principales hallazgos en el área de estudio de la cognición social en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Después de conceptualizar el constructo objeto de estudio describimos los resultados procedentes de la literatura divididos en los componentes principales de la cognición social. En primer lugar, nos centramos en la Teoría de la Mente, tanto de tipo emocional como cognitivo. A continuación nos adentramos en el terreno de la empatía y especialmente en las similitudes entre Anorexia y Trastornos del espectro autista en esta dimensión. Finalmente esbozamos las implicaciones de todas estas investigaciones en la práctica psicoterapéutica, concretamente las implicaciones en la relación terapéutica, en la terapia familiar y en los objetivos y los contenidos de la terapia.

Palabras clave: Cognición social, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Empatía, Teoría de la Mente

Abstract

Eating Disorders are pathologies with important interpersonal problems. In the last decade, the line of investigation linked with the Social Cognition in «anorexia nervosa» has increased. In this article we review the main findings in the field of social cognition in Eating Disorders.

After conceptualizing the object of study, we describe the results from the literature divided into the main components of social cognition. First, we focus on the theory of mind, exploring both emotional and cognitive issues. Then, we go in depth into the study of empathy and, particularly, in the similarities between anorexia and autism spectrum disorders in this dimensions. Finally, we describe the implications of the research findings for the practice of psychotherapy, specifically in the implication for the therapeutic relationship, for family therapy and for the goals and contents of the therapy.

Keywords: Social Cognition, Eating Disorders, Empathy, Theory of mind

Fecha de recepción: 15/06/2014. Fecha de aceptación: 29/07/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: tgrau@itacat.com

Dirección postal: Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA)

c/ Cavallers nº 37 08035, Barcelona.

© 2014 Revista de Psicoterapia



Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías de gran complejidad, debido a la enorme heterogeneidad de los trastornos que los componen. Más allá de su descripción sintomática (restricción alimentaria, autoinducción del vómito o ejercicio físico compensatorio), la multidimensionalidad que caracteriza a estos trastornos, así como la etiología de los mismos resisten con muchas dificultades el intento de trazar un tronco común para todos ellos. Lo que sin duda constituye una condición compartida, es el hecho de ser trastornos que sitúan a la conducta alimentaria en la encrucijada entre el cuerpo y la dimensión social del individuo. Precisamente una de las dificultades presentes a lo largo de todo el espectro de los TCA son las dificultades interpersonales.

La existencia de estos problemas interpersonales ha hecho que la práctica totalidad de los tratamientos psicoterapéuticos existentes para los TCA incluyan la mejora de este componente entre sus principales objetivos de trabajo. Una de las modalidades de trabajo más extendidas para esta área es el entrenamiento en habilidades sociales (Saldaña, Tomás & Bachs, 1997). El mecanismo de acción propuesto por estas técnicas consiste en aumentar el repertorio conductual disponible para la persona en sus relaciones sociales. Parte pues de la base de que existiría un déficit de tipo conductual que podría ser suplido a través de la psicoeducación, aumentando así la efectividad interpersonal. La modesta eficacia de estas técnicas en el tratamiento de los TCA ha obligado a investigadores tanto básicos como aplicados a buscar modelos explicativos alternativos a este presunto déficit conductual.

En los últimos años la investigación de los déficits interpersonales en los TCA ha girado su atención hacia el terreno de la cognición social, intentando hallar en esta un mecanismo que explique el enorme distrés relacional sufrido por las personas que padecen estos trastornos.

Cognición Social: Conceptualización y Componentes

Desde que G.H. Mead en su obra *Mind, Self and society* (1934) realizara uno de los primeros acercamientos a este campo, son tan numerosos como diversos los intentos de ofrecer una conceptualización suficientemente comprehensiva de la cognición social. Por limitaciones de extensión, en este trabajo nos ceñiremos a una definición meramente descriptiva ofrecida por Brothers (1990, p.367) quien considera la cognición social como «el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de los otros». Aunque no todos los componentes de la cognición social han sido adecuadamente abordados en el estudio de los TCA, en este trabajo revisaremos aquellas dimensiones mejor estudiadas en estos trastornos.

Teoría de la Mente

La Teoría de la Mente (ToM) ha sido el componente mejor estudiado en los TCA. La ToM hace referencia a la capacidad que tiene un individuo de inferir estados mentales en el otro. Aunque se supone su presencia en primates no humanos, solo nuestra especie ha alcanzado un grado de especialización tan notable. Es indudable la ventaja evolutiva que supone disponer de una representación mental de lo que otro está sintiendo o pensando. Haber desarrollado esta capacidad hasta los niveles actuales se encuentra relacionado con el grado de cooperación y organización que el ser humano ha alcanzado. Como toda capacidad, su empleo puede estar al servicio de tan nobles virtudes como la solidaridad, la cooperación o la compasión, o de las peores bajezas de la especie como la traición, el engaño o el abuso. La capacidad de construir una ToM emerge en el seno de las relaciones de apego. La calidad de estas relaciones supondrá un nicho más o menos propicio para el desarrollo de esta capacidad (Fonagy & Target, 1997).

A pesar de la inseparable confluencia de elementos cognitivos y emocionales, frecuentemente se traza una diferenciación entre ambos componentes. Esta diferenciación da lugar a dos grandes áreas: (a) Teoría de la Mente de tipo Cognitivo (Cognitive Theory of mind. CToM): Referente a la capacidad de representación de los pensamientos e intenciones del otro; y (b) Teoría de la Mente emocional (Emotional Theory of Mind. EToM): La habilidad de generar una representación mental de las emociones experimentadas por el otro.

A pesar de la actual disponibilidad de estudios sobre esta dimensión, su interés es relativamente reciente. Las dificultades presentadas en esta área han llevado a diversos autores (Zucker et al. 2007) a asimilar la Anorexia Nerviosa (AN) con el recientemente erradicado del DSM-IV-TR Síndrome de Asperger (SA), un subtipo de autismo de alto rendimiento.

En efecto, la AN y los Trastornos del Espectro Autista (TEA) comparten algunas características. Por un lado, está bien establecida la existencia de una escasa flexibilidad cognitiva en ambos trastornos (Tchanturia et al., 2004). Así mismo, tanto TEA como AN presentan una escasa coherencia central (Happé & Frith, 2006; Lopez, Tchanturia, Stahl & Treasure, 2008), entendida esta como una excesiva atención a los detalles y un fracaso en integrar éstos en su contexto global. El tercer elemento de solapamiento lo constituye una deficitaria ToM que impediría tanto a las personas con TEA como a los pacientes con AN representarse las cogniciones y emociones del otro en interacción. Note el lector que nos estamos refiriendo a la AN y no a los demás diagnósticos alimentarios, puesto que es en este subtipo diagnóstico en el que la mayoría de estudios encuentran una disfunción en la ToM.

Teoría de la Mente de tipo cognitivo (CToM)

Los primeros en estudiar la CToM en AN fueron el grupo de Russell y colaboradores del Instituto de Psiquiatría de Londres (Russell, Schmidt, Doherty, Young & Tchanturia, 2009). Este equipo, evaluó la CToM en un grupo de mujeres

con anorexia tratadas en la unidad de trastornos de la Conducta Alimentaria de la *Maudsley Foundation*. Para ello emplearon la prueba clásica de las historias extrañas de Happé (Happé, Brownell & Winner, 1999). Esta prueba consiste en 12 viñetas de cómic. En seis de ellas se requiere la capacidad de inferir los estados mentales, las intenciones y los conocimientos de los personajes que aparecen en cada escena. Por ejemplo, en una de las viñetas aparece una niña comiendo caramelos. En la viñeta contigua se puede observar como la niña al ver a una amiga que se acerca, esconde los caramelos. Cuando la amiga le pide un caramelo, la niña responde que se le han terminado. Una vez el participante ha visualizado la viñeta se le pregunta si es verdad lo que dice la niña y porqué ha dicho esto.

A pesar de la aparente sencillez de la tarea, responder correctamente a esta pregunta implica tener una representación mental de lo que la niña sabe (la niña es consciente de que ha escondido los caramelos) y lo que su amiga no sabe (su amiga no sabe que los ha escondido), así como de las intenciones de la niña para actuar de esta forma. La ausencia de una teoría de la mente del otro, como ocurre en el caso del autismo, imposibilita la correcta ejecución de esta tarea.

En la investigación de Russell y colaboradores (2009), el grupo con AN tuvo un desempeño menor en las historias extrañas de Happé que el grupo control, lo que muestra una peor capacidad de comprensión de los pensamientos e intenciones del otro. Además, dos de los indicadores de severidad más robustos en TCA (IMC, Tiempo de evolución y Escala de Evaluación de la actividad Global) se asociaron inversamente con el rendimiento en esta tarea otorgando valor pronóstico a esta capacidad. Las principales críticas a este estudio vinieron fundamentadas por el hecho de que existieron diferencias entre los grupos en edad y años en educación, siendo conocida la relación entre estas variables con la teoría de la mente cognitiva.

Otro estudio de reciente publicación (Tapajóz, Soneira, Aulicino & Allegri 2013) halló resultados en el mismo sentido. En esta ocasión emplearon otra tarea clásica, el Test de meteduras de Pata (*Faux Pas Test*, FPT; Baron-Cohen, O'Riordan, Stone, Jones, & Plaisted). En esta tarea se presentan a los participantes una serie de historias en la que uno de los personajes dice algo inapropiado por olvido o malentendido que hiera los sentimientos del otro. Su resolución requiere la capacidad de representación de lo que conocen y de lo que no conocen ambos personajes. Un ejemplo de historia es la siguiente. El marido de Elena estaba organizando una fiesta sorpresa para el cumpleaños de ella. Él invitó a Sara, una amiga de ella y le dijo, «no le cuentes a nadie, y menos a Elena». El día antes de la fiesta, Sara volcó el café sobre un vestido nuevo que estaba colgando sobre su silla. «¡Oh!» dijo Sara, « ¡yo iba a usar esto en tu fiesta!» «¿Que fiesta?» dijo Elena. «Vamos» dijo Sara, «Veamos si podemos sacar la mancha».

Una vez leída la historia al participante se le realizan preguntas destinadas a evaluar la capacidad de la persona para poder interpretar las tareas pertenecientes a la CToM. En este estudio, los pacientes con AN obtuvieron peores resultados que el grupo control y que el grupo con Bulimia Nerviosa (BN), que se comportó de

forma similar al grupo control.

En una investigación reciente de nuestro grupo de investigación (Grau, Rodríguez, Faus y Sánchez, 2013) se evaluó la CToM a través de la prueba *Faux Pas* en un grupo de pacientes con AN. Los resultados constataron una peor ejecución de estos pacientes tanto en la adolescencia como en la edad adulta. Estos pacientes se encontraban en un peso normalizado y la conducta alimentaria se había restablecido. Este hecho hace pensar que esta dificultad en la capacidad de representación de las cogniciones e intenciones del otro representa más bien un rasgo que un estado secundario a los efectos debidos a la situación clínica como el bajo peso o la inanición.

Teoría de la Mente Emocional (EToM)

Aunque existe algún estudio con resultados negativos (Adenzato, Todisco & Ardito, 2012), la enorme mayoría de trabajos, demuestran un EToM deficitaria en pacientes con AN, no ocurriendo lo mismo para la BN.

El grupo de Russell y colaboradores (Russell et al., 2009) fueron los primeros en demostrar esto empleando el Test de los Ojos (*The Reading the Mind in the Eyes*. RME; Bahron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001) en un grupo de pacientes con AN. Esta tarea consiste en la presentación de 36 láminas en las que se muestran expresiones emocionales reflejadas en la mirada de 19 hombres y 17 mujeres. Los participantes deben elegir entre cuatro alternativas de respuesta, la emoción mostrada por cada mirada. Los resultados obtenidos demostraron que las pacientes con AN presentaban mayores dificultades en el desempeño de dicha habilidad al compararlo con un grupo control.

Similares resultados obtuvieron el equipo de Anna Oldershaw (Oldershaw, Treasure, Hambrook, Tchanturia & Schmidt, 2011) al comparar un grupo con AN con otro con TEA en un intento de equiparar ambas patologías. Para comprobar esta sorprendente hipótesis administraron pruebas que evaluaban funciones ejecutivas (concretamente la flexibilidad cognitiva y la baja coherencia) junto con tareas que miden el funcionamiento de la EToM: el RME y *the Reading the mind in the films* (RMF; Golan, Baron-Cohen, Hill & Golan, 2006). La investigación señala que las pacientes con AN obtuvieron mejores rendimientos en RME, pero los pacientes con autismo fueron superiores en la tarea RMF, sin embargo en las tareas de función ejecutiva ambos grupos tuvieron un funcionamiento similar.

Estos resultados parecen reforzar la hipótesis que asimila AN y TEA. A pesar de ello es importante tener en cuenta la siguiente diferenciación: tanto en los TEA como en los TCA, las disfunciones de tipo ejecutivo (baja coherencia central, baja flexibilidad cognitiva) parecen tener más bien características de rasgo que de estado. Se ha comprobado cómo estas características se mantienen estables independientemente del estado clínico (Harrison, Tchanturia & Treasure, 2010; Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure y Schmidt, 2010). Por el contrario, los déficits relativos a la EToM parecen tener características de estado, y mejorar con

la remisión del trastorno. Así lo comprobó de nuevo el grupo británico capitaneado por Oldershaw (Oldershaw et al., 2010) al comparar la ejecución en tareas relacionadas con la EToM en un grupo de pacientes con AN ya recuperadas, con un grupo control y con un grupo de pacientes con el trastorno en curso. Utilizaron para ello las tareas: RME y RMF. El estudio comprobó como el rendimiento en tareas que requerían de una teoría de la mente emocional funcional se vio completamente reestablecida en las pacientes de Anorexia recuperadas.

Salvo excepciones (Medina-Pradas, Navarro, Alvarez-Moya, Grau & Obiols, 2012), dentro de los TCA los déficits en la EToM son territorio exclusivo de la AN. Por lo que respecta a esta competencia, AN y BN tienen un funcionamiento completamente dispar. Hasta el momento en el estudio con mayor población de personas con BN (Kenyon et al., 2012) no se encontraron diferencias entre el rendimiento en la EToM de un grupo de pacientes con BN del de un grupo control. Además, interesantemente, el grupo con BN obtuvo un rendimiento superior al grupo control en la tarea RMF en el reconocimiento de emociones negativas. Este hecho empareja a las BN con los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), los cuáles han demostrado una capacidad hipertrofiada en reconocer emociones negativas (Franzen et al., 2010). Como es sabido, el TLP es uno de los trastornos con mayor comorbilidad con la BN (Godt, 2008). Una hipótesis preliminar que equiparara ambos trastornos consistiría en considerar que tanto en la BN como en los TLP existe una hiper-especialización en el reconocimiento de emociones negativas en el otro que tiene como finalidad predecir el posible rechazo. El resultado sería, según esta propuesta, una sobrestimación del peligro que activaría los sistemas de alerta. A continuación una respuesta compensatoria procuraría evitar este potencial abandono.

En relación a lo anterior la mayoría de investigaciones apuntan a un sesgo cognitivo que prioriza el reconocimiento de emociones negativas en el interlocutor. Cserjési y colaboradores (2011) estudiaron la capacidad de reconocer emociones en el rostro en un grupo de mujeres con Anorexia y otro con Obesidad. Los resultados mostraron la presencia de un sesgo cognitivo hacia las expresiones faciales de enfado. Por su parte, los pacientes con obesidad presentaron un sesgo que dio prioridad a emociones positivas, teniendo una mayor dificultad en el procesamiento de las emociones negativas. Dicho de otro modo, mientras los pacientes con obesidad tenían una mayor tendencia a procesar las emociones en el rostro como positivas, los pacientes con anorexia procesaban principalmente estas emociones como negativas, y de forma destacada como enfado. Las conclusiones de este estudio subrayan las dificultades en la interacción social derivadas de los problemas en el procesamiento de emociones positivas. Además el hecho de prestar más atención a expresiones faciales de enfado predispone a interacciones suspicaces y defensivas (D'Acromont y Van der Linden, 2007). Resulta este un motivo más para vivir la interacción social como una experiencia amenazante, y por tanto a ser evitada en forma de aislamiento social.

Anorexia o Bulimia: dos vías diferenciadas hacia los problemas interpersonales

La presencia de déficits interpersonales está presente a lo largo de todo el espectro de los TCA. A pesar de ello, el hecho de que los déficits en la ToM se encuentren principalmente en Anorexia y no así en la Bulimia, hacen pensar en diferentes mecanismos que conducirían a un malestar en las relaciones interpersonales. Parece claro que en el caso de la Anorexia, el fracaso en la representación de las cogniciones y de las emociones del otro, sumiría a la persona en un mundo de relaciones cuyas claves no comprende, y por tanto no es capaz de predecir. En el caso de la BN, la excesiva autoconciencia podría ser la variable que explicara la insatisfacción con su mundo relacional. La emoción que expresa esta insatisfacción es la vergüenza, más presente en la Bulimia que en la Anorexia. (Kenyon et al., 2012). Por su parte Striegel Moore y colaboradores (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1993) estudiaron la relación entre autoconciencia y vergüenza en un grupo de 34 mujeres con Bulimia y la compararon con un grupo control. Para ello, emplearon la Self-Consciousness Scale (SCS-25). Esta medida consta de tres dimensiones principales: Autoconciencia pública, entendida como la atención prestada al juicio ajeno, Autoconciencia privada (atención prestada a los propios pensamientos emociones y sensaciones) y ansiedad social. El grupo con Bulimia presentó una mayor autoconciencia pública y mayor ansiedad social. Además, ambas medidas correlacionaron con la insatisfacción corporal. Interesantemente, en un estudio similar aplicado a pacientes con Trastorno por atracón, se observó que este grupo puntuó significativamente superior en Autoconciencia privada y ansiedad social y fueron precisamente estas dimensiones las que se asociaron con medidas respectivas a la imagen corporal y episodios de sobreingesta alimentaria (Sawaoka y Barnes, 2012). Estos resultados, junto a la experiencia clínica parecen explicar algunas características diferenciales entre la presentación de la Bulimia y la del Trastorno por Atracón. Al parecer, en la Bulimia, la excesiva atención hacia el juicio ajeno provoca una intensa ansiedad social. Esta ansiedad social se relaciona estrechamente con el ansia por comer y por tanto con los atracones. El intenso pánico a engordar y las consecuencias de esto para la visión proyectada en los demás, se ve resuelta a través de los episodios de autoinducción del vómito. Sin embargo en el Trastorno por atracón el mecanismo sería algo diferente. La ansiedad social se asociaría con una excesiva autoconciencia de los propios pensamientos, emociones y sensaciones. El mecanismo de neutralización de esta ansiedad sería de igual modo el atracón. Al no existir una excesiva preocupación por el juicio ajeno y ser menor la insatisfacción corporal, no serían necesarias maniobras compensatorias como la autoinducción del vómito o el uso de laxantes.

A modo de síntesis, los hallazgos procedentes de la investigación constatan la presencia de déficits en la Teoría de la Mente tanto de tipo cognitivo como emocional. Estos déficits se encuentran principalmente en AN, no obstante en la BN las capacidades ToM no parecen estar alteradas. Dos mecanismos diferentes parecen explicar los problemas interpersonales de la Anorexia y de la Bulimia.

Mientras en Anorexia parecen bien establecidos los déficits en la representación tanto de pensamientos y emociones en el otro, en BN la excesiva atención al juicio externo sería la responsable de la vivencia ansiosa de su mundo relacional.

Empatía

Hasta ahora, hemos revisado un mecanismo mediante el cual una persona elabora una teoría sobre las cogniciones, las emociones y el funcionamiento del otro en una situación social concreta. Ésta es una de las dos modalidades de las que dispone una persona para entender a otra. El segundo mecanismo, la empatía, tiene más bien un carácter corporal que lógico (Merleau-Ponty, 1962). La empatía es la habilidad de identificar las emociones de otra persona y responder a ello con una emoción coherente (Baron-Cohen, Richler, Bisarya, Gurunathan & Wheelwright, 2003). A diferencia de la construcción de la teoría de una mente emocional, empatizar con alguien implica la activación emocional del observador. Así, mientras en determinados trastornos psicopáticos y narcisistas la teoría de la mente está preservada, estos individuos carecen de resonancia emocional en su propio organismo. Tomamos de Lieberman (2006) las dos características principales de la respuesta empática:

- a) Una respuesta emocional o experiencial que se aproxima a la de otra persona
- b) La conciencia e identificación de esa emoción junto con el conocimiento de que esa emoción pertenece a otra persona (diferenciación).

Resulta sorprendente la ausencia de trabajos que estudien la empatía en los TCA. Algunos de estos estudios se han producido en la última década dentro del paradigma de investigación que asimila la AN y los TEA. Dentro de este marco, las investigaciones se inscriben en el estudio del denominado eje empatía/sistematización. Este eje consiste en un estilo cognitivo-social caracterizado por un uso disminuido de la empatía junto con una excesiva sistematización de las relaciones sociales. En personas afectadas por TEA se ha observado una tendencia hipertrofiada a construir reglas acerca del comportamiento de los sistemas. La creación de reglas tiene un importante valor evolutivo para la predicción del funcionamiento de nuestro entorno. A pesar de ello, el uso de este mecanismo sistematizador pierde su utilidad como predictor del mundo emocional de los seres humanos debido a su diversidad irreductible y al carácter altamente cambiante de la respuesta emocional. Es por ello que para poder predecir la conducta humana, es necesario el uso de la empatía (Baron-Cohen et al., 2003). Durante el acto empático, la atención se sitúa en el estado mental del otro y a su vez provoca una respuesta emocional en el observador. Sin esta respuesta emocional la comprensión de las emociones del otro resulta incompleta. Esta ausencia de respuesta emocional del observador en favor de una hiperdesarrollada sistematización de las relaciones resulta una característica fundamental para personas con TEA. En TCA, la experiencia clínica y psicoterapéutica confirma este afán sistematizador aplicado también a las relacio-

nes sociales de las personas con AN.

Por lo que respecta a la empatía, en personas con TCA es de sobras conocido el exceso de atención a la imagen que los demás tienen de ellas, aunque sospechamos que en este colectivo, esta atención se hace prioritariamente desde un acercamiento cognitivo, y por tanto carente de activación emocional. Hasta el momento, solo tenemos conocimiento de dos investigaciones (Courty et al., 2013; Hambrook, Tchanturia, Schmidt, Russell y Treasure, 2008) han explorado el eje empatía/sistematización en pacientes con Anorexia. Estos dos estudios no han sido capaces de confirmar la equiparación de este eje entre pacientes con AN y pacientes con TEA. A pesar de ello, ambos trabajos adolecen de dos importantes limitaciones. En primer lugar, utilizan como instrumentos de medida cuestionarios de empatía autopercebida. Como hemos demostrado (Grau et al., 2013) la empatía autopercebida puede no corresponderse con la empatía medida con pruebas objetivas. Además en ambos trabajos el tamaño de la muestra es muy escaso.

A pesar de esta relativa falta de resultados que apoyen la hipótesis del eje Empatía/sistematización, en el estudio de Courty (2013) se equiparó a las personas con AN con las personas con TEA en el funcionamiento en una dimensión importante de la empatía denominada distrés interpersonal. Esta dimensión hace referencia a la tendencia a experimentar ansiedad ante emociones negativas experimentadas por otro. Tanto TEA como AN mostraron mayor distrés interpersonal que los controles.

Todavía más importante nos parece la equiparación de la alexitimia entre AN y TEA. Hilde Bruch (1977) fue la primera en describir las dificultades en percibir y controlar las sensaciones corporales así como las propias emociones sentidas en su corporalidad. Desde entonces, está bien establecida la relación entre alexitimia y AN (Corcos et al., 2000). En el estudio de Courty (2013) el grupo con AN y el grupo con TEA presentaron idénticos niveles de alexitimia, y los dos grupos clínicos presentaron mayores niveles de alexitimia que sus respectivos controles. Estos autores apuntan la hipótesis que consiste en considerar que el pobre reconocimiento de emociones propias (metacognición) podría traducirse en una limitada capacidad de reconocimiento de las emociones en el otro (empatía). Esta tesis es apoyada por estudios anteriores (Guttman y Laporte, 2002). Sin embargo, la relación entre alexitimia y empatía en TCA resulta algo más compleja. Un estudio reciente (Beadle, Paradiso, S., Salerno y McCormick, 2013) demuestra que efectivamente existe una asociación entre alexitimia y empatía, pero de nuevo sólo para la dimensión distrés interpersonal, es decir, la percepción de emociones negativas en el otro. Además en dicho estudio se asociaron estos dos constructos con la autorregulación emocional. Los autores plantean un modelo según el cual las emociones negativas en el otro aumentarían el arousal emocional en pacientes con AN, lo que, debido a las dificultades en identificar dichas emociones, podría motivar la desregulación emocional.

Cuando los estudios sobre empatía y TCA se apartan del paradigma *empatía/*

sistematización, los resultados parecen avalar una capacidad empática incompleta en pacientes con AN. Es el caso de un estudio reciente (Morris et al., 2014) en el que se estudió la empatía, junto con otros componentes del funcionamiento social en un grupo de pacientes con diagnóstico en curso, comparado con un grupo de pacientes recuperados y con un grupo control. Para hacerlo, se empleó el instrumento *Socio-emotional Questionnaire* (SEQ). Este cuestionario autoadministrado presenta una estructura factorial que permite medir las siguientes dimensiones: reconocimiento de emociones en el otro, empatía, conformidad social y conductas antisociales. En este estudio, los pacientes con AN en curso se perciben como menos empáticos que el grupo control, aunque no reportan un peor reconocimiento de las emociones en el otro. El interés en este resultado subyace en el hecho de que, según los propios pacientes, éstos son capaces de reconocer las emociones en el otro, pero les resulta muy difícil elicitar en ellos mismos una respuesta emocional análoga a la emoción en el otro. Existiría por tanto una comprensión excesivamente cognitiva, carente de la activación fisiológica propia de una experiencia empática completa.

En el mismo estudio, el grupo de pacientes con AN en curso obtienen puntuaciones inferiores en conducta antisocial que el grupo control y el grupo de AN recuperadas. Los autores atribuyen estos resultados a la necesidad de aprobación y al perfeccionismo aplicado a las interacciones sociales. A través de estos dos componentes, las personas con AN intentan controlar la impresión creada en sus interlocutores (Bulik et al., 2003; Davies, Schmidt, Stahl, y Tchanturia, 2011; Egan, Wade, y Shafran, 2011; Sassaroli et al., 2008). Otros estudios encuentran una empatía deficitaria tanto en lo que respecta a la empatía de tipo cognitivo como afectivo (Calderoni, Fantozzi, Maestro, Narzisi, y Muratori, 2012).

Por lo que respecta a la empatía y a modo de síntesis, los datos procedentes de la literatura parecen confirmar una función empática incompleta en pacientes con AN. La empatía en este colectivo estaría caracterizada por una predominancia hacia el procesamiento cognitivo a la hora de conocer las emociones en el otro. Existiría un pobre reflejo de éstas en las emociones propias, sobre todo cuando estas emociones tienen una valencia negativa. Los altos niveles de alexitimia parecerían estar detrás de esta dificultad en empatizar y del malestar producido por las emociones negativas en las interacciones.

Implicaciones para la Terapia

Implicaciones para la relación terapéutica

Tradicionalmente se ha considerado a los pacientes con TCA como individuos de difícil vinculación, resistentes al cambio, desconfiados y manipuladores. No es extraño coincidir con profesionales de la salud mental que honestamente reconozcan la dificultad a nivel transferencial que comporta el trabajo con estas personas. El conocimiento de las particularidades en la cognición social de este colectivo pueden servir para transformar las emociones problemáticas que experi-

menta el psicoterapeuta de TCA en artillería para el cambio. El uso de estrategias de compartición de los estados mentales experimentados por el psicoterapeuta durante la sesión de terapia puede transformar estos momentos de compromiso del vínculo en ocasiones privilegiadas para el aumento de la teoría de la mente del paciente.

Otro aspecto a tener en cuenta es la necesidad de la activación emocional durante las sesiones de psicoterapia. Como hemos visto con anterioridad, la estrategia ensayada por estos pacientes es la de conocer las emociones experimentadas por el otro desde un punto de vista excesivamente racional, sin activación emocional propia. Si queremos que la psicoterapia sea una experiencia suficientemente comprensiva e integradora de la experiencia del paciente, es necesario que los contenidos de la sesión estén dotados de la cualidad sensorial que sólo las emociones les pueden conferir. Merecen por lo tanto especial atención los intentos por parte del paciente de evitar el contacto con dicha emocionalidad, sobre todo ante emociones negativas. De nuevo es esta una ocasión privilegiada para reflejar esta tendencia evitativa en el momento preciso en que esto ocurra, contribuyendo así al autoconocimiento del paciente.

Implicaciones para la terapia familiar

Tal vez con demasiada frecuencia se ha subestimado el valor de las percepciones individuales que coexisten dentro de una familia. A pesar del valor de la unicidad e irreductibilidad del sistema familiar, en la sala de terapia pueden concurrir, y de hecho lo hacen, distintos aparatos cognitivo-emocionales con sus respectivos estilos perceptivos y habilidades meta y heterocognitivas. En este sentido, la mayor tendencia de las personas con AN a percibir emociones negativas en el otro puede imprimir en la terapia un estilo suspicaz y defensivo. Sin embargo, no sería justo, ni mucho menos veraz, responsabilizar al paciente identificado de los «malentendidos» interaccionales ocurridos durante la terapia de familia. Así, algunos estudios han demostrado que los déficits en la cognición social se encuentran también presentes en madres de personas con AN (Ward et al., 2001). Esto sugiere que existe una relación biunívoca entre la cognición social de la persona con TCA y la cognición social de sus cuidadores del tipo: *Las emociones generadas por el paciente en el familiar son procesadas deficitaria o sesgadamente por este, el cual responde de tal forma que genera emociones en el paciente que son procesadas de forma igualmente deficitaria o sesgada*. Emerge pues, una nueva dimensión a explorar en el terreno de la terapia familiar: las diferencias en el procesamiento de la información social entre los miembros del sistema.

Sin abandonar todavía las familias con un miembro con TCA, recuperamos uno de los constructos mejor estudiados por la literatura: la Emoción Expresada (EE). La EE hace referencia a la actitud y comunicación de los miembros de la familia con el paciente. (Vaughn y Leff, 1976). Concretamente la EE se centra en los comentarios críticos, la hostilidad o la sobreimplicación como niveles que

ensombrecen el pronóstico de los TCA entre otros trastornos. Más allá del acusado poder predictivo de la EE, los mecanismos por los cuáles un familiar reacciona con hostilidad o con criticismo a los síntomas del paciente permanece sin estar del todo clara. Hasta el momento, este estilo de respuesta se atribuye a ciertas características de personalidad del familiar que lo hacen vulnerable a reaccionar con niveles altos de criticismo, sobreimplicación emocional u hostilidad. A modo tentativo, podríamos considerar la posibilidad de que por ejemplo una ToM deficitaria en el familiar podría ser uno de estos factores de personalidad que elicitarían respuestas hostiles, críticas o sobreimplicadas. Esta posibilidad necesita ser comprobada empíricamente. Desde el punto de vista psicoterapéutico resulta conveniente explorar aspectos como la habilidad de los miembros de la familia para empatizar o construir una ToM sobre el resto de miembros de la familia. En caso de hallar dificultades en esta área el fomento de las habilidades de mentalización puede representar un arma terapéutica a integrar en la intervención con la familia. Para este propósito, son fundamentales las intervenciones que fomenten en el sistema familiar la comunicación emocional entre sus miembros, elemento con frecuencia ausente en el espíritu de las familias con TCA.

Implicaciones en los objetivos y en los contenidos de la terapia

Desde los primeros tratamientos multicomponente de los TCA se incluyó el denominado entrenamiento en habilidades sociales (EHHSS) para tratar los problemas interpersonales descritos en la literatura. El EHHSS tiene como objetivo que la persona adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones sociales y responder asertivamente (Saldaña et al., 1997). Esta estrategia, eminentemente psicoeducativa, pretende ampliar el repertorio conductual teóricamente escaso de que disponen las personas con TCA. Sitúa por tanto el objetivo del cambio en la modificación de la conducta, entendiendo que con la mejora de estas habilidades, las situaciones sociales se tornarán menos aversivas. A día de hoy, no tenemos conocimiento de ningún estudio que demuestre la eficacia del EHHSS por sí sólo en TCA. Por otra parte la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) incorpora la intervención en el contenido cognitivo-social a través de la reestructuración de las cogniciones distorsionadas, aunque con resultados igualmente exiguos. La condición nuclear del malestar psicosocial de los TCA nos obliga a repensar estrategias de intervención en esta área. Parece justificado incluir en los programas de tratamiento el uso de intervenciones que centren sus esfuerzos en los procesos cognitivos inherentes al desarrollo de la ToM, de los sesgos cognitivos y de la empatía. Disponer de buenas habilidades sociales no parece útil para alguien que no entiende lo que piensa y cómo se siente el otro.

A pesar de las evidentes diferencias en cuanto a gravedad y especificidad de los déficits cognitivo-sociales, algunas propuestas psicoterapéuticas procedentes del terreno de las psicosis podrían servir de inspiración para el desarrollo de programas específicos para la intervención en cognición social en TCA.

Entre estos programas destacan los tres siguientes: el programa de percepción social (Roder, Brenner, Kienzle & Fuentes, 2007) , el *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT; Penn et al, 2005) y el *Integrative neurocognitive Therapy* (Roder, Laechler & Mueller, 2007). No nos vamos a extender en el contenido de estos programas de intervención. El lector interesado puede acudir a Fuentes, Ruiz, Garcia, Soler & Dasí (2008). Sí que nos parece interesante resaltar algunos factores comunes de estos programas:

- a) Son programas centrados en el proceso en vez de en el contenido
- b) Sitúan el foco de intervención en aspectos cognitivos y emocionales
- c) Integran aspectos de la cognición no social como la flexibilidad cognitiva o la atención selectiva.

A modo de conclusión quisiéramos señalar que, en nuestra opinión, la literatura científica disponible arroja resultados suficientemente sólidos como para repensar la intervención en los aspectos interpersonales de los TCA. Nuevas estrategias centradas en la mejora de funciones como la empatía o la representación de estados mentales en el otro deben desarrollarse para poder ser incorporadas a los tratamientos.

Referencias bibliográficas

- Adenzato, M., Todisco, P., & Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PLoS One*, 7- 8.
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 407- 417.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001) The «Reading the Mind in the Eyes» Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241–251.
- Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 358(1430), 361–74. doi:10.1098/rstb.2002.1206.
- Beadle, J., Paradiso, S., Salerno, A. & McCormick, M. L. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(2), 107–120.
- Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain Concepts. *The Journal of Neuroscience*, 1, 27–51.
- Bruch, Hilde (2001). La jaula dorada: El enigma de la anorexia nervosa. Paidós Barcelona.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366 - 368.
- Calderoni, S., Fantozzi, P., Maestro, S., Narzisi, A., & Muratori, F. (2012). Deficit di empatiacognitiva in adolescenti con anoressia nervosa di tipo restrittivo. / Impaired cognitive empathy in adolescents with restrictive type anorexia nervosa. *Infanzia e Adolescenza*, 11(2), 81-90.
- Corcus M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, et al.(2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 93(3), 263–266.
- Courty, A., Maria, A. S., Lalanne, C., Ringuenet, D., Vindreau, C., Chevallier, C., Berthoz, S. (2013). Levels of autistic traits in anorexia nervosa: a comparative psychometric study. *BMC Psychiatry*, 13, 222.
- D'Acremont, M. & Van der Linden, M. (2007). Memory for angry faces, impulsivity, and problematic behavior in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (2), 313–324.

- Davies, H., Schmidt, U., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2011). Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 531-539.
- Fonagy, P & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychology*, 9, 679 –700.
- Fuentes, I., Ruiz, J.C., García, S., Soler, M.J. & Dasí, C. (2008) Esquizofrenia: Déficit en cognición social y programas de intervención. *Informació psicològica*, 93, 53-64.
- Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G., Gallhofer, B., Kirsch, P., & Lis, S. (2010). Superior 'theory of mind' in borderline personality disorder: An analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry Research*, 187 (1-2), 224-233.
- Godt, K. (2008), Personality Disorders in 545 Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 94-99.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. & Golan, Y. (2006) The «reading the mind in films» task: complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Society for Neuroscience*, 111–123.
- Guttman, H. & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Guttman H. & Laporte L. (2002). Family members' retrospective perceptions of 15 intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy*, 24(3), pp. 505-521.
- Grau, A., Rodríguez A., Faus, G., Sanchez, M. (2013). Cognición Social en TCA. IX Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Badajoz, España.
- Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T., & Treasure, J. (2008). Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: a pilot study. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 47(Pt 3), 335–9.
- Happé, F., Brownell, H. & Winner, E.(1999). Acquired 'theory of mind' impairments following stroke. *Cognition*, 70, 211–240.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 36, 5–25.
- Harrison, A., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Attentional Bias, Emotion Recognition and Emotion Regulation in Anorexia: State or Trait? *Biological Psychiatry*, 68 (8), 755-761.
- Kenyon, M., Samarawickrema, N., Dejong, H., Startup, H., Lavender, A., & Goodman-smith, E. (2012). Theory of Mind in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 377–384. doi:10.1002/eat.20967.
- Lieberman, M.D. (2006). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 18.1–18.31.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008). Central coherence in eating disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 1393–1404.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, Self, & Society* (pp. 137-139). Chicago, Ill: The University of Chicago Press.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., Grau, A., & Obiols, J. E. (2012). Emotional theory of mind in eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 189–202.
- Merleau-Ponty (1962) *Phenomenology of perception*. New York. Routledge
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72(1), 73–9. doi:10.1097/PSY.0b013e3181c6c7ca.
- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K., & Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review. The Journal of the Eating Disorders Association*, 19(6), 462–474.
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Munt, E., Silverstein, E., Jones, N. & Sheitman, B. (2005) A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80, 357-359.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. & Fuentes, I. (2007) *Terapia Psicológica Integrada de la Esquizofrenia*. Granada: Alborán.
- Roder V., Laechler, M. & Mueller, D. (2007). Integrate neurocognitive therapy for schizophrenia patients. Ponencia presentada al 15 th AEP Congress. Madrid. Marzo.
- Russell, T., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V., & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa/ : Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168(3), 181–185. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.028.
- Saldaña, Tomás y Bachs (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 319-337.

- Sassaroli, S., Lauro, L., Ruggiero, G., Mauri, M., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism depression, obsessive compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Sawaoka, T., & Barnes, R. (2012). Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology. *Comprehensive Psychiatry* 53(6), 740-745.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 297-303.
- Tapajóz Pereira de Sampaio, F., Soneira, S., Aulicino, A., & Allegri, R. F. (2013). Theory of mind in eating disorders and their relationship to clinical profile. *European Eating Disorders Review/ : The Journal of the Eating Disorders Association*, 21(6), 479-87. doi:10.1002/erv.2247.
- Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., et al. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 513-520.
- Vaughn, C. E. & Leff, J.P. (1976) The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal Social & Clinical Psychology*. 15, 157-165.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, H., Steele, M., & Treasure, J. (2001) Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.
- Zucker, N. K., Losh, C. & Bulik, C. M., LaBar, K., Piven, J. & Pelfrey, K. (2007). norexia Nervosa and Autism Spectrum Disorders: Guided Investigation of Social Cognitive Endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133 (6), 976-1006.

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/>

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

Hospital Universitario Son Espases

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Seijas Gómez, R., y Larraz Geijo, G. (2014). No oigo y no estoy sorda: ¿Alguien me lo puede explicar? *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 77-91.

Resumen

Los trastornos conversivos se caracterizan por la sintomatología sugestiva de etiología neurológica no objetivable en la exploración médica. Tanto las variables psicológicas como las ambientales tienen un papel importante en este trastorno. El objetivo de este trabajo es 1) conceptualizar los trastornos disociativos en la infancia, 2) describir un caso clínico y la intervención realizada con las características y tratamientos psicológicos descritos en la literatura sobre el tema. La paciente es una niña de 10 años diagnosticada de trastorno conversivo tras descartarse la etiología orgánica que pudiese explicar la sordera de dos años de evolución, y para la cual se había planteado un implante coclear como intervención definitiva. La sintomatología observada en el caso clínico descrito y tratamiento diseñado coinciden con los datos procedentes de los trabajos revisados. Aunque hay pocos estudios sistemáticos sobre los trastornos conversivos en la infancia, en la mayoría de ellos se destaca el papel de las variables ambientales e internas a la hora de conceptualizar estos cuadros y diseñar el plan de intervención. Los trabajos se basan mayoritariamente en un abordaje cognitivo-conductual, integral (con el menor, la familia y la escuela), y centrado en las variables emocionales y parentales que puedan estar implicadas en el mantenimiento de esta psicopatología.

Palabras clave: Trastornos de Conversión, Psicología infantil, Estrés psicológico.

Abstract

Conversion disorders are defined by symptoms that suggest neurologic etiology not detected in the medical examination. It's proposed that psychological and external variables are important in the genesis and the maintenance of this disorder. The aims of this work are: 1) to define conversion disorders in childhood, 2) to describe a clinical case and its psychological treatment, comparing it with the characteristics described in literature reviewed. The patient is a 10-year-old girl diagnosed of Conversion Disorders after rejecting an organic etiology for explaining the deafness she had for a two-year period. A cochlear implant was suggested as the next medical intervention. The symptoms observed in the patient and the design of psychological intervention are the same as studies reviewed described. Although there are only a few systematic studies about Conversion disorders in childhood, most of them emphasize the role of the environmental and internal variables to conceptualize these symptoms and to design the intervention. The majority of studies on Conversion disorders in children are based in a cognitive-behavioural and integrative approach (including the patient's family and the school); which it is mainly focused on the emotional and parental variables that may be involved in the maintenance of this psychopathology.

Keywords: Conversion Disorders, Childhood Psychology, Psychological distress.

Fecha de recepción: 04/06/2014. Fecha de aceptación: 26/06/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: raquelseijasgomez@gmail.com

Dirección postal: Hospital Universitario Son Espases

Carretera de Valdemossa, 79. 07020 Palma de Mallorca (Illes Balears)

© 2014 Revista de Psicoterapia



Introducción

Trastorno de conversión y su manifestación en la infancia:

Siguiendo el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno de conversión se manifiesta con síntomas o déficits que afectan a las funciones motoras y sensoriales, como pueden ser ceguera, sordera, crisis convulsivas, o parálisis motoras. Estos síntomas sugieren una enfermedad neurológica o el consumo de sustancias, aspectos que deben descartarse para poder realizar el diagnóstico. Los síntomas implican un malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos laboral, social o de otras áreas importantes para la persona.

En cuanto a las características relativas a la edad y el sexo, hay que destacar que suele ser más prevalente en mujeres (tasas que oscilan entre el 2:1 y el 10:1), y la edad de inicio suele estar entre los últimos años de la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. En los estudios epidemiológicos sobre este trastorno, encontramos variabilidad en la ratio de prevalencia. Esto se explica por el empleo de diferentes métodos diagnósticos, muestras de sujetos heterogéneas y la influencia de las variables culturales en el criterio social de psicopatología. En relación a esto, el DSM incluye un apartado de “Síndromes culturales”, entre los que se encuentra, entre otros, el “Ataque de nervios”, la “Embera” y el “Amok”; síndromes semejantes a los cuadros conversivos pero no necesariamente considerados como desadaptativos. Es por ello que en las culturas de las que forman parte, el diagnóstico de Trastorno conversivo se emplea con menor frecuencia (Allin, Streeruwitz, y Curtis, 2005; Brown y Lewis-Fernández, 2011; Piñeros, Roselli y Calderón, 1998). Por otra parte, es rara la aparición antes de los 10 años o después de los 35; y la mayoría de los síntomas suelen ser de corta duración. Atendiendo a la sintomatología predominante, se establecen los siguientes subtipos: motores, con crisis convulsivas, con déficits sensoriales o mixtos (American Psychiatric Association, 2013). En la quinta edición del DSM se elimina el criterio que, hasta el DSM-IV-TR, exigía la presencia de factores psicológicos relacionados con el inicio o empeoramiento de la sintomatología, y se incluye, al igual que en actual CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), dentro del grupo de trastornos disociativos (Brown, Cardeña, Nijenhuis, Sar y Van der Hart, 2007; Brown y Lewis-Fernández, 2011; Nicholson, Stone y Kanaan, 2011).

El proceso diagnóstico de un trastorno conversivo es complejo, como demuestra por un lado el alto porcentaje de falsos positivos y por otro, el hecho de que algunos pacientes pueden desarrollar una patología orgánica o psiquiátrica que no ha sido detectada en un primer momento (Allin, Streeruwitz, y Curtis, 2005; Spratt y Thomas, 2008; Watson y Buranen, 1979). Slater (1965) describe los casos clínicos de 85 pacientes diagnosticados de “histeria”, algunos de los cuales desarrollan años después del diagnóstico alguna patología orgánica (como epilepsia, tumores cerebrales o enfermedades sanguíneas) que en un porcentaje considerable de los casos llegaba a ser mortal (ya que algunos de ellos no recibían la atención adecuada por haber recibido el diagnóstico anterior de conversión). En relación a esto, varios

autores consideran necesario incrementar la sensibilidad y especificidad diagnóstica mediante: 1) una evaluación precisa que pueda detectar síntomas somáticos incongruentes, tales como, diferencias entre la zona afectada y los dermatomas, flexiones simultáneas de agonistas y antagonistas, o la desaparición de la sintomatología al realizar determinadas actividades; 2) el empleo de protocolos clínicos específicos (Plaza, Durio, Herráiz, Rivera y García-Berrocal, 2011; Stone et al., 2005); y 3) el uso racional de las técnicas diagnósticas con el objetivo de evitar pruebas innecesarias e invasivas (Campo y Fritsch, 1994; Nicholson, Stone y Kanaan, 2011).

Un número considerable de estudios publicados sobre trastornos somatomorfos y conversivos emplean muestras adultas, siendo menor el número de estudios de estos trastornos en población infantil. Varios de los trabajos revisados describen, sin embargo, algunas características comunes a niños y adultos, como son la mayor prevalencia en mujeres y en individuos de estatus económico y social inferiores, una mayor frecuencia también de los síntomas motores, seguidos de las convulsiones, y, en menor medida, los síntomas sensoriales (American Psychiatric Association, 2013; Steinhausen, Von Aster, Pfeiffer y Göbel, 1989). Como características propias de la infancia, se destaca el patrón estacional de los síntomas (Grattan-Smith, Fairley, y Procopis, 1988) y el hecho de que la Belle indifférence se presente en una minoría de casos, síntoma que, por otro lado, para algunos autores incluso carecería de valor diagnóstico tanto en adultos como en niños (Stone et al, 2006). Otras características encontradas en muestras infantiles son: la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y con trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos; las dificultades en las relaciones sociales, con un estilo de apego inseguro y un alto nivel de autoexigencia (Bathia y Sapra, 2005; Garralda, 1996; Hofflich Hughes y Kendall, 2006; Leary, 2003), el “estilo somático amplificador”, consistente en la hiperalerta ante los síntomas somáticos, maximización de los mismos con empleo de una comunicación basada en dichos síntomas, y dificultades en la expresión emocional con pobres habilidades de afrontamiento (Pedreira, Palanca, Sardinero y Martin. 2001).

El abuso sexual en la infancia se propone como posible factor desencadenante en varios de los estudios, pero finalmente sólo se confirma en una minoría de los casos (Brasic, 2002; Leary, 2003). Además de estas variables personales, se describen variables ambientales estresantes que coinciden temporalmente con el inicio de los síntomas, en el entorno escolar o familiar (Bisht, Sankhyan, Krishan-Kaushal, Sharma y Grover, 2008). En las familias de los pacientes se han encontrado casos en los que algún otro miembro había referido previamente síntomas similares a los del menor (Garralda, 1996; Grattan-Smith, Fairley y Procopis, 1988; Holenweg y Kompis, 2010), ansiedad rasgo o trastornos del estado de ánimo (Creswell, Apetroaia, Murray y Cooper, 2013), trastornos somatomorfos, preocupación excesiva por la enfermedad, experiencias adversas en la infancia como abuso sexual o exposición a violencia de otro tipo (Schulte y Petermann, 2011), dificultades en la expresión emocional y uso de comunicación familiar basada en los síntomas

somáticos (Garralda, 1996); así como una elevada dependencia entre los miembros de la familia y conductas sobreprotectoras (Schulte y Petermann, 2011). En relación con el caso clínico seleccionado en este trabajo, Holenweg y Kompis (2010) describen, en pacientes menores con sordera psicógena, características similares a las anteriormente descritas y, como único aspecto diferencial, ellos encuentran que estos pacientes presentan una pérdida auditiva simétrica frente a la afectación unilateral descrita en la mayoría de los estudios revisados.

Hipótesis explicativas y abordaje terapéutico:

Remitiéndonos a la época griega, Hipócrates fue el primero en atribuir una etiología concreta a lo que hoy llamaríamos trastorno conversivo, al relacionar los síntomas con movimientos del útero por el cuerpo. Varios siglos después Charcot propondrá una etiología nerviosa y degenerativa para estos cuadros. Desde la Escuela Psicoanalítica, Janet y Freud darán mayor importancia a las variables intrapsíquicas. Concretamente, Janet afirmó que estos cuadros eran causados por sugestión mientras que Freud los explicó como una represión inconsciente de determinados eventos traumáticos. Es decir, los síntomas son entendidos como intentos inconscientes de represión de respuestas o acontecimientos desagradables e inabordables para el sujeto. Además de la evitación de estos estímulos desagradables, la persona obtiene también una ganancia secundaria (Garralda, 2011; Ziegler, Imboden y Rodgers, 1963). Posteriormente en los años 80, con la aparición del DSM-III el término psicoanalítico de “histeria” se cambia por el de “conversión”, manteniéndose hasta la actualidad (Vallejo Ruiloba, 2011). Alejados de los postulados anteriores, algunos autores conceden gran importancia a las relaciones tempranas entre el menor y el cuidador principal, y, especialmente a la influencia de éstas en el desarrollo de estrategias de regulación emocional en el niño (Crittenden, 2002; Kozłowska, Scher, Williams, Leanne, y Williams, 2011). Los modelos centrados en el Apego afirman que los síntomas conversivos responden a un intento de adaptarse al entorno disfuncional y suscitar la protección y cuidados por parte del otro. Se ha encontrado una relación entre los estilos de apego inseguro (principalmente ambivalente y desorganizado) y las manifestaciones conversivas (Schulte y Petermann, 2011).

Otros modelos han enfatizado variables como el nivel de desarrollo cognitivo del niño, concretamente, de las capacidades de monitorización y verbales implicadas en la expresión de los estados emocionales, que determinará la frecuencia con la que el menor recurra a la expresión somática del malestar o, por el contrario, sea capaz de verbalizarlo. En relación con esto, se ha encontrado en los niños que emplean habitualmente un lenguaje somático otras características como alexitimia, dificultades en las relaciones sociales y una baja capacidad de introspección (Garralda, 1996).

En las últimas décadas los avances en técnicas de neuroimagen han permitido relacionar, no explicar, los síntomas conversivos con la neuroanatomía y la

neurofisiología. Una de las primeras teorías al respecto es la de Hildgar. Este autor describe los síntomas conversivos como resultado de la desconexión ejecutiva entre estructuras (Kozłowska, 2005). Damasio propone, con su hipótesis del marcador somático, que los síntomas resultan de una alteración en la interpretación de las señales somáticas (Damasio, 2010). En general, las teorías anteriores y la mayoría de las investigaciones en Neurociencias consultadas para este trabajo subrayan la importancia del córtex prefrontal como regulador de otras áreas cerebrales, y destacan su probable implicación en las manifestaciones conversivas. Sin embargo, algunos autores encuentran que los correlatos de activación cerebral en los síntomas conversivos son incongruentes con la sintomatología observable, por ejemplo cuando una parálisis conversiva se representa en neuroimagen con el incremento de la actividad en la corteza motora además de en la corteza límbica (Kozłowska, 2005).

Desde un enfoque conductual, los síntomas conversivos se entienden como respuestas condicionadas ante estímulos aversivos (estímulos o situaciones percibidas como estresantes) y que se mantienen mediante refuerzo negativo (por ejemplo, evitación de esas situaciones) o positivo como la atención de otros (Aamir, Hamayon y Sultan, 2011). Además las cogniciones disfuncionales (y concretamente, las atribuciones erróneas) tienen un papel fundamental en el mantenimiento de algunos trastornos somatomorfos como la Hipocondría. En el trastorno de conversión, los trabajos revisados destacan el papel de las cogniciones en el incremento del malestar emocional o de la sintomatología de ansiedad que precipitarían los síntomas conversivos; que explicarían también la frecuente comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad.

Frente a esta variedad de teorías explicativas diferentes, y en ausencia de guías de práctica clínica sobre los Trastornos Somatomorfos, y sobre el trastorno conversivo, el enfoque psicoterapéutico que cuenta con mayor evidencia científica y mayor número de publicaciones es la Terapia Cognitivo-Conductual (Allen y Woolfolk, 2010; Kroenke, 2007), sin dejar de mencionar los avances que desde la óptica sistémica se están haciendo también en estos trastornos (Onnis, 1997). Desde este enfoque, el objetivo final de las intervenciones sería, a grosso modo, el abandono de la comunicación intrafamiliar basada en síntomas somáticos. A nivel específico, se espera que el paciente aprenda respuestas de afrontamiento al estrés alternativas a las somáticas, y mejore su monitorización somática y emocional, entre otros. El objetivo con la familia es la eliminación de las respuestas reforzadoras de los síntomas, mejora en las capacidades parentales y en todos aquellos aspectos de la interacción paterno-filial que puedan estar reforzando la comunicación somática del menor y limiten su desarrollo autónomo (Aamir, 2009; Aamir, Hamayon y Sultan, 2011; Garralda, 1996; Kozłowska, 2005; Kozłowska, 2007; Kozłowska, Scher, Williams, Leanne, y Williams, 2011; Kroenke, 2007; Maisami y Freeman, 1987; Sanders, 1999; Sumathipala, 2007). Si es preciso, se recomienda emplear fármacos ansiolíticos o antidepresivos coadyuvantes que faciliten la intervención psicológica. En nuestro país no se han editado. El pronóstico de los

trastornos conversivos es bueno, y la mayoría de los casos en la infancia se resuelven completamente en pocas horas o días (Leary, 2003). La rapidez de resolución de los cuadros está relacionada con la presencia de síntomas simples, la respuesta que da el entorno más próximo ante éstos y la ausencia de antecedentes familiares psicopatológicos, y con el momento de inicio de la intervención psicoterapéutica (Morris y Ogden, 2012; Yamamoto, Kanzaki, Ogawa y Asano, 1991).

Descripción del Caso Clínico:

Anamnesis:

Motivo de consulta: María es una paciente de 10 años derivada desde Consultas Externas de Otorrinolaringología al Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil, en Febrero de 2012, para realizar la valoración de un posible cuadro conversivo y de los factores psicológicos que pudieran estar relacionados con su sordera de dos años de evolución.

Historia de la enfermedad: La paciente llevaba audífonos desde 2010 y ante la persistencia de las dificultades auditivas se derivó a nuestro Hospital para valorar la colocación de un implante coclear. En su hospital de referencia se había realizado un estudio clínico, audiológico, logopédico y de imagen estructural (tomografía axial computerizada y resonancia magnética) que descartaba alteraciones estructurales, y se diagnostica Hipoacusia Neurosensorial Coclear Bilateral. La exploración fisiológica auditiva en nuestro centro (mediante potenciales evocados) refleja la indemnidad periférica y electrofisiológica de ambas vías auditivas. Estos resultados son incongruentes con las manifestaciones conductuales de la menor durante la exploración, por lo cual se descarta la opción de implante coclear y se realiza una interconsulta a Salud Mental para valorar este cuadro, manteniéndose el seguimiento coordinado desde el servicio de Otorrinolaringología.

En la exploración inicial realizada desde nuestro servicio de salud mental la familia refiere que la sordera se detecta en 3ª de primaria, cuando una profesora sensibilizada con la sordera infantil se dio cuenta de que gritaba mucho. Los padres informan que en ese periodo de tiempo su hija estaba pasando una época de celos hacia el hijo de la pareja de la madre.

Historia Evolutiva: la información aportada por la madre descarta alteraciones en el desarrollo psicomotriz. Destaca alteraciones detectadas en la regulación emocional durante la primera infancia (rabietas frecuentes y dificultad para reducir la activación). La madre la define como una niña dominante y muy dependiente, y que tiene miedos diversos (oscuridad, estar sola, animales, muñecos...). Desde la primera infancia presenta también un estilo somático amplificador que ha motivado ingresos hospitalarios para descartar etiología cardíaca ante síntomas referidos por la menor que finalmente son diagnosticados como ataques de ansiedad. Todos en la familia señalan que María es una niña muy mimada por los abuelos.

Los padres de María se separaron cuando la menor tenía un año, el padre biológico vive fuera de España y mantiene un contacto esporádico con la menor,

principalmente vía Internet. Hasta los seis años la menor vivió con sus abuelos maternos y su madre en la ciudad. Desde el comienzo de la educación primaria y en el momento de la entrevista (febrero del año 2012) llevaba seis meses viviendo con su madre, la nueva pareja de ésta y el hijo de éste en un pueblo del interior de la isla. La madre informa de ciertos problemas de adaptación a la escuela y a los nuevos círculos sociales del pueblo, además de problemas en la relación entre María y el hijo de la pareja de su madre, a pesar de que los períodos de convivencia entre ambos eran escasos.

Antecedentes Personales Médicos: la madre descarta antecedentes personales de interés, más allá de los problemas auditivos de dos años de evolución. **Antecedentes Familiares Médicos:** la madre afirma que el abuelo materno había tenido unos meses antes de la primera visita dificultades auditivas dentro de un cuadro infeccioso respiratorio. No se recogen otros antecedentes médicos de interés.

Antecedentes Personales Psiquiátricos: La menor nunca ha acudido a los servicios de Salud Mental. Como hecho destacable, la madre informa de que cuando María tenía dos años se había sospechado de un posible abuso sexual por parte del padre biológico. Tras una evaluación exhaustiva no se detectó sintomatología en la menor que confirmase las sospechas, aunque sí se llevó a cabo un mayor control sobre el contacto que el padre mantenía con la menor.

Antecedentes Psiquiátricos Familiares: se descartan éstos tanto en la rama materna como en la paterna. No obstante, la madre reconoce la ansiedad rasgo presente en la familia materna (madre y abuelos se definen como “pasadores de pena” o, lo que es lo mismo, presentan una tendencia a preocuparse en exceso por el cuidado de los miembros de la familia y mostrar un estilo sobreprotector hacia la menor).

Diseño del plan de intervención:

Los datos recogidos en la primera entrevista permiten detectar los siguientes factores disfuncionales que podrían incidir en el mantenimiento de la sintomatología de la menor:

Variables familiares: Se objetiva la sobreprotección por parte de los abuelos y de la madre, con refuerzo de un estilo coercitivo pasivo de comunicación y reforzamiento de conductas de evitación de la paciente, lo que dificultaba el desarrollo autónomo de la menor. La madre refiere elevada ansiedad rasgo y dificultades de autorregulación, definiéndose como una “pasadora de pena”. Tanto la madre como su pareja presentan un estilo educativo parental inconsistente y variable entre la permisividad (o ausencia de normas) y la coerción.

Variables individuales: A partir de la información aportada por la paciente y sus padres (mediante entrevistas clínicas durante las sesiones y observación conductual, además de los autorregistros como tarea entre sesiones) y la información recogida del colegio mediante entrevistas telefónicas con la tutora y la orientadora del centro, se objetiva una baja autonomía y una alta dependencia del

entorno familiar, presenta elevada ansiedad rasgo que se refleja en la evitación de estímulos y situaciones varias; también elevada ansiedad social y dependencia del criterio externo, y, por último una baja percepción de autoeficacia ante las tareas escolares. Emplea habitualmente estrategias de afrontamiento inadecuadas y opuestas, principalmente un estilo somático amplificador ante las manifestaciones de ansiedad y la demostración de indefensión, junto a un estilo coercitivo y opositor en otras ocasiones. Además de la elevada ansiedad (manifestada a nivel conductual durante la entrevista), no se detectan otras alteraciones en la exploración psicopatológica.

Destacamos que en esta primera entrevista la paciente acude a la consulta sin los audífonos tras la prescripción por su Otorrinolaringólogo, tras haberlo consensuado con nosotros previamente. Dada la evolución de su sintomatología y las observaciones del otorrino durante sus exploraciones se detecta una gran fluctuación de los síntomas que hace sospechar que la paciente tiene cierto control sobre ellos, estando ante la posibilidad de que pudiera entremezclarse síntomas conversivos con simulaciones, o haber tenido síntomas conversivos en el pasado y mantener la simulación de los síntomas por los altos beneficios secundarios. Ante esto y tras explicar de manera contundente los otorrinos que la causa de su sordera no es física sino psicológica, se acuerda con ellos que le indiquen que acuda a la primera cita con nosotros sin audífonos. María responde a las preguntas sin dificultad y participa activamente, lo cual confirma la ausencia de dificultades auditivas. Se pone a prueba la conciencia sobre el posible carácter etiológico de la sintomatología y la paciente muestra un nivel de conciencia elevado y ofrece información que confirma nuestra hipótesis de que, al menos en el último tiempo, la sintomatología conversiva fuera acompañada de otros episodios de simulación. La madre de la menor corrobora nuestra observación y, reconoce estar sorprendida ante esta “recuperación repentina” de la audición en la menor, que había observado los días previos en diferentes contextos.

En base a lo anterior, se diseña una intervención multicomponente y desde un enfoque cognitivo-conductual, que se recoge en la Tabla 1. Se quiere destacar que en el proceso de trabajo se intentó la utilización de estrategias narrativas que no fueron útiles en este caso pues la paciente no tenía un nivel de compromiso con el trabajo, aumentando las estrategias de evitación así como las de manipulación hacia sus familiares y hacia el equipo clínico, de hecho el estilo terapéutico que hubo que mantener fue el de un estilo altamente directivo y con pautas tanto a los padres como a la pacientes muy rígidas, con el objetivo de manejar las ansiedades familiares y de la paciente. Este estilo terapéutico ofrecía a la familia seguridad para poder enfrentarse a las tareas propuestas sin dejar espacios para las dudas derivadas de su estilo educativo altamente ambivalente, lo que hacía que se incrementara la confianza en la terapia al obtener resultados con cierta rapidez y cumplirse las prescripciones realizadas sobre la conducta de su hija al poner las pautas en funcionamiento.

Tabla 1: Plan de intervención

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO/TÉCNICAS:
<u>INDIVIDUAL</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Reducción ansiedad basal 2.Afrontamiento estímulos fóbicos 3.Desarrollo autonomía y aceptación de responsabilidades adecuadas a su nivel de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Entrenamiento en Inoculación de estrés: Psicoeducación sobre respuestas de ansiedad y respuestas fóbicas Entrenamiento en técnicas cognitivas y conductuales de manejo de ansiedad (RMP, autoinstrucciones) Afrontamiento de situaciones ansiógenas en ámbito escolar (relacionadas con la evaluación externa) * Jerarquía de estímulos fóbicos (oscuridad, muñecos de la habitación, animales domésticos y gallinas y otros animales de la granja, espejos, estar sola dentro de casa, a las casas abandonadas, etc) y diseño de exposiciones en vivo * Entrenamiento en elaboración de autorregistros y monitorización de ansiedad * Contratos conductuales
<u>FAMILIAR</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Desarrollo estilo educativo democrático consensuado entre ambos progenitores 2. Eliminación conductas de sobreprotección y reforzadoras del síntoma 3. Generalización de las pautas a otros miembros de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> * Psicoeducación sobre ansiedad y aplicación al Trastorno conversivo * Contratos conductuales con la menor * Entrenamiento en Habilidades parentales * Entrenamiento en técnicas de incremento/reducción de conductas * Biblioterapia
<u>ESCOLAR</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación de conductas sobreprotectoras a nivel escolar 	<ul style="list-style-type: none"> * Comunicación con la Escuela
<p><u>Contrato terapéutico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas semanales con Psicología, que pasarán luego a ser quincenales con seguimiento mensual posterior. • Entrenamiento en técnicas de reducción de ansiedad con Enfermería. • Asistencia de los padres/abuelo y de la menor. Entrevistas conjuntas e individuales durante cada sesión. • Tareas para casa a revisar en la siguiente cita. 		

Evolución del caso

La intervención se produjo en dos fases desde el punto de vista de la colaboración de la paciente en su proceso de cambio. En un primer momento María no colabora debiendo centrar la intervención en el contexto relacional y normativo, restableciendo la jerarquía y las reglas familiares, y en un segundo momento de la intervención participa activamente en su tratamiento.

Inicialmente se propone realizar una intervención multicomponente enfatizando como primero objetivo el ayudar a los adultos de la casa a organizar un marco disciplinar ordenado y coherente, y ayudar a manejar sus propias respuestas de ansiedad con respecto a María, y, al mismo tiempo ofrecer un espacio a María para enseñarle a manejar su propia ansiedad y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento. En ese primer trabajo se realizaron 6 sesiones semanales combinando ambas intervenciones a lo largo de la mañana, se ofrecía espacio para María con enfermería y psicología y se trabajaba con los padres, así como encuentros familiares para negociar algunas pautas y definir qué tareas domésticas corresponderían a la menor con el objetivo de potenciar su autonomía (por ejemplo, hacer su cama o ayudar a recoger la mesa). Se establece un contrato conductual con la paciente, en el que se avisa a la familia de que podrán encontrarse por un lado con un incremento de las conductas opositoras activas de la paciente y, por otro, con la aparición de sintomatología ansiosa pudiéndose producir, por las características de la menor, crisis de ansiedad y posible sintomatología conversiva. Durante las primeras intervenciones María verbaliza que tiene miedo de que ahora sus padres interpreten que todo lo que le pasa es porque se lo inventa, e interpreta las normas puestas por sus padres como castigos hacia ella y que no la quieren. Se trabajan estos aspectos con ella y con su familia, pero María desarrolla un fuerte estilo relacional coercitivo con sus padres y no colabora con el proceso de trabajo. Se decide suspender las intervenciones individuales y continuar con sesiones familiares (5 sesiones con periodicidad quincenal y 2 mensuales). Tras ellas se decide dar el alta al no presentarse nuevos episodios de sordera ni otros síntomas conversivos y ante la no colaboración de María con la intervención, avisando a los padres de que en un futuro podrían reaparecer síntomas de ansiedad dadas las características de María, ya que no ha desarrollado suficientes estrategias de afrontamiento. Se informa también de que es probable que la menor vuelva a usar “los miedos” referidos con la finalidad de excusarse en no hacer diversas tareas de casa, aumentando de nuevo las estrategias de manipulación hacia su familia.

A los 3 meses del alta, a mediados de primer trimestre escolar, se produce una recidiva que motiva nueva valoración de María y su familia. En la valoración se observa que no ha habido una crisis conversiva como tal si no un cuadro vagal producido por cansancio y calor durante una actividad deportiva y que María ha interpretado erróneamente como dificultades visuales y que acaba desencadenando una respuesta de ansiedad. En la valoración se objetiva que los padres se han relajado en las normas y rutinas volviendo al funcionamiento previo. Dado que la

paciente continua sin motivación a trabajar en el aprendizaje de estrategias para regular su ansiedad se realiza intervención familiar reforzando las pautas dadas anteriormente (se realizan 4 sesiones con periodicidad mensual). Ante el refuerzo de las pautas y la aplicación de alguna, en la segunda sesión, María explica que no puede dormir, refiriendo insomnio, en la exploración se evidencia que lo que ocurre es que María siente gran frustración porque sus padres no le dejan ver la televisión por la noche, lo que le enfada y hace que tarde en conciliar el sueño. Se comprueba que los padres interpretan adecuadamente estas conductas de María, pero en cambio no son firmes a la hora de poner las normas permitiendo que María juegue con los límites de nuevo. Ni María ni los padres informan de otros síntomas que les preocupen, ya que sus miedos habituales, en ese momento, no le generan interferencia en su vida normal. Se le orienta a cumplir con las normas y se le recomienda poner en práctica la relajación que se le había enseñado, así mismo se le invita a trabajar nuevas estrategias de afrontamiento que le permitan ser más autónoma y sobre la regulación de su ansiedad y el afrontamiento de sus miedos, pero no colabora. Se refuerzan las pautas dadas a los padres y se les vuelve a indicar que es imprescindible que fomenten su autonomía y dejen de sobreproteger a María si quieren que su hija desarrolle todo su potencial.

A los cuatro meses María y sus padres informan de nuevas crisis de ansiedad, coincidiendo con estresores escolares. En esa sesión María informa de numerosos miedos, algunos que han reaparecido y otros nuevos, miedo a la oscuridad, a los animales de la granja, a estar sola en casa, etc. Esta vez los padres indican que no hay problemas de comportamiento si bien esta reaparición de los miedos hace que muestre algunas resistencias a realizar algunas tareas de la casa que son manejadas de manera adecuada por sus padres, animando a realizarla y recordando el contrato conductual. En la exploración encontramos que María está más colaboradora con las intervenciones, pide ayuda, verbaliza que a ella le gustaría no tener miedo pero que no puede evitarlo, exploramos diferentes áreas y encontramos que ha tenido muchos problemas con las compañeras del colegio y percibe que no tiene amigas. Eso ha provocado que se sienta triste y vulnerable y muy preocupada por las cosas. Ayudamos a María a definir bien sus problemas y la invitamos a realizar un trabajo individual sobre sus miedos y sobre cómo manejarse en las relaciones con los demás, sus padres y los iguales. Se realizan 10 sesiones semanales, 2 quincenales y 3 mensuales hasta el alta. Meses más tarde del alta María pide a sus padres vernos para realizar una consulta por dudas que tiene con respecto a la relación con su padre biológico. En este momento, María presenta un nivel de autonomía adecuado a su edad, si bien sigue presentando ansiedad rasgo, es capaz de manejar de manera adecuada y con buenas estrategias de afrontamiento los problemas con los que se encuentra. Se refuerza el hecho de haber pedido ayuda cuando algo no podía manejarlo ella y creía que su familia tampoco la podía ayudar. Se realiza intervención de "counseling" sobre este aspecto relacionado con la relación con su padre. No se objetivan síntomas conversivos. Se contacta telefónicamente con la familia a los

4 meses tras esa visita e informan de buena evolución sin síntomas de ansiedad clínica ni conversivos.

En el transcurso de la intervención se mantienen revisiones con el otorrino hasta que deciden realizar alta tras comprobar su evolución y no aparecer indicadores de organicidad en las pruebas que le realizan. El servicio de Otorrinolaringología a raíz de este caso decide cambiar la forma de exploración de los niños con problema de audición para evitar intervenciones innecesarias.

Discusión

Frecuentemente los síntomas físicos inexplicables a nivel orgánico son clasificados como cuadros conversivos. La exploración del paciente y de su entorno próximo permitirá detectar factores internos y externos que puedan estar incidiendo en la manifestación de estos cuadros. Sin embargo, no hay que olvidar que el diagnóstico de trastorno conversivo no descarta la posibilidad de que pueda llegar a manifestarse algún tipo de patología física no detectada en las exploraciones médicas al inicio, por lo que sería recomendable un seguimiento más preciso de los casos que presentan mayor complejidad diagnóstica. Los estudios citados en este trabajo describen algunas características propias de los cuadros conversivos en la infancia, siendo las más habituales los antecedentes de trastorno de ansiedad y/o de trastornos del estado de ánimo, la presencia de alguna sintomatología somática previa similar (especialmente en la familia), las dificultades de identificación y manejo emocional y el empleo de un lenguaje somático amplificador como forma de comunicación intrafamiliar; algunas de las cuales (concretamente el empleo de un lenguaje somático como forma de comunicación intrafamiliar y los antecedentes de sintomatología de ansiedad) se reflejan en el caso descrito.

El plan de intervención diseñado incluye, como parte fundamental y complementaria a las intervenciones individuales, las sesiones familiares. El trabajo con los padres estaba destinado a optimizar sus capacidades parentales y fomentar un estilo más directivo y normativo, incrementando las estrategias de afrontamiento funcionales, el manejo de la ansiedad así como el entrenamiento en solución de problemas, que les permitiera mantener unas pautas disciplinares coherentes, así como responder con más seguridad ante las conductas disruptivas o las manifestaciones de ansiedad de su hija. Se pretendió, de esta forma, evitar que reforzasen la sintomatología de la menor de cara a potenciar su autonomía y aceptación de responsabilidades. La intención era posibilitar un cambio en los patrones de apego ansioso-ambivalentes familiares hacia un modelo más seguro y reducir el alto nivel de ansiedad detectado en la familia. Este trabajo se apoyó en un estilo terapéutico muy directivo y psicoeducativo. Todo ello les permitió ir desarrollando un modelo explicativo de la conducta de su hija e interpretar mejor las situaciones problema con mayor seguridad, a medida que aplicaban pautas y observaban resultados. Como se ha mencionado previamente, varios de los trabajos revisados destacan la necesidad de trabajar con la familia debido a que es frecuente encontrar factores

disfuncionales como elevada dependencia entre los miembros de la familia, conductas sobreprotectoras y empleo de un estilo de comunicación basado en la sintomatología somática, y que pueden reforzar este tipo de respuestas.

Creemos que otro aspecto clave de la intervención fue el iniciar las intervenciones normalizando la audición, aprovechando que la menor había respondido con naturalidad ante la noticia y alegría por no tener que operarse. Esta situación seguía desconcertando a los padres varias semanas después de la retirada de los audífonos. Con la finalidad de reforzar la normalidad auditiva de la paciente, especialmente ante la presencia de sus padres, la menor acude a la primera cita de seguimiento sin audífonos, decisión consensuada con el Servicio de Otorrinolaringología tras plantear las primeras hipótesis del caso y habiendo descartado afectación en las pruebas realizadas; y durante las entrevistas se comprueba que su capacidad auditiva se mantiene intacta ante diversas condiciones (como por ejemplo hablarle desde una distancia considerable).

En cuanto al trabajo realizado con la menor, el entrenamiento en inoculación de estrés permitió enseñar a la paciente técnicas de reducción y control de la ansiedad, para minimizar las posibilidades de desarrollo de respuestas de somatización. También se potenció el afrontamiento progresivo de situaciones temidas (a los muñecos, a animales de la casa y de la granja en la que viven, etc.), frente al empleo habitual de respuestas somáticas para evitar éstas. Las técnicas elegidas en el diseño de la intervención, y que, desde nuestro punto de vista mejor se ajustaban a las peculiaridades del caso descrito, fueron cognitivo conductuales y principalmente, conductuales.

Los trabajos citados en este artículo y nuestra experiencia clínica, nos permiten concluir que parece haber evidencias de la relación entre las variables psicológicas y la salud física y psíquica, que se manifiestan también en la infancia, y que apoyarían una intervención precoz en los trastornos conversivos en la infancia desde un abordaje multidisciplinar, con resultados positivos sobre la desaparición de sintomatología actual y la prevención del desarrollo de psicopatología en edades más avanzadas por la cronificación de las estrategias de adaptación disfuncionales. Consideramos necesario incrementar el número de estudios sobre este trastorno en población infantil y poder diseñar programas de intervención precoz en coordinación con los equipos médicos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (5ª edición)*. Barcelona: Masson.
- Allen, L.A. y Woolfolk, R.L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinical North America*, 33, 579–593.
- Allin, M. F., Streeruwitz, A. F., y Curtis, V. (2005). Progress in understanding conversion disorder. *Neuropsychiatry Disease Treatment*, 1(3), 205-209.
- Aamir, S. (2009). Systematic review on management of conversion disorder. *Malaysian Journal of Psychiatry E-journal*, 18 (2), 1-7.

- Aamir, S., Hamayon S. y Sultan S. (2011). Behavior therapy in dissociative convulsion disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, 1, 103-107.
- Bathia, M. S y Sapra, S. (2005). Pseudoepilepsies in children: A profile of 50 cases. *Clinical Pediatrics*, 44(7), 617-621
- Bisht, J., Sankhyan, N., Krishan- Kaushal, R, Sharma, R.C. y Grover N. (2008). Clinical profile of pediatric somatoform disorders. *Indian Pediatrics*, 45, 111-115.
- Brasic, J.R. (2002). Conversion disorder in childhood. *German Journal of Psychiatry*, 5 (2), 54-61.
- Brown, R. J., Cardena, E., Nijenhuis, E., Sar, V. y Van Der Hart, O. (2007) Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V?. *Psychosomatics* , 48(5), 369-378.
- Brown, R.J. y Lewis-Fernández, R. (2011). Culture and conversion disorder: Implications for DSM-5. *Psychiatry* , 74(3), 187-206.
- Campo, J.V. y Fritsch, S.L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of American Academy of Children and Adolescence Psychiatry*, 33(9), 1223-1235.
- Creswell, C. F., Apetroaia, A. F., Murray, L. F., y Cooper, P. (2013). Cognitive, affective, and behavioral characteristics of mothers with anxiety disorders in the context of child anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology* , 122(1), 26-38.
- Crittenden, P (2002). *Nuevas implicaciones clinicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- Damasio, A.R. (2010). *El error de Descartes*. Madrid: Crítica. Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Children Psychology and Psychiatry* , 37(1), 13-33
- Garralda, M. E. (2011). Unexplained physical complaints. *Pediatric Clinical North America* , 58(4), 803-813.
- Grattan-Smith, P. F., Fairley, M. F., y Procopis, P. (1988). Clinical Features Of Conversion Disorder. *Archives Of Disease In Childhood* , 63(4), 408-414.
- Hofflich S.A., Hughes, A.A. y Kendall, P.C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2). 229-242
- Holenweg, A. F., y Kompis, M. (2010). Non-organic hearing loss: New and confirmed findings. *European Archives of Otorhinolaryngology* , 267(8), 1213-1219.
- Kozłowska, K. (2005). Healing the disembodied mind: Contemporary models of conversion disorder. *Harvard Review Psychiatry* , 13(1), 1-13
- Kozłowska, K. (2007). The developmental origins of conversion disorders. *Clinical Children Psychology and Psychiatry* , 12(4), 487-510.
- Kozłowska, K. F., Scher, S. y Williams, L. M. (2011). Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric conversion patients: Implications for the conceptualization of conversion disorders. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 775-788.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* , 69, 881-888.
- Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood-diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine* , 96(9), 436-438.
- Morris, A. F. y Ogden, J. (2012). Making sense of children's medically unexplained symptoms: Managing ambiguity, authenticity and responsibility. *Psychology Health Medicine*, 17(3), 285-294.
- Maisami, M. y Freeman, J.M. (1987). Conversion Reactions in Children as Body Language: A Combined Child Psychiatry/Neurology Team Approach to the Management of Functional Neurologic Disorders in Children. *Pediatrics* , 80 (1), 46-52.
- Nicholson, T.R., Stone, J. y Kanaan R.A. (2011). Conversion disorder: A problematic diagnosis. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82 (11), 1267-1273
- Onnis, L. (1997). *La palabra del cuerpo*. Psicosom.nih.gov/pubmed/21036784 \l , Barcelona: Herder
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: CIE-10*. Barcelona: Meditor.
- Pedreira, J. L., Palanca, I., Sardinero, E. y Martín, L. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 3(1), 26-51
- Piñeros, M., Roselli, D. y Calderon, C. (1998). An epidemic of collective conversion and dissociation disorders in an indigenous group of Colombia: its relation to cultural change. *Soc Sci Med*, 46 (11), 1425-1428.
- Plaza, G., Durio, E., Herráiz, C., Rivera, T. y García-Berrocal, J. R. (2011). Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. *Acta Otorrinolaringológica*, 62(2), 144-157
- Schulte, I.E. y Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development* , 42(5), 569-583

- Slater, E. (1965). Diagnosis of Hysteria. *British Medical Journal*, 1, 1395-1399.
- Spratt, E.G. y Thomas, S.G. (2008). Pediatric case study and review: is it a conversion disorder? *International Journal of Psychiatry Medicine*, 38(2), 185-193.
- Steinhausen, H.C., Von Aster, M., Pfeiffer, E. y Göbel, D. (1989). Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30 (4), 615-621.
- Stone, J. F., Smyth, R. F., Carson, A. F., Lewis, S. F., Prescott, R. F., Warlow, C. F., y Sharpe, M. (2005). Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria" *British Medical Journal*, 29, 989-995.
- Stone J., Smyth R., Carson A., Warlow C. y Sharpe, M. (2006). La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 188, 204-209.
- Sumathipala, A. (2007). What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine*, 69, 889-900.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7ª Ed)*. Barcelona: Masson.
- Watson, C. G. y Buranen, C. (1979). Frequency and identification of false positive conversion reactions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167 (4), 243-247.
- Yamamoto, M. F., Kanzaki, J. F., Ogawa, K. F., y Asano, K. (1991). Psychological aspects of psychogenic deafness in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 21(2), 113-120
- Ziegler, F.J, Imboden J. B. y Rodgers, D.A. (1963). Contemporary conversion reactions. Diagnostic considerations. *JAMA*, 186(4), 307-311.

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

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

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

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 (II). *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 93-122.

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. Esta segunda parte revisa diferentes estrategias de afrontamiento de la culpa basadas en la evitación y las consecuencias que se derivan de su uso en los trastornos psicológicos. Se discuten los procedimientos del arrepentimiento, la reparación y el perdón como estrategias de resolución de la culpa.

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. This second part reviews different coping strategies based on avoidance and the consequences that result from their use in psychological disorders. We discuss the procedures of repentance, repair and forgiveness as strategies to resolve guilt.

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



Quién no ha captado, en un análisis de sí mismo, su propia culpa, tiene la tentación de acusar al acusador.
Karl Jaspers, 2011.

1. Afrontamiento de la culpa

Nos adentramos en los diferentes modos de afrontamiento de la culpa. El afrontamiento (*coping*) se refiere al modo de manejo en que las personas resuelven o se sobreponen a una situación adversa o una emoción. La emoción y el afrontamiento se solapan y se influyen recíprocamente. Se trataría de saber ahora cómo opera el sujeto sobre los conflictos valorativos o transgresiones normativas (morales) ligadas a sensaciones de culpa, y sobre las mismas sensaciones de culpabilidad, y qué resultados obtiene.

Las modalidades de afrontamiento de la culpa, o de lo que sea, están mediatizadas histórica y culturalmente. En este trabajo nos centraremos en aquellas modalidades que se verifican en la consulta psicoterapéutica. Cuando una persona siente los efectos de la culpa, se produce un desequilibrio (anhomeostasis) cognitivo-afectivo que crea disconfort. Este desequilibrio o anhomeostasis procede de la conciencia de la acción indebida en la interacción con los demás y es el acicate para hacer de un modo tal que permita superar la sensación de culpa. La función de la culpa consistiría pues en crear en la persona una situación de disconfort que lleve a un nuevo hacer que repare el daño que se cree haber cometido. Cuando la culpa no cumple esta función existe el peligro de que se convierta en un obstáculo que cierre opciones de futuro.

Siguiendo una distinción anterior, hemos decidido dividir las estrategias de afrontamiento en dos tipos: estrategias de evitación y estrategias de superación (Echeburúa, Corral y Amor, 2001). Las primeras funcionarían como soluciones de compromiso, en tanto que consiguen transitoriamente aliviar la conciencia, pero, tarde o temprano, emergen de nuevo los efectos de la culpa provocando un sufrimiento psicológico (moral) cada vez mayor. Son estrategias disfuncionales en tanto que rodean la culpa sin enfrentarla directamente, generando de este modo un aumento de la misma. La distinción entre estrategias disfuncionales basadas en la evitación, y estrategias funcionales basadas en la superación, refleja la situación en que se encuentra la persona que padece los efectos de la culpa; esto es, que oscila ante los demás y ante sí mismo entre dos extremos en tensión dialéctica: la necesidad de no aparecer como culpable (evitando mostrar los efectos de la culpa), y la necesidad de mostrar serlo, para así dejar de serlo (superándolo) (Castilla del Pino, 1991).

2. Estrategias de evitación

Las estrategias de evitación pueden desembocar en diferentes problemas clínicos o trastornos psicológicos. A lo largo de este texto no nos referiremos a las categorías diagnósticas DSM o CIE con letras mayúsculas (p. ej., Trastorno

Obsesivo-Compulsivo), y evitaremos los acrónimos (p. ej., TOC). Desde nuestro punto de vista, las personas que sufren problemas psicológicos no tienen nada parecido a una enfermedad, sea ésta física o mental, ni una etiqueta diagnóstica puede dar cuenta de porqué pasa lo que pasa, y menos aún de cómo hacer para ayudar a la gente a superar sus problemas. Al evitar las letras mayúsculas y las iniciales intentamos resistirnos a la tendencia que ha penetrado insidiosamente en el campo de la salud mental bajo la influencia del modelo anatomopatológico (López y Costa, 2013), consistente en reificar agrupaciones de quejas, sugiriendo que remiten a patologías internas, como una bronquitis cuando estornudamos, más que como resultado de patrones complejos de interacción de cognición, emoción y conducta entre sujetos.

Sin intentar hacer un examen exhaustivo, entre las estrategias que pretenden resolver conflictos valorativos (morales) evitando la culpa, podemos diferenciar las siguientes:

1. El intento de negar lo ocurrido o esconder los efectos de la culpa.
2. El intento de borrar u olvidar lo sucedido.
3. El intento de externalizar la culpa haciendo responsables a otros.
4. Proyección de la culpa.
5. El intento de expiar la culpa mediante el sufrimiento.
6. El intento de fantasear finales alternativos.
7. La abyección.

1. El intento de negar lo ocurrido o esconder los efectos de la culpa.

Se puede transgredir una norma religiosa o moral, incluso el Código penal, sentirse culpable, y a pesar de todo, intentar ocultar la expresión de la culpa, no sólo ante terceros, sino ante sí mismo. El intento de ocultar ante otros los efectos que acompañan a la culpa tiene un problema: el sujeto no se libra de los remordimientos de su mala conciencia, que siguen operando en su interior. De este modo se requiere de grandes esfuerzos, que a su vez deben ser ocultados, con lo que se convierte en un conflicto difícil de gestionar. En efecto, el intento de ocultar la expresión de la culpa, en tanto que se trata de controlar sensaciones que no pueden ser controladas voluntariamente, acaban en la paradoja *del control que hace perder el control* (Nardone y Balbi, 2009; Nardone y De Santis, 2012). En tal situación, la persona vive dominada por la culpa, por la preocupación de que sus efectos no trasciendan de modo que no resulte execrado por los demás.

La angustia y el remordimiento de conciencia son expresiones de la culpa. Cuando sentimos que hemos actuado indebidamente surge el *remordimiento de conciencia*. Etimológicamente significa mordedura de la conciencia (*morsus conscientiae*). De acuerdo con la definición del filósofo Baruj Spinoza, dada en su obra *Ética*, que vio la luz el mismo año de su muerte en 1677, se trata de “la tristeza acompañada de la idea de una cosa pasada que sucedió contra lo esperado” (Spinoza,

2009, p. 173).

Para Nietzsche (1988) el origen de los remordimientos de conciencia se sitúa en el proceso de interiorización-domesticación de los instintos de lucha, de libertad, de la voluntad poder, que surge de la convivencia y la vida en paz. El bloqueo de los instintos hace que éstos *se vuelvan hacia dentro* descargándose sobre el propio sujeto, generando la mala conciencia, y a partir de ahí constituyendo el mundo interior, el alma. Desde su análisis, la mala conciencia estaría ligado al Dios cristiano, no existía en la época homérica.

De cualquier manera, en la época actual, el remordimiento de conciencia suele tener una connotación psicológica de rumiación sobre la falta cometida. La característica central del remordimiento es el retorno, la repetición de una aflicción interna una y otra vez que, a medida que pasa el tiempo perturba cada vez más las actividades del sujeto. Esta repetición no es exactamente igual al primer momento, sino que cada repetición aumenta todavía más el pesar que a la culpa acompaña hasta crear una situación tan intolerable que lleve a la persona directa o indirectamente a la acción que le ha de proporcionar la calma. Dostoievski nos ofrece la imagen más evocadora de esta tortura interior y de sus efectos al describir los tormentos de Raskólnikov, el protagonista de *Crimen y castigo* (Dostoievski, 2011). Raskólnikov es un joven estudiante ruso que no consigue dinero suficiente para mantener a su madre viuda y a su hermana. Mata a hachazos a una vieja usurera a quién desprecia, que guarda una gran cantidad de dinero en su casa. También mata a la hermana de la vieja que lo sorprende en el lugar del crimen. Este segundo asesinato, no planificado en sus intenciones, provoca en él intensos remordimientos que intenta apartar de su conciencia. La policía sospecha inmediatamente de él; le interrogan, pero está decidido a no confesar. Los remordimientos avanzan como un batallón enemigo que golpea las puertas de una la fortaleza. El sufrimiento psicológico (moral) se hace tan insoportable que ya no puede vivir. Finalmente, y para no sucumbir, decide confesar su crimen. Shakesperae con su *Macbeth* no llegó tan lejos.

Pero además, una vez atrapado en esta dinámica, puede cumplirse la tesis según la cual quién pretende ocultar, habitualmente acaba por suponer en los demás el conocimiento de su secreto. En efecto, quién esconde en su interior la culpa (la expresión de la culpa) nunca puede estar del todo seguro de estar manteniendo a salvo su secreto, lo que en el fondo se vuelve contra él mismo, ya que siempre le quedará la duda acerca de si el trato que recibe de los demás es el resultado de que el engaño está funcionando o, por el contrario, constituye la reacción astuta de quién ha descubierto que le estaban ocultando algo y ahora juega él a ocultar su descubrimiento al culpable. Atrapado en esta paradoja escudriñará minuciosamente la conducta y actitudes del otro intentando localizar indicios que le confirmen hasta qué punto es conocedor de su secreto. Encontramos esta actitud en el atormentado Raskólnikov. Días después del crimen recibe una citación de la policía. Está angustiado, desconoce el sentido de su citación. Mientras espera su turno en la

comisaría observa con especial atención al jefe de negociado: “Y me puse a observar ahincadamente su rostro para penetrarle y adivinar su opinión sobre mí” (Dostoyevski, 1983, p.96). Por lo general, este trabajo de escudriñamiento requiere un elevado gasto de energía lo que puede producir sesgos perceptivos-cognitivos que hagan difícil un análisis correcto de la realidad. Si esta situación no se corrige, la interpretación de la realidad se hará objetiva, cristalizando en un delirio de referencia. En la película de Hitchcock *La soga* (1948), los protagonistas; Brandon Shaw y Phillip Morgan, asesinan por placer a un amigo suyo, para a continuación dar una fiesta en su casa con el cadáver escondido en el arcón sobre el que se sirve la cena. La culpa trabaja diferencialmente en ambos amigos. Para Brandon se trata de un juego perversamente placentero con el que disfruta. Phillip, en cambio, es víctima de profundos remordimientos de conciencia. Intenta controlar la angustia que la culpa le genera, pero tras reiterados fracasos, y ante el miedo a ser descubierto, imagina, se figura, en los demás el conocimiento de su acción criminal. Ante esta *culpa sospechada* (Castilla del Pino, 1991), la conducta y comentarios de los demás se toman como alusiones sutiles a su culpa.

Las palabras, los gestos, los silencios mismos, tienen una especial resonancia, en cuanto pueden ser indicaciones, “precauciones” que esos otros adopten frente a aquello de lo que se es culpable. Ya no solo tiene que defenderse, intentando aparecer como no culpable, sino que ha de defenderse frente a los intentos de los otros de hacerle culpable, con esas referencias más o menos inconcretas (...) (Castilla del Pino, 1991, p. 252).

Finalmente, dominado por una angustia imposible de gestionar comete errores delatores frente a los que acaba confesando. En muchas ocasiones, lo que precipita a la búsqueda de una solución dramática es la conciencia, cada vez más nítida por parte del sujeto, de que aquello de que es culpable va siendo sabido por aquellos que le rodean (Castilla del Pino, 1991). Cuando la culpa se oculta se hace insoportable, pide su expresión. A veces el criminal deja huellas para ser descubierto: esto es, parece *como si*, inconscientemente, necesitara el castigo que la comisión del delito requiere. Según nuestra tesis, que el ocultamiento genere una situación de sufrimiento psicológico (moral), refleja la necesidad de expresión de la culpa como única posibilidad de solución relacional: a saber, su comunicación y reparación subsiguientes.

En la tragedia de Shakespeare (2011) *Macbeth*, Banquo y su hijo Fleance salen del castillo a cabalgar con la promesa de llegar a tiempo para celebrar un banquete organizado por Macbeth. Éste, guiado por el temor a que se cumpla la segunda profecía de las brujas (la primera afirmaba que Macbeth sería rey, la segunda que Banquo engendraría reyes), manda matar a Banquo y a su hijo, pero los asesinos solo logran matar al padre, pues el hijo consigue escapar a caballo. Cuando los asesinos informan a Macbeth de sus resultados, la angustia y el temor corroe su alma. A continuación se dispone a celebrar un banquete al que asiste el espectro de Banquo reclamando venganza. Esta escena viene a señalar el hecho de que sólo de quién

sospechamos que sabe nuestro crimen puede adquirir la potencia de hacerse portador de nuestra acusación. En cierto modo nos sentimos perseguidos por aquellos de los que sospechamos. De aquí que el sospechoso sea un objeto provocador de estructuras delirantes o cuasi delirantes de persecución (Castilla del Pino, 1998).

2. El intento de borrar u olvidar lo sucedido.

Íntimamente relacionada con la anterior, en esta segunda modalidad, el sujeto intenta olvidar aquello que lo convierte en culpable. Olvidar y borrar el pasado es lo que implora Macbeth, tras asesinar a Duncan: limpiar la herida y borrar la infamia. Pero pronto comprende que no es tan fácil borrar el pasado. Es sabido desde la pragmática de la terapia estratégica que cuando intentamos anular los recuerdos o los pensamientos incómodos se corre el riesgo de caer en la paradoja de *pensar en no pensar* (Nardone y Balbi, 2009; Nardone y De Santis, 2012). Así, todo intento de borrar los recuerdos grabará aún más en la memoria aquello que precisamente se desea borrar. Michel de Montaigne decía: *Nada fija una cosa con tanta intensidad en la memoria como el deseo de olvidarla*. Una variante de esta modalidad, más peligrosa desde el punto de vista psicopatológico, consiste en olvidar realmente lo sucedido. Podemos ocultar a otras personas nuestra culpa, pero no podemos ocultárnosla a nosotros mismos. Para este fin se requiere *hacer* un síntoma amnésico disociativo. De este modo, como por arte de magia, los remordimientos de conciencia quedarían ahora sí, fuera de juego.

Desde un punto de vista terapéutico, la intervención consistirá en ayudar a la persona a enfrentarse a los hechos generadores de culpa y “abrirse al dolor”. Pero antes de iniciar este trabajo hay que reflexionar prudentemente, con responsabilidad profesional, acerca de las ventajas e inconvenientes de enfrentar culpas que pueden ser graves, pues a veces es preferible la abstención y/o aplazamiento terapéutico, al riesgo de actualizar el dolor y reabrir una herida que puede estar cerrando (Pérez-Sales, 2006). En este sentido, conviene señalar que trabajar la culpa cuando hay responsabilidad real en el daño es cuando menos una aventura arriesgada, y donde el remedio puede ser peor que la enfermedad.

3. El intento de externalizar la culpa haciendo responsables a otros.

El sujeto de la culpa busca excusas, minimiza el impacto de la acción indebida o acusa, explícita o implícitamente, a la víctima u otras personas de lo que ha ocurrido. El denominador común aquí sería un intento de evitar la culpa derivando la propia responsabilidad moral en los demás o en las circunstancias. La estrategia de descargarnos de responsabilidad y dirigirla hacia otros es tan antigua como el hombre. Cuando Adán y Eva desobedecieron a Dios y fueron interpelados por éste, no dudaron en buscar chivos expiatorios para negar su responsabilidad. La descarga de responsabilidad, en esencia se puede formular así: *la circunstancia X (natural o social) me obligó a actuar como lo hice, no tuve elección*. Pero excusar la propia

acción apelando a una serie de circunstancias que nos determinan (por dentro o por fuera de la piel) tiene sus implicaciones; la principal es la cosificación. A través de la cosificación consentimos en convertimos en objetos sometidos a causalidad mecánica. Podríamos explicar la conducta de un tercero y la nuestra propia en el pasado como resultado de una causalidad mecánica (*A no puede actuar de otro modo; no podía (yo) actuar de otro modo*), pero nunca podríamos decir tal cosa de nuestro hacer en primera persona (*no puedo actuar de otra manera*), salvo que hayamos “decidido” paradójicamente dejar de ser agentes morales.

Cuando nosotros describimos las acciones de nuestros semejantes, no es del todo ilegítimo que lo hagamos en términos causales, explicándonos su conducta en virtud de los condicionamientos naturales o sociales que los llevan a comportarse de tal o cual manera. La atribución de tales relaciones de causa-efecto pudiera resultar en ocasiones discutible, pero lo cierto es que se acostumbra a llevarla a cabo. Y así es como decimos, por ejemplo, que, “dadas las circunstancias, Fulano no podía actuar de otra manera”. Así es como hablamos de Fulano en *tercera persona*. ¿Pero podríamos hacer otro tanto cuando cada uno de nosotros habla en nombre propio y se refiere a sí mismo en *primera persona*? Bien miradas las cosas, hablar así sería sólo una excusa para eludir *nuestra responsabilidad moral*, la responsabilidad que a todos nos alcanza por nuestros propios actos. Cuando diga: “no pude actuar de otra manera” o “las circunstancias me obligaron a actuar como lo hice”, estaría sencillamente dimitiendo de mi condición de persona, para pasar a concebirme como una cosa más, sometida como el resto de las cosas a la forzosa ley de la causalidad. O, con otras palabras, estaría renunciando a la humana carga de ser dueño de mis actos (Muguerza, en R.R. Aramayo, 2001, pp. 88-89).

Aquí nos encontramos con lo que Sartre denunció hasta la saciedad con el nombre de *mala fe*. La mala fe consiste en adoptar alguna forma de determinismo, cargando la responsabilidad negativa a cuenta de la biología, los genes, la educación, la cultura, o cualquier otra cosa; en definitiva, un intento de trocar nuestra libertad en facticidad. “Si hemos definido la situación del hombre como una elección libre, sin excusas y sin ayudas, todo hombre que se refugia detrás de la excusa de las pasiones, todo hombre que inventa un determinismo, es un hombre de mala fe” (Sartre, 1992, p. 52). Esta trampa moral, utilizada sobre todo cuando de la acción-decisión se derivan resultados indeseados (porque nadie renuncia a ser dueño de la acción ante buenos resultados), domina el escenario de la vida cotidiana y de la clínica psicoterapéutica. En la práctica clínica, esta tendencia entre los consultantes, y muchas veces alimentada por los profesionales, es omnipresente; y, así, se “culpa” a la *enfermedad* mientras el sujeto queda libre de toda responsabilidad moral. En efecto, es más cómodo culpar al cerebro o a los genes que asumir la autoría por lo que uno hace. Cada vez más, quien acude a consulta con quejas de salud mental, lo hace presentando (a veces reivindicando ardientemente) una

imagen cosificada de sí mismo: víctima de un gen, trauma infantil, impulso incontrolable,... No se trataría de negar el condicionamiento que estas condiciones, cuando se verifican, pudieran tener en la explicación de la conducta, pero sí de negar su determinación lineal absoluta, y sobre todo, denunciar el deseo perverso de consentir en no ser responsable de lo que uno hace con su vida. Si los hombres, según los griegos, eran buenos, porque todo el mal procedía de los dioses, en la perspectiva moderna los dioses son sustituidos por las etiquetas diagnósticas que se recogen en el capítulo V (F) de la CIE-10. Robar dinero de la cartera de los padres, engañar a la pareja, quedarse en la cama sin ir a trabajar o sin ir a buscarlo, insultar o maltratar a la pareja, comer sin límite mientras se está a la espera de una operación de cirugía bariátrica,... son conductas que eluden sus fuentes de sujeto, de elección-acción, de libertad personal y, por tanto, de responsabilidad moral. Se presentan como síntomas de una enfermedad mental llamada cleptomanía, celos patológicos, depresión, trastorno irritable del carácter, bulimia.... El DSM-5 expande ideológicamente esta lista de nuevas categorías diagnósticas, y con ello hace su contribución a la cultura de la desresponsabilización moral.

Por otro lado, el aumento del gradiente de cierto individualismo que caracteriza a la cultura moderna se asocia paradójicamente a una tendencia a rehuir cualquier tipo de responsabilidad respecto a los propios actos y sus consecuencias sobre los demás (Bruckner, 2005). Nadie hace el mal a sabiendas –podríamos decir socráticamente hablando– sino ofuscado por una enfermedad psiquiátrica que se impone a nuestro pesar. La enfermedad psiquiátrica es la nueva *até* que exime de cualquier culpa. El paciente psiquiátrico se encuentra así, en una situación de irresponsabilidad moral al que conviene imponer un tratamiento coactivo-paternalista, eso sí, por su bien, que remedie su avería biológica, pero nunca una petición de cuentas, y mucho menos un trato de adulto a adulto.

Todas las escuelas de psicoterapia aceptan y promueven que la persona asuma, en algún sentido o grado, la responsabilidad de lo que hace y le sucede. Sin embargo, las consultas de salud mental funcionan como dispositivos de *naturalización-patologización* del error: el individuo comete errores porque está enfermo; cúrese la enfermedad y desaparecerá automáticamente el error. En efecto, en los Servicios de Salud Mental muchos profesionales trabajan para que los trastornos psiquiátricos sean considerados como *enfermedades como otras cualesquiera* (González y Pérez, 2007). Según este planteamiento, los trastornos psico(pato)lógicos serían el resultado de un funcionamiento cerebral anómalo (a escala neuroquímica) al que convendría un arreglo medicamentoso. La psiquiatría moderna, en connivencia con la industria farmacéutica (que en su afán de lucro no dudan en ampliar los límites de la enfermedad para poder así expandir sus mercados) lucha por convertir toda conducta anormal (ya sea inmoral o incluso ilegal) en síntoma de una supuesta enfermedad susceptible de una medicación y vigilancia técnico-profesional; o mejor, pretende que todo lo que pueda ser susceptible de medicar sea reconstruido clínicamente como síntoma de una enfermedad mental. De ahí la proliferación de

nuevos diagnósticos psiquiátricos que caracteriza a las clasificaciones nosográficas actuales. Este planteamiento favorece un sutil proceso de adoctrinamiento en el que los problemas de la vida son radicalmente descontextualizados de la biografía y relaciones de los individuos y son recodificados como enfermedades, a las que les conviene un diagnóstico y *sometimiento* a un tratamiento médico. El ejercicio acrítico de este modelo coloca a los individuos en una posición pasiva e irresponsable, víctima de los avatares de la neuroquímica, y donde las dimensiones psicológicas, éticas y sociopolíticas de los problemas de la vida quedan en un segundo plano cediendo protagonismo a unos hipotéticos problemas biológicos y químicos que reclaman ahora ser ellos mismos el Problema. Con esto no queremos decir que lo biológico no esté de algún modo implicado (como por otro lado no puede ser de otro modo; no somos espíritus) y que la intervención en éste ámbito no aporte ningún beneficio, simplemente no lo colocamos en un a priori del problema.

Este es el modelo que ha guiado la investigación psicofarmacológica (o más bien lo ha producido), los modelos explicativos que reciben los pacientes y que justifican la prescripción de medicamentos cuando “Pese al avance en las tecnologías de la mirada sobre el cerebro y del conocimiento de sus resultados, los resultados sobre las bases de las alteraciones de los trastornos mentales comunes son poco consistentes o contradictorios. Por ejemplo, en el caso de la depresión, tras décadas de investigación, ninguna de las hipótesis sobre las bases biológicas ha sido concluyente, ni en los estudios familiares, ni en los estudios de imagen cerebral, ni en las bases moleculares, ni en las bases genéticas (Dowrick, 2004; Leo, 2004). Johantan Leo (2004) señala cómo el discurso científico y divulgativo de la psiquiatría, desde hace tres décadas, está lleno de proposiciones del tipo: “la neurociencia, la clínica y la genética aportan cada vez más pruebas de que la depresión es una enfermedad del cerebro, aunque las causas exactas de la enfermedad continúan siendo objeto de una intensa investigación”. Es decir, es una teoría en busca de pruebas, en la que cuando se agota un neurotransmisor, el receptor o la sinapsis, siempre se pueden buscar otros candidatos u otros niveles moleculares, de tal manera que la teoría nunca muere, pero nunca se puede probar” (De la Mata Ruiz, 2009, p. 270).

Respecto a lo que aquí interesa, algunas de las implicaciones clínicas de este modo de concebir y explicar los trastornos psico(pato)lógicos son:

1. El individuo no es un agente; se cualifica al *enfermo* como un organismo natural portador de una alteración fisiopatológica que la medicina debe *arreglarle* como un cirujano debe extraer un tumor. Desde este tipo de posicionamientos la densidad moral de la persona se aligera peligrosamente. El *enfermo* no sería responsable moralmente de lo que hace o no hace (ir a trabajar o quedarse en la cama tienen el mismo mérito; ninguno), sino que su hacer estaría dictado por realidades objetivas previas: la mecánica del genoma o del cerebro. Dicho en otros términos: los *actos de conducta* mutan en *aconductuales* (Castilla del Pino, 2010). Al privar

al paciente de agencia, se instaura la inocencia perpetua como estatuto ontológico. La paradoja es que en el ejercicio profesional de cada día las sanciones nunca faltan. Valga como ejemplo la acusación de no estar haciendo lo suficiente para mejorar. Renunciar a la responsabilidad por los propios actos, implica también, en negativo, la dimisión a la libertad, a la autonomía; se tira al niño con el agua de bañarlo. Y es que renunciar a ser dueños de lo que acontece en nuestras vidas es una decisión de una gravedad tal que transforma la propia existencia en un drama dirigido por fuerzas externas.

2. La traducción de una queja en un diagnóstico psiquiátrico desposee al protagonista de la queja del control de su vida, le desresponsabiliza de sus conductas y emociones, que pasan así a ser gestionadas, disciplinadas, por un experto técnico. Esta interiorización de las soluciones deja en un segundo plano la necesidad de introducir transformaciones políticas, sociales, que permitan resolver la infraestructura de los conflictos humanos.

3. La noción de tratamiento queda reducida al fármaco. Tal es así que para muchos procesos psico(pato)lógicos, especialmente trastornos psicóticos, se desestima el uso de intervenciones psicológicas para concluir, siguiendo aquí una profecía autocumplida, que los trastornos mentales son enfermedades crónicas que requieren tratamientos químicos de por vida. En este marco, muchos profesionales de la psiquiatría enfrentan inevitablemente el siguiente dilema: prevenir recaídas manteniendo altas dosis de medicamentos a costa de momificar al paciente *vs.* reducir medicación para que el paciente tenga opción a un futuro mejor a riesgo de que pueda sufrir nuevas recaídas que agraven la enfermedad. Se trata de un dilema que requiere de prudencia clínica, pero sobre todo, se trata de un asunto clínico que ha de resolverse preguntando al paciente. Esto apenas se hace. La norma es que no se aporta información al paciente sobre pros y contras asociados a la reducción de medicación, y cuando se hace, se anuncian fatales recaídas y degeneraciones neurotóxicas asociadas a la evolución “natural” de la enfermedad, que el fármaco ayudaría a prevenir.

Desde nuestro punto de vista, la terapia se orienta a que la persona tome conciencia y asuma (en algún sentido o grado) la responsabilidad moral de lo que hace y le sucede, colocando la neuroquímica y cualquier clase de determinismo en un lugar que salvaguarde la autonomía y la agencialidad. Pero aquí surge una disyuntiva: la que interpreta la acción como resultado de la agencialidad del sujeto o como resultado de fuerzas naturales o sociales que dominan al sujeto, exteriores a él. En última instancia, la psicoterapia, como procedimiento científico-técnico de ayuda (para cada problema habría una solución técnica-profesional), trata los conflictos morales no tanto en términos de responsabilidad como de mecanismos psicológicos intrapersonales (inconscientes, cognitivos, conductuales, etc.) o interpersonales (de influencias grupales, sugerencias, procesos imitativos). En efecto, desde finales del XIX, la gestión moral de la vida cotidiana ha sido desplazada por una gestión técnica o científico-técnica, liderada por médicos,

psiquiatras, psicólogos..., esto es, por saberes normalizadores (Foucault, 2004). La ambigüedad consiste en que la terapeuta no puede llevar al límite su búsqueda de mecanismos intra o interpersonales porque entonces se convertiría en bióloga o socióloga; pero tampoco puede atribuir a quién acude a consulta en busca de ayuda una plena responsabilidad moral porque entonces su función como experto se volvería paradójica: si alguien solicita ayuda psicoterapéutica es precisamente porque se siente incapaz de autogestionarse y precisa una ayuda externa, luego no es completamente responsable de sí mismo. En el interjuego entre responsabilidad moral y mecanismos psicológicos causales reside la base de muchas paradojas que atraviesan la práctica clínica; transmitir al *enfermo* que ha de hacerse *responsable* de ciertas conductas (tomar la medicación, en un límite inferior) sin las cuales la *enfermedad* (de la conducta de la que tiene que hacerse responsable) *no curará*, es una de las más comunes.

4. *Proyección de la culpa.*

Un paso más, en la línea anterior, consiste en el autoengaño mediante el cual la culpa es proyectada al exterior. Para evitar los efectos de la culpa (pérdida de autoestima, conciencia de responsabilidad en lo hecho, necesidad de reparación...) se recurre a la proyección: no soy culpable; los demás me atribuyen serlo. Así, si antes el sujeto se condenaba a sí mismo por el error cometido, ahora, con la proyección, resulta que el error ya no existe; son los demás los que se lo atribuyen y con ello le difaman, le quieren anular (Castilla del Pino, 1998). Este proceso de proyección podría explicar la formación de ideas de autorreferencia que aparecen en los conflictos morales asociados a sensaciones de culpabilidad. La psicopatología actual presta escasa atención a los temas de la culpa y la vergüenza. Sin embargo, en la primera mitad del siglo XX, la culpa se situaba en el origen o, al menos, en la dinámica generadora del contenido de distintos trastornos delirantes (Villagrán, 2011). Así, Robert Gaupp, psiquiatra alemán de la primera mitad del siglo XX, defendía que el delirio constituía la negación y proyección de sentimientos de culpa y de vergüenza. En su conocida obra *El caso Wagner* dice:

Wagner empezó a proyectar hacia afuera la angustia y los remordimientos que lo atormentaban. Dicho en términos más simples: la mala conciencia produce en las personas cavilosas y críticas el sentimiento de que así como se consideran a sí mismas seres distintos y de algún modo indignos, los demás también han de notar en ellas esa diferencia y suponer cosas extrañas. Y entonces surge el recelo (Gaupp, 1988, p. 202).

En esta línea, la descripción de diferentes delirios de inculpación o de tipo erótico, recogidos en el denominado *delirio sensitivo de referencia* de su alumno Ernst Kretschmer, incluía los sentimientos de culpa y vergüenza ante conductas socialmente reprochables o personalmente inaceptables como experiencias psicológicas centrales en la génesis del delirio persecutorio o referencial.

...cuanto más sensitivo es un carácter, tanto más específicamente respon-

derá, en ciertos casos con un delirio de referencia sutil a los complejos de culpa. Y a la inversa: si en un caso dado encontramos un delirio de referencia reactivo sutil en una personalidad no predominantemente sensitiva, tenemos que intentar, por todos los medios, analizar los complejos de culpa... (Kretschmer, 2000, p. 45).

En el trastorno de ideas delirantes (clásicamente llamado *paranoia*), tiene lugar una *proyección* de ciertos fracasos de la vida (intelectuales, amorosos, morales, etc.), que de ser asumidos enfrentarían a la persona a una culpa o vergüenza insoportables. Bentall (2011) encontró que los pacientes con delirios de persecución tenían la tendencia a elaborar explicaciones o atribuciones causales externas de los fracasos y sobre todo explicaciones que implicaban a acciones de los demás. Parecía que fueran expertos en atribuir la culpa a otras personas cuando las cosas iban mal. Así, una persona que aspira a dramaturgo, convencida de sus méritos literarios pero que, sin embargo, no viera representada ninguna de sus obras en un escenario, en lugar de aceptar su fracaso profesional, echará la culpa a los políticos, o a quién sea, quienes según él, controlan los teatros, se sienten ofendidos por sus opiniones políticas... La atribución externa de la culpa resulta una estrategia útil a corto plazo: evita del dolor de la crítica, salvaguarda la autoestima; pero contraproducente a largo plazo, en tanto que se descarta cualquier intento de introspección y de mejora personal. La proyección puede tomar dos direcciones: 1) o bien constituye una forma de renuncia (*¿para qué luchar, puesto que una inteligencia superior trama oscuros propósitos contra mí?*); 2) o bien designa un chivo expiatorio, un enemigo al que hay que aniquilar para recuperar la armonía perdida. En este sentido, la idea de perjuicio, de ser perseguido, la creencia en una conspiración, ofrece el consuelo de creerse suficientemente importante como para que otros pretendan destruirlo. En efecto, el peor complot no es otro que la indiferencia: ¿cómo sobrevivir a la idea de que no suscitamos en los demás ni suficiente amor ni suficiente odio como para justificar la más mínima malevolencia? De acuerdo con lo anterior, podríamos decir, simplificando mucho, que lo que se manifiesta en algunos delirios de referencia y perjuicio, es el retorno de los efectos de la culpa cuando ésta se proyecta hacia afuera ante fracasos personales que amenazan la imagen pública y la autoestima. De acuerdo con Castilla del Pino (1998), el delirio sería una *ortopedia del sujeto*, una forma precaria, de compensar la pérdida de autoestima resultante de la reiteración de fracasos en sus transacciones con los objetos de la realidad. Pero también puede suceder a la inversa, esto es, que la baja autoestima aumente la sensibilidad ante estímulos que anuncian posibles fracasos, y así recursivamente. Desde una perspectiva psicoterapéutica, asumir la culpa, en lugar de negar, proyectar, sería, por tanto, un primer paso para salir del bucle patológico de la culpa. Pero esto conlleva enfrentarse a una posible devaluación de la imagen y autoestima, situación tal que pone a prueba el amor propio de cada uno.

5. El intento de expiar la culpa mediante el sufrimiento.

A diferencia de las modalidades anteriores, aquí, el sujeto reconoce su culpa, pero en lugar de asumir una actitud responsable, de reparación del daño, pretende expiar su culpa realizando diferentes tareas que implican la exposición a algún peligro o sufrimiento. La expiación era en la antigüedad una modalidad habitual de pagar por un crimen. Los doce trabajos de Hércules (en Roma), Heracles (en Grecia), sirven para la expiación de su horrendo crimen. La vengativa Hera envió a Hércules un rapto de locura (*atê*), y éste, *sin darse cuenta* de lo que hacía, agarró a su mujer y a sus hijos y los arrojó al fuego. Cuando Hércules volvió en sí y advirtió la atrocidad que había cometido, se hundió en los abismos del dolor y la desesperación. A diferencia de Ajax en Sófocles, que decide quitarse la vida tras verificar lo que ha hecho en un momento de enajenación, Hércules decidió seguir viviendo; fue a Delfos para preguntar qué debía hacer para purgar su crimen. La pitonisa, en nombre de Apolo, le aconsejó que sirviera en Micenas al rey Euristeo durante doce años y que realizara cualquier trabajo que éste le impusiese. Esta forma de expiación se transforma en penitencia en el catolicismo. Las conductas exageradas de sacrificio y exposición a situaciones que generan sufrimiento o peligro aparecen como las primeras formas de expiación. En la mujer, la expiación se puede canalizar a través del modelo del ideal maternal-sacrificial que normativa como valor supremo la femineidad en nuestra cultura (Bleichmar, 1999). Luego pueden aparecer conductas de autocondena y autopunición: cortes, automutilación, abuso de alcohol, conductas de riesgo, promiscuidad sexual, etc. Las modalidades de expiación y autopunición, como cualquier acción humana, están mediatizadas histórica y culturalmente. Si bien pueden ser respetadas como tentativas insólitas de resolución de la culpa, se convierten en un problema cuando bloquean metas y proyectos de vida, y en este sentido conviene enfrentarlas, pues en nuestra opinión, un psicoterapeuta profesional trabaja para aumentar las opciones de futuro de las personas.

Si la narrativa del consultante incluye conductas que suponen un riesgo para su vida (conductas autodestructivas), y, podemos establecer su conexión con una culpa irresuelta, podemos preguntar si tiene sentido para la persona la hipótesis de la culpa como castigo. Plantear la conexión entre autocastigo y culpa puede ser ya de gran utilidad. Por otro lado, aceptar la posibilidad de que el consultante es efectivamente culpable, puede hacer que se sienta comprendido, después de que desde su entorno ya han intentado persuadirlo sin éxito de su inocencia. Aceptar la culpa (sobre todo ante culpas con responsabilidad), tranquiliza y permite trabajar la proporcionalidad del castigo. La idea aquí no es rebatir la culpa, sino reflexionar si el castigo es proporcionado a la falta. Además, las dis-culpas del terapeuta pueden paradójicamente potenciar la autocrítica y autoculpabilización.

Imaginémonos por un momento que esto que usted hace fuera la pena que tiene que pagar por el error cometido, ¿cuánto tiempo cree que tendría que estar así para cancelar su culpa? ¿De qué otra manera podría pagar su culpa?

Otra manera de enfrentar estas conductas es mediante la técnica del *diálogo estratégico* (Nardone y Salvini, 2006). Se trata de guiar al sujeto, a través de preguntas estratégicamente orientadas, a descubrir cómo sus intentos de solución contribuyen a la complicación del problema. Así, podemos preguntar: *cuando usted hace esto para sentirse mejor (o para expiar su culpa), ¿consigue este objetivo de manera permanente?,...* Si conseguimos explicitar quién es el receptor de la falta podemos trabajar (siempre que tenga sentido para el consultante) desde la óptica del perdón y la reparación. Un ritual consistente en que cada vez que sienta el pesar de la culpa, haga a modo de compensación una actividad dirigida a dicha persona que ayude a curar heridas (formar parte de una asociación que apoye a personas afectadas por una enfermedad relacionada con la acción generadora de culpa, etc.) podría servir para soportar la carga de la culpa.

Suicidio y culpa.

A menudo los sentimientos de culpa se acompañan de actos o verbalizaciones suicidas más o menos explícitos. En efecto, el pesar de la culpa puede ser tan insoportable que la persona quiera quitarse la vida. Se busca la muerte para dejar de sufrir, pero también como una necesidad de autocastigo extrema (una frase común de los suicidas es: “Lo siento mucho; he hecho daño a todo el mundo; estarían mejor sin mí”) (Grinberg, 1983). Otras veces, parece *como si* la intención del suicida fuera proyectar vengativamente la culpa en aquellos que considera causa de su sufrimiento. Esto es, en el suicido podría haber una víctima secundaria; el que se suicida –dice Colina (2013)– lo hace contra alguien a quien intenta cargar el muerto, condenarlo a un duelo imposible.

Alberto tiene 39 años, trabaja de administrativo en una empresa pública. Solicita ayuda psicoterapéutica por un estado de aflicción y culpa en relación al fallecimiento de una hermana. Su historia es la siguiente: hace unos años su hermana marchó de la casa familiar tras un conflicto con los padres a raíz de una relación de pareja que había iniciado poco antes. Tras unos meses de convivencia la relación empezó a ir mal a causa del consumo de drogas de su pareja. Ella quedó inmersa en un proceso depresivo bastante grave e intentó quitarse la vida en dos ocasiones. Debido a su proceso depresivo, y en parte a su difícil carácter, fue perdiendo toda relación con amigos y familia, excepto con Alberto, siempre dispuesto a ayudar incondicionalmente. Alberto fue la única persona que la apoyó en el proceso de separación llegando a buscar un

piso de alquiler para su hermana, con la única condición de que consultara con un psiquiatra. Ella aceptó; acudió a una consulta y no volvió a más porque “no quería que nadie entrara en su vida”. Pero comenzó una vida errática y aislada que invitaba a Alberto a seguir ocupándose de ella realizando sacrificios imposibles: disposición las 24 horas, llamadas telefónicas de urgencia por conflictos con la familia, ideas suicidas... Cuenta que un día su hermana había escrito una carta que pidió que guardara en secreto prohibiéndole consultar “hasta que ella muriera”. Alberto aceptó el encargo sin ofrecer ninguna oposición. Pasan dos años. En una de sus conversaciones telefónicas de urgencia, Alberto reprocha a su hermana el que no fuera a visitar a su padre, el cual estaba hospitalizado a la espera de una operación; ésta reaccionó con gran enfado, como si Alberto hubiera traicionado un pacto inviolable de no cuestionamiento. A partir de ahí comienza una amarga discusión, y ella deja de tener contacto con él. Alberto queda disgustado por lo sucedido pero también enfadado por el comportamiento despegado y egoísta de su hermana hacia sus padres. Pocos días más tarde Alberto recibe un mensaje de móvil mientras está con el resto de la familia en el hospital visitando a su padre. Es su hermana; le comunica que ha conocido a una persona y que se marcha a vivir con él a otra ciudad en busca de una nueva oportunidad. Al día siguiente encuentran su cuerpo en una estación de tren. Se había tirado a las vías. Alberto se reprocha el no haber hecho nada para remediar el fatal desenlace. Dice que de alguna manera “sabía lo que iba a pasar”; la forma del mensaje, el contenido, el enfado de la conversación anterior..., eran para la hermenéutica de Alberto signos evidentes de lo que finalmente se verificó, pero que aún así, sin saber porqué, prefirió inhibirse de cualquier actuación salvadora, y así, “que pase lo que pase”. Tras el funeral Alberto abre la carta que su hermana le había entregado años antes, y descubre que se trata de un testamento; le entrega todas sus pertenencias “porque no quería que las tuviera gente que ella no quisiera”. Por otro lado, averigua que su hermana tenía una vida paralela en un pueblo cercano donde al parecer tenía algunos amigos a los que visitaba con frecuencia y a los que contaba que no tenía familia; que su única familia era su hermano Alberto. Tras unos meses intentando recomponerse sin éxito del duro golpe decide pedir ayuda. Se reprocha el no haber hecho nada aquellos días después de recibir el mensaje en el hospital; en realidad se reprocha el haber decidido lo que decidió: no actuar. Pero, ¿cómo es posible arrepentirse de la decisión tomada, si, como dice, “ya sabía” el resultado que finalmente se verificó? ¿Realmente ya sabía a priori, o, se trata de una clarividencia retrospectiva tras conocer los hechos? ¿En virtud de qué hechos renegamos de nuestras decisiones voluntarias? ¿Hacer esto es honesto? ¿Hubiera cambiado en algo su

“culpa” si su hermana no hubiera dejado ningún testamento, y no hubiera sabido que andaba diciendo que él era su única familia? ¿Tener esta información no acrecienta la conciencia de su valencia afectiva para el otro fallecido? Y, ¿no es quizás esta concienciación a posteriori del lugar que ocupaba en el afecto de su hermana, la que de alguna manera mancha acusatoriamente su deseo, su decisión de no prestar ayuda aún “sabiendo” lo que iba a pasar? En cierta manera Alberto es “culpable”, pero el objeto de su culpa no recae sobre aquello que subjetivamente se reprocha, sino sobre el hecho de haber aceptado la invitación a cargar con la responsabilidad de que la vida de su hermana dependa de él (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).

En el trabajo terapéutico con intentos y verbalizaciones suicidas asociadas a culpas irresueltas, podemos formular la siguiente pregunta: *¿qué hace que no lo haya hecho ya? ¿Qué hace que no haya vuelto a intentarlo?*. La respuesta a esta pregunta nos daría sus razones para seguir adelante, a pesar de todo. No hace falta recordar que en estas situaciones garantizar la seguridad del consultante es un *priori* de toda intervención.

6. El intento de fantasear finales alternativos.

Una manera transversal de combatir los efectos de la culpa, o al menos de intentar aplazarlos, consiste en ensayar cognitivamente otros finales alternativos y comparar lo ocurrido con éstos finales, que son por lo general, imposibles. Si bien este trabajo mental proporciona cierto alivio temporal, acaba paradójicamente por potenciar la culpa, en tanto que funciona como recordatorio de aquello que no ha sido capaz de hacer en la escena de los hechos. Las personas que buscan refugio en esta estrategia, quedan tan atrapadas en la culpa como el acusado a quién se le pregunta: *“¿Ha dejado de maltratar a su pareja?”*. Por tanto, hay que explorar la presencia de fantasías compensadoras respecto a la culpa. En efecto, muchas personas se descubren invirtiendo todo el tiempo imaginando *qué hubiera pasado si hubiera hecho...* Aquí podemos diferenciar dos modalidades: a) si el sujeto de la culpa estaba presente en la escena en que ocurrieron los hechos, o b) si estaba ausente. En este segundo caso, el *y si hubiera hecho...*, puede llevarse tan atrás en el tiempo como sea necesario para que la culpa alcance al sujeto. Respecto a esta modalidad de manejo de la culpa planteamos dos modalidades de trabajo:

1. Utilizando el *diálogo estratégico* (Nardone y Salvini, 2006). Con la pregunta terapéutica: *cuando usted hace esto para sentirse mejor, ¿consigue este objetivo de manera permanente? ¿Cuánto dura esa calma? ¿Pasado un tiempo su culpa aumenta o disminuye?*, la respuesta del consultante, probablemente será: *me siento más culpable*. A través de una serie de preguntas de este tipo, el terapeuta intenta sembrar la idea de que, si algo no funciona, es mejor no hacerlo, y facilitar

así un trabajo posterior de búsqueda de alternativas. Sólo cuando se empieza a considerar todo el tiempo y energía gastada inútilmente en controlar la culpa y sus efectos y, se sopesa los penosos resultados obtenidos, se abre la posibilidad de hacer algo diferente.

2. Analizar qué hubiera pasado si... La pregunta terapéutica que puede abrir este proceso podría ser: *¿cómo se imagina que podrían haber sido las cosas si (finalmente) hubiera actuado de manera diferente?* En nuestra experiencia, nuestros consultantes, a menudo descubren, no sin amarga sorpresa, que la alternativa imaginada-idealizada no estaba disponible en el contexto de la escena de la culpa, o bien advierten que esa opción hubiera traído consecuencias aún más desastrosas. De acuerdo con Pérez-Sales, a lo que se pretende llegar con esta intervención es a que la persona entienda que desear que el final hubiera sido diferente no quiere decir que otras soluciones fueran mejores (Pérez-Sales, 2006).

Inés, de 36 años, soltera, profesora de idiomas en un colegio, lleva a tratamiento psiquiátrico desde los 18 años por quejas de tipo ansioso-depresivas que no remiten ni con fármacos ni con ayuda psicoterapéutica. Cuando se le pregunta por el origen de su problema dice que lo que le pasa es que nunca llegó a superar la muerte de su padre, la cual sucedió cuando ella tenía 17 años. Sus padres llevaban varios años separados cuando la avisaron de que su padre se estaba muriendo en el hospital. Si bien Inés sabía que su padre padecía de cáncer, no podía sospechar que la enfermedad tomara un curso tan acelerado. Cuando fue a verlo se encontró allí con la familia del padre con la que había roto toda clase de relaciones. Cuenta que deseaba estar a solas con su padre para poder despedirse, hablar con él. Le molestaba que la sala estuviera llena de personas, que, a su juicio no se portaron bien con su padre y que además no paraban de hablar en tono alto. Quiso llamarles la atención y pedirles que salieran un momento, pero no se atrevió, quedó en silencio sin poder despedirse de su padre. Ahora, cuando recuerda esta escena se reprocha el no haber sido más decidida en pedirles que la dejaran a solas. Cuando se le pregunta por lo que cree que hubiera sucedido si hubiera actuado de esa forma no duda en decir que éstos se hubieran enfadado y que no se lo hubieran permitido. Cree que hubiera sido un espectáculo doloroso e innecesario para su padre. Sin embargo, saber que la opción que se reprocha no hubiera tenido mejores resultados, no quita para que Inés siga viviendo atrapada por este autorreproche.

7. La abyección.

Existe otra modalidad disfuncional de afrontar la culpa que corresponde a lo que Castilla del Pino (1991) llama *abyección*. Aquí, el sujeto de la culpa, ante la imposibilidad de reintegrarse a la situación originaria, de rehabilitar su valor como ser humano a pesar de sus reiterados intentos fracasados de reintegración (el por qué

de dicho fracaso no es ahora relevante, pero en muchas ocasiones se debe a la actitud negativa de los otros, que se oponen a la reintegración, recondenando al sujeto de la culpa), opta por dejarse caer por la pendiente de aquello que lo convirtió en culpable. Ante la situación de segregación a que es sometido, el sujeto de la culpa huye hacia adelante mostrando nuevas conductas transgresoras en un intento de avalarse a sí mismo. Frente al rechazo que le deparan los demás, la persona abyecta no ve otra salida que completar el mal hecho con otro mal. Pero, a través de esta conducta aumenta más su aislamiento y, por consiguiente, su hacer culpable, y así sucesivamente. La abyección le da cierta sensación de control sobre la vida propia, y de algún modo, sobre la de los demás. Encontrar esta modalidad de culpa en psicoterapia es infrecuente, pues en tales situaciones, la posibilidad de pedir ayuda difícilmente se contempla.

Este breve examen de las estrategias para evitar las sensaciones y efectos de la culpa tras la acción indebida debe ser complementado con las modalidades estratégicas para resolver la misma, esto es, con las estrategias para dejar de ser culpable. En efecto, la culpa no es un fin en sí mismo (sufrir por lo hecho no repara lo hecho), sino que es una emoción al servicio de la reparación y regulación de las relaciones sociales. Las modalidades estratégicas de resolución de la culpa son en nuestra cultura el arrepentimiento, el perdón y la reparación.

3. El problema del arrepentimiento

¿Qué es el arrepentimiento? ¿Qué relación guarda la culpa con el arrepentimiento? ¿Qué función tiene? ¿Puede el arrepentimiento condonar el daño? El arrepentimiento tiene una realidad y un sentido diferente en la concepción religiosa de la culpa, como pecado (recuérdese el debate teológico entre contrición y atrición tras el Concilio de Letrán), que en una concepción secular de la vida como es la nuestra. El arrepentimiento, como práctica secular, consiste en el reconocimiento, por parte del sujeto de la culpa, de que lo hecho no está bien, y que causó un daño o perjuicio a otro. De acuerdo con la definición de Spinoza, el arrepentimiento es “la tristeza acompañada de la idea de algún hecho que creemos haber realizado por libre decisión del alma” (Spinoza, 2009, p. 174). De acuerdo con esto, la libertad es una condición de posibilidad del arrepentimiento. Sería un sinsentido arrepentirse por aquellas conductas que no realizamos libremente, porque son, por ejemplo, resultado de fuerzas externas que arrastran a realizar determinadas conductas, en cuyo caso lo propio sería asumir más bien una actitud responsable. El arrepentimiento está relacionado con la culpa, y es una de sus salidas. Otras podrían ser el silencio, el secreto, etc. También se puede estar íntimamente arrepentido y querer, sin embargo, ocultar su expresión a los demás, como hace Phillip Morgan en la película *La sogá*.

El problema de entender el arrepentimiento en términos de acontecimiento mental.

Preguntarse por la función del arrepentimiento en las relaciones interpersonales es preguntarse por la función de expresar el arrepentimiento. La expresión del arrepentimiento tiene la función de suscitar ante los demás (o ante Dios) la compunción experimentada, para así provocar compasión y perdón.

¿Qué es lo que espera el sujeto apesadumbrado de esos otros a los cuales expresa su sentimiento de culpa? Me parece evidente que el pesar por la culpa traduce el arrepentimiento del sujeto, su contrición por el pecado o falta cometida. De esta forma se solicita de los otros, efectivamente, compasión. Más aquí la compasión no tiene el exclusivo fin de hacernos consolar. No es que el culpable no lo precise. *Pero lo que verdaderamente le urge no es tanto que se le consuele cuanto que se le perdone.* El arrepentimiento se expresa sobre todo ante aquellos que pueden imponernos, y quizás nos imponen, el castigo que merecemos por la acción efectuada. La culpa es siempre ante alguien (Castilla del Pino, 1991, p. 162).

Pero aquí tropezamos con un problema: se trata del carácter íntimo de toda experiencia sentimental: ¿cómo saber si el arrepentimiento es sincero o se trata de una expresión *ad hoc* para librarse de un castigo? Esta duda es la misma que surgió en el debate teológico entre contrición y atrición, esto es, entre arrepentimiento por amor de Dios o por temor al castigo divino: ¿basta la atrición inspirada por temor al infierno en el sacramento de penitencia? Dado que no tenemos acceso a las intenciones del otro, la autenticidad de la contrición sólo es conocida por la persona que la vive, y a veces, ni siquiera por ella, pues puede haber caído en el autoengaño de creerse algo que realmente no es verdad. Todos tenemos la experiencia de poder controlar la expresión de lo que sentimos en la intimidad para engañar al otro. En la película de Richard Marquand, *Al filo de la sospecha* (1985), una adinerada mujer es brutalmente asesinada en su casa de la playa. Las sospechas inmediatamente recaen en su marido (Jeff Bridges), un prestigioso director de periódico que hereda toda su fortuna. Para soltar el lastre de la sospecha contrata a una abogada (Glenn Close). Rápidamente, entre acusado y abogada se crea una relación singular: el acusado trata de convencer a su abogada de su inocencia y, cuanto más duda ella, más atracción siente por él. Finalmente, tras un espléndido trabajo de la abogada, el inculpado es declarado inocente, mientras ahora las sospechas recaen en otra persona. Tras unos días de idílica relación, la abogada descubre que ha sido engañada; su cliente-pareja era el verdadero asesino.

Pero, si la comunicación verbal o no verbal del sentimiento es incontrastable, ¿cómo acceder con garantías al sentir del otro? La realidad es que no existe un acceso privilegiado a la experiencia íntima del arrepentimiento, ni de ninguna otra cosa, con independencia del sujeto que comunica, ni aún para sí mismo. Tropezamos aquí con el problema del lenguaje privado de Wittgenstein. El aforismo 5.62

del *Tractatus* de Wittgenstein (2012) viene a plantear la discontinuidad entre *decir* y *mostrar* (“En rigor, lo que el solipsismo *entiende* es plenamente correcto, sólo que eso no se puede *decir*, sino que se muestra”); lo que de acuerdo con lo que aquí interesa, significa que decir la intimidad no es mostrarla; decir el arrepentimiento no garantiza la sinceridad porque se puede mentir, como a menudo ocurre cuando sobre uno cuelga como espada de Damocles una pena que no se quiere pagar. Y es que sin la espada de la pena colgando sobre nuestras cabezas, el arrepentimiento raramente se dice. Así somos de orgullosos. Quién se ha ganado una pena –dice Valcárcel– no duda en negar la autoría, después la intención y llegado el momento afirmará que está arrepentido (Valcárcel, 2010). Según lo anterior, cabría la posibilidad de que el sujeto que se arrepiente pueda estar buscando solamente las ventajas de expresar el arrepentimiento, sin sentirlo, y lo que es peor, sin la voluntad de dejar de cometer una y otra vez la falta. Por tanto, si el arrepentimiento se entiende en términos de acontecimiento mental (y, por tanto, íntimo) nos llevaría a un callejón sin salida. Las condiciones que permitirían aumentar la confianza en la sinceridad de lo expresado sería la presencia, concurrencia, de hechos contrastables intersubjetivamente a los que poder remitirse: 1) arrepentimiento público y, 2) acción reparadora. El arrepentimiento, como expresión del pesar culpable, no puede quedar solo en buenas palabras sino que ha de acompañarse de acciones dirigidas a reparar lo hecho y evitar su reiteración. En clínica verificamos que muchas personas que acuden a terapia de grupo por problemas de adicción (drogas, juego,...) declaran ante el grupo estar arrepentidas por lo que han hecho, pero advertimos enseguida que se trata de una mera formulación verbal que parte del hecho de que el otro, sobre quién recae el efecto perjudicial de la adicción, se queja, sufre la situación, suplica el cese de la conducta problemática, y no tanto por una toma de conciencia real sobre el valor y alcance de sus acciones. ¿Se arrepentirían de lo que hacen si no hubiera efectos negativos relacionales? En nuestra opinión, la conciencia de culpa no es meramente conciencia del post-efecto de la acción, sino darse cuenta y tomar posición ante lo que uno hace con su vida. Así, sorprende que estas personas que dicen estar arrepentidas, inmediatamente después, a veces con una sonrisa no disimulada, dicen que si tuvieran la mínima ocasión (la oportunidad, el dinero, ...) no dudarían en repetir lo hecho. Pues bien este estar profundamente arrepentido, y no dudar, sin embargo, en reiterar la acción indebida, refleja el engaño que estas personas se tienden y tienden a los demás: que aspiran a que se les perdone con sólo mostrar su arrepentimiento, sin reparar los efectos negativos provocados por su acción; o aún peor, que aspiran a reiterar lo hecho. Quién se arrepiente ha de restituir el bien adquirido, pues no sería de recibo arrepentirse y quedarse con los beneficios que se han obtenido de la falta. Para santo Tomás de Aquino, no muestra sinceridad quien, al mismo tiempo que se arrepiente, hace aquello de lo que se arrepiente, o se propone repetir sus faltas anteriores, o peca actualmente en la forma que sea (Delumeau, 1992). La reparación del daño formó parte del debate teológico en torno al aplazamiento de la absolución. Así, en el

Catecismo del concilio de Trento, entre los consejos a los confesores encontramos lo siguiente:

Es menester que los confesores observen sobre todas las cosas lo siguiente: después de haber oído la confesión de sus penitentes, se cuidarán de que, antes de haberles dado la absolución, si han perjudicado el bien o la reputación de su prójimo, juzguen que el pecado cometido es capaz de hacer que se condenen, y les obliguen a hacer una restitución completa. Porque no se puede absolver a nadie antes de que haya prometido restituir todo aquello que no le pertenece (Delumeau, 1992, p. 77).

Para complicar las cosas, santo Tomás de Aquino dice que pecar tras la confesión no cuestiona la sinceridad del arrepentimiento, porque nunca resulta excluida la verdad de un acto anterior por un acto subsecuente de sentido contrario (Delumeau, 1992).

Pero, cuando se daña a una persona, el daño no solo está en la víctima, sino en todas las personas próximas a la víctima. Por tanto, la declaración de pesar y arrepentimiento no solo habría de ofrecerse a la víctima sino a todas las personas que por su relación y amor a la víctima también han sido de algún modo dañadas. Estas personas requieren a su vez de ayuda (Sinclair y Martínez, 2006). Y a la inversa: quién daña no es solo el agresor, sino todas las personas cercanas que con su pasividad no han protegido a la víctima, o no han emprendido todas las acciones posibles para crear una relación suficientemente segura que hubiera permitido recurrir a ella en busca de ayuda. Estas personas también son en cierto modo responsables, y deberían expresar pesar y arrepentimiento, pues no hacer lo que se puede hacer para evitar una situación dañosa, nos convierte en cierto modo en cómplices. En el trabajo psicoterapéutico con abusadores y víctimas de abusos sexuales intrafamiliar se utilizan estas consideraciones en un ritual terapéutico de perdón y reconciliación familiar (Madanes, 1993). Lo veremos más adelante.

Pero, ¿en qué medida puede ser el sufrimiento una compensación de lo hecho? Si bien la conciencia de ser culpable supone ya cierto modo de castigo (Rodríguez, 2011), el sufrimiento psicológico (moral) que depara el pesar de la misma no es suficiente para compensar la acción culpable. Sufrir no vale como expiación de una falta. Si así fuera tendría un límite a partir del cual vendría el alivio. Tal cosa no sucede. Tomar el pesar, el dolor que la culpa conlleva, por razón suficiente para el perdón, es un fraude, perdonable sólo en la medida en que el propio sujeto no es del todo consciente del engaño que elabora. Es más, se podría decir incluso que quién se queda en el sufrimiento sin reparar lo hecho se convierte de inmediato en doblemente culpable. Kierkegaard decía que la culpa se alimenta mediante el no hacer a través del arrepentimiento. En esta línea se sitúa la reflexión de Spinoza sobre el arrepentimiento: “El arrepentimiento no es una virtud, es decir, no surge de la razón; sino que quién se arrepiente de lo hecho es doblemente miserable o impotente” (Spinoza, 2009, 4/54). Desde esta perspectiva, podríamos admitir que una manera de superar la culpa, sin caer en el abismo de la psicopatología, sería

admitir el error y reparar el daño. En realidad, si alguien quiere dejar de sufrir, puesto que sufre por ser culpable, solo hay una salida; dejar de serlo a través de la reparación.

El arrepentimiento auténtico es la reparación. El arrepentimiento auténtico no consiste en no hacer, como forma de castigo propio que uno adopta ante la culpabilidad de lo hecho, sino en no reiterar lo hecho, y, de inmediato, en hacer de otra manera. Qué es lo que hay que hacer, es lo que al sujeto se le ofrece a modo de alternativa: o seguir siendo como hizo, o dejar de ser el que hasta ahora fuera, para hacer, en efecto, como debe (Castilla del Pino, 1991, pp. 264-265).

En resumen: el arrepentimiento se podría calificar de *auténtico* si de inmediato se sigue de acciones reparadoras del daño; sería *inauténtico* cuando agota su fuerza en el puro sufrir subjetivista, sin el hacer necesario para reparar lo hecho. Pero hay una opción aún más insólita y perversa; la de quién utiliza su sufrir-por-la-culpa, no ya para eludir la reparación necesaria, pagar la deuda, sino para hacerse acreedor del cuidado, atención... de ese otro, receptor de la acción culpable.

4. Reparación

La reparación consiste en la realización, por parte de quien se reconoce culpable, de una acción o serie de acciones, intencionalmente dirigidas a compensar el daño (hasta donde sea posible) que uno cree haber causado en el otro. Siempre hay algo que se puede hacer para reparar el daño. Si no es posible llevar a cabo una acción directa de reparación (porque la víctima no está presente, o porque el daño es irreversible), cabe la posibilidad de implicarse en actividades simbólicas de reparación: colaborar con otras víctimas o con los familiares de la víctima en otras actividades, formar parte de una ONG, alertar a otras personas de las consecuencias negativas de los errores cometidos, etc. Sin reparación se corre el riesgo de la reiteración de la falta en tanto que uno no se hace responsable de sus acciones.

Todorov (2009) diferencia entre justicia punitiva y justicia reparadora. La justicia punitiva se diferencia de la venganza en que es impartida por una institución y no por un individuo; sin embargo, en lo que se refiere a la naturaleza del castigo infligido, la una se confunde a menudo con la otra. La justicia punitiva da prioridad al respeto de la ley abstracta y a la institución que la respalda, en última instancia al Estado. En la justicia punitiva se pretende castigar al culpable, ajustar cuentas, de modo que uno puede pagar objetivamente su falta o delito sin necesidad de arrepentimiento ni perdón de la víctima. La justicia establece un precio; una pena. Una vez se ha cumplido la pena ya no se debe nada. En efecto, el preso que cumple su pena carcelaria es libre aunque no reconozca el daño cometido ni sea perdonado por la víctima o la comunidad donde tuvo lugar el delito. Por otro lado, la justicia reparadora se preocupa ante todo de las personas concretas y sus relaciones: Su objetivo ya no es proteger un orden impersonal, sino permitir a los culpables y a las víctimas volver a vivir juntos. Más que referirse a la ley que está por encima,

cualquiera que sea su origen, se dirige a las personas que viven juntas. Más que de castigar, trata de restablecer las relaciones que no deberían de haber sido interrumpidas nunca. De acuerdo con esto, el procedimiento de la reparación sigue la lógica del perdón, que es la lógica de la reconciliación y la convivencia. La idea según la cual la reparación de un delito u ofensa es preferible al castigo comienza a abrirse camino en el seno de nuestros sistemas judiciales. En las comunidades campesinas zapatistas de Chiapas, el culpable de un delito ha de reparar la herida que ha abierto en la comunidad mediante la realización de trabajos y servicios útiles para la comunidad. Así, para el asesinato, el homicida está obligado a trabajar para la subsistencia de la familia lesionada, hasta la mayoría de edad de los niños (Vaneigem, 2012). El procedimiento de la justicia reparadora se ha aplicado también a crímenes contra la humanidad y crímenes terroristas. El ejemplo más conocido, en este sentido, es la *Comisión de la Verdad y Reconciliación* en Sudáfrica. El procedimiento de la justicia reparadora sigue la siguiente secuencia: 1) arrepentimiento y reconocimiento público del error ante la víctima y demás personas dañadas, 2) reparación efectiva, y 3) perdón. No deja de sorprender que encontremos esta misma secuencia, o semejante, en el sacramento de la confesión y en ciertas prácticas de la psicoterapia. Conviene recordar que la psicoterapia tiene a su vez una conexión histórica con la confesión (Loredo, 2005). En efecto, la doctrina católica exige cinco acciones para que el sacramento de la confesión surta efecto: 1) examen de conciencia o de los pecados, 2) arrepentimiento o dolor de los pecados (contrición), 3) propósito (no práctica) de enmienda, 4) decir los pecados al confesor, y 5) cumplir la penitencia (Rodríguez, 2008). De acuerdo con la doctrina católica, la reparación al otro no forma parte de la práctica de la confesión o no es un medio para conseguir la absolución. En psicoterapia tampoco faltan estos componentes en algún sentido o grado. Así, en el trabajo clínico en casos de abuso sexual y violencia masculina, Cloé Madanes establece un ritual terapéutico basado en la reparación (Madhanes, 1993; Madanes, Keim y Smelser, 1997). Por ejemplo, para la situación en que un hermano mayor abusa a una hermana menor se siguen los siguientes pasos:

1. Obtención del relato familiar de la ofensa sexual.
2. La terapeuta pide a cada miembro de la familia razones de por qué estuvo mal el comportamiento del agresor.
3. La terapeuta dice que estuvo mal porque provocó un dolor espiritual a la víctima.
4. La terapeuta dice que un ataque sexual también provoca un dolor espiritual en el agresor.
5. Espontáneamente alguien de la familia dice al terapeuta que el agresor, y tal vez otros miembros de la familia, también sufrieron abusos sexuales por parte de parientes u otros.
6. La terapeuta dice que las acciones del agresor causaron dolor no solo

- en la víctima y el verdugo, sino también en el resto de familiares.
7. La terapeuta pide al agresor que se arrodille ante la víctima, y exprese pesar y arrepentimiento por lo que hizo. Esta es una condición necesaria para que la víctima pueda perdonar pero no está obligada a hacerlo.
 8. La terapeuta pide al resto de familiares que se arrodillen frente a la víctima y expresen su arrepentimiento por no haberla protegido.
 9. La terapeuta discute con los padres cuáles serían las consecuencias que podría traer la reiteración de algo semejante, alentando a tomar las medidas más drásticas (por ejemplo, expulsar de su seno al agresor).
 10. La terapeuta atiende a solas a la víctima y la alienta a hablar sobre el abuso, a expresar sus sentimientos y su dolor.
 11. La terapeuta busca un protector en la familia extensa para la víctima.
 12. Reparación. La terapeuta pide a los padres que piensen en lo que podría hacer el agresor como reparación. Debe ser algo que implique un sacrificio prolongado, beneficioso para la víctima.
 13. La terapeuta considera actividades para el agresor a fin de orientarlo hacia una vida normal.
 14. La restauración del amor de los padres hacia el agresor.
 15. Restaurar la posición del agresor en la familia como protector (no principal) de los hermanos menores.
 16. La terapeuta ayuda al agresor a perdonarse a sí mismo.

A lo largo de la terapia, la terapeuta disipa las connotaciones de provocación y subraya que la víctima no fue responsable por los actos del agresor. Estos 16 pasos se pueden resumir en cinco principios que sorprendentemente recuerdan la práctica de la confesión; son los siguientes: 1) examen de lo sucedido, 2) el agresor asume la responsabilidad por el daño cometido, 3) el agresor expresa pesar y arrepentimiento, 4) compromiso de no reiteración, y 5) reparación y restauración de la relación. En definitiva, nos encontramos ante una especie de secularización y tecnificación de la confesión auricular. La diferencia con la confesión es que aquí se plantea la reparación al otro, y el hecho de que interviene toda la familia. Como se aprecia, Madanes no se libra de la ideología patriarcal pues insiste en que la madre u otros miembros de la familia pidan perdón a la víctima (como si fueran cómplices del abuso) en lugar de hacer recaer el peso de la disculpa en el ofensor, que es el único responsable (Ochoa de Alda, 2000). Desde nuestro punto de vista, la intervención ha de apuntar hacia una toma de conciencia del agresor, que puede resumirse así: *por tu acción indebida has abierto una herida en la víctima y en la familia, a ti (y sólo a ti) te corresponde ahora cicatrizarla.*

Por tanto, si lo que interesa es restaurar la relación y la convivencia, cualquier procedimiento diferente a la reparación, como por ejemplo, el castigo o la venganza, por sus propias lógicas, corren el riesgo de perpetuar el error que se desea impedir.

“Liberarse de un criminal por la muerte o la prisión es dejar que la herida se envenene con la sangre y el sufrimiento moral del culpable. Curar el dolor de la víctima con el dolor del atormentado, ¿no es hacer de la barbarie un remedio que perpetúa y agrava el mal?” (Vaneigem, 2012, p. 96). Pero lo mismo podríamos decir del perdón que se da gratuitamente, con solo el pesar que el culpable manifiesta, sin esfuerzo reparador, pues no se preocupa por poner todo su empeño para que el error no se reproduzca. Así, en lugar de hacer mejores a los hombres, el perdón les endurece en la idea de una fatalidad del destino para la que no hay otro remedio más que la compasión (Vaneigem, 2012).

5. Pedir perdón, dar perdón

Al igual que el arrepentimiento, el perdón tiene un sentido diferente en la concepción religiosa de la culpa, como pecado, que en una concepción secular de la vida. En la relación o contexto en que se verifica la ofensa o daño que dará lugar a sentimientos de culpa, tenemos por un lado al agente del daño (sujeto de la culpa), y por otro, al receptor del mismo. Antes comentábamos las estrategias de afrontamiento de la culpa desde la perspectiva del agente del daño (negar, olvidar, externalizar...). Quedarían ahora las estrategias de afrontamiento desde la perspectiva de quién ha recibido el daño u ofensa. Entre ellas destacan el olvido, la negación-ocultación, la venganza, la justicia y el perdón. En clínica, estas estrategias no tienen límites claros, y lo habitual es que existan solapamientos y transiciones entre varias modalidades. En este trabajo nos limitaremos al trabajo del perdón.

La práctica del perdón.

¿Qué es perdonar? ¿Se puede perdonar sin arrepentimiento? ¿Quién puede perdonar? ¿Para qué se perdona? En el contexto de la Grecia arcaica y clásica el perdón está ausente, que se rige por la ontología de la deuda; por el encadenamiento de males y castigos. De acuerdo con Amelia Valcárcel (2010), el perdón es una *innovación* del cristianismo que pone término a la espiral de males y venganzas propia de la *ontología de la deuda*. Perdonar es renunciar voluntariamente a lo que se tiene derecho a hacer como respuesta al daño recibido. El perdón desempeñó un papel fundamental en el triunfo del cristianismo durante el Bajo Imperio. Sin embargo, durante el cristianismo la *ontología de la deuda* no desapareció, sino que la venganza se dejó en manos de la providencia divina. *Mía es la venganza*, dice el Señor. De acuerdo con esta autora, el perdón se articuló no tanto sobre el rechazo del talionismo sino sobre la delegación de la venganza en manos providentes. La ley taliónica (justicia vindicativa) mantiene el mal en el mundo en un juego sin fin. Delegar el castigo en Dios evita la potencial escalada simétrica de las venganzas. En el cristianismo, la práctica del perdón forma parte de una estrategia de justicia compensatoria que se deja en manos de Dios porque Dios la garantiza. Perdonar es en realidad una estrategia: “No te dejes vencer por el mal, al contrario, vence el mal con el bien” (Valcárcel, 2010, p. 69). Dios es la instancia que perdona, aunque todo

hay que decirlo, nunca sin el cumplimiento de determinados rituales de expiación. Pero sólo puede perdonar quién está en condiciones de vengarse; la víctima que no está en condiciones de devolver la ofensa tiene sin embargo una manera de salir de la situación: colocarse en una posición de superioridad a través del perdón. De ahí la dura y cuestionable interpretación de Nietzsche sobre la genealogía de la moral; el perdón desde esta lectura forma parte de la moral de los débiles.

Prácticas secularizadas del perdón.

Perdonar es un enunciado *realizativo* según la terminología de Austin; hace lo que se dice. Es difícil imaginar una manera de pedir perdón a alguien que no consista en la expresión de la frase: *te pido perdón*. El perdón desde un punto de vista secular consiste en que quien perdona no busca venganza ni justicia, ni desea el mal al ofensor. Y no solo esto, sino que además tiene la capacidad para aceptar el *resentimiento* (literalmente “volver a sentir”) hacia quién ha abierto la herida. Según la etimología, *perdonar* procede del latín “perdonare”, derivado de “donare”, y significa *donar lo que hubo antes* (Hayes, 2013). Para Hannah Arendt, el perdón es el extremo opuesto a la venganza; es la única acción que no es mera reacción, sino que actúa de nuevo y de forma inesperada, no condicionada por aquello que la provocó y por tanto libre de sus consecuencias, lo mismo quién perdona que aquel que es perdonado (Arendt, 2011). La opción de perdonar siempre es difícil, pues en última instancia implica enfrentarse con el con el amor propio, pero a veces es la única vía para construir un futuro distinto (Torralba, 2010). El perdón forma parte de los procedimientos cotidianos que pretenden reparar relaciones significativas dañadas por la ofensa, y en los últimos años también de los procedimientos psicoterapéuticos. Desde un punto de vista psicológico, se discuten las dimensiones que componen la experiencia del perdón. Así se diferencian tres dimensiones: 1) tipo de respuesta (emocional, conductual y cognitiva), 2) dirección del cambio (positiva y negativa), y orientación (intrapersonal e interpersonal) (Prieto-Ursúa, Carrasco, Gismero y cols., 2012). Por otro lado, se discute si en el perdón entran actitudes de compasión y benevolencia hacia el ofensor (Guzmán, 2010). Perdonar no implica olvidar, borrar de la memoria lo sucedido (a veces, guardar memoria de la ofensa puede ser un remedio eficaz para evitar su repetición). El olvido es un proceso involuntario que ocurrirá, o no, con el paso del tiempo. *Perdono pero no olvido* significa que se renuncia a un derecho, pero no a olvidar el motivo de ese derecho (Valcárcel, 2010). En cambio, el perdón es una decisión voluntaria, una libre toma de posición frente a lo que pasó en el pasado. En realidad sólo tiene sentido perdonar cuando se recuerda el daño sufrido. Perdonar no es cambiar un mal manifiesto por otro implícito, como a veces ocurre en las parejas que dicen perdonar sus traiciones. Y es que reanudar de nuevo una relación afectiva que ha sido dañada por la ofensa no es tarea sencilla. Aquí el receptor de la ofensa se enfrenta a una disyuntiva ineludible: perdonar para continuar o romper la relación. Pero a menudo ocurre que la persona no tiene capacidad para contener todo el rencor por la traición;

como consecuencia, el perdón (pseudoperdón) muta en venganza no declarada: *te perdono, pero ahora tu vida (y la mía) a mi lado será un infierno*. Lamentablemente la capacidad que tenemos los humanos para solicitar o conceder el perdón no está a la altura de nuestras capacidades para sentirnos ofendidos.

El perdón desde la perspectiva de la víctima.

¿Puede darse el perdón sin el arrepentimiento del ofensor? Por lo que interesa a la reconciliación y recuperación de la confianza, quién perdona necesita el arrepentimiento de quién le ofendió. Sería un sinsentido perdonar, excusar, a quien no reconoce su culpa, ni a quién dice sentirse igualmente ofendido por la víctima. Esta aparente obviedad no lo es tanto si atendemos a sus implicaciones clínicas, pues puede perpetuar dinámicas de abuso y opresión que generen mucho sufrimiento. En personas muy religiosas puede darse incluso la situación paradójica de sentir culpa ante una incapacidad para perdonar agravios, tal como pide Dios.

El perdón desde la perspectiva del victimario.

La solicitud de perdón, para ser efectiva, ha de hacerse desde el pesar y reconocimiento del daño causado; admitir el error, sin excusas. El arrepentimiento es una condición necesaria pero no suficiente para que el perdón tenga opción de ser dado. De acuerdo con Castilla del Pino, el arrepentimiento no sólo ha de recaer sobre lo ya-hecho, el daño objetivo, sino sobre la intención que ha guiado la acción, porque solo *confesando* la intención, declarando el error del proyecto, existe la posibilidad de que el daño no vuelva a repetirse. Quién perdona, en vista a restablecer la relación o normalizar la convivencia, se arriesga a que el daño se repita. Esta posibilidad no es un asunto menor en situaciones de abuso o maltrato. Desde esta perspectiva, no perdonar puede ser la mejor alternativa para restañar heridas relacionales. Pretender el perdón del otro, con solo dar muestras de pesar, es intentar saltar sobre la dialéctica de la acción, una huida hacia el solipsismo subjetivista. En efecto, los efectos de la acción están ya en los otros y, por tanto, simplemente con el pesar no basta, si de inmediato no se acompaña de acciones reparadoras.

¿Es suficiente el arrepentimiento para el perdón? La respuesta depende de la concepción de la culpa en que nos situemos. Si en el objetivismo moral el arrepentimiento no es necesario (Valcárcel, 2010), y en la concepción religiosa es necesario y casi suficiente, en la concepción jurídica casi no es necesario y nunca suficiente. En el objetivismo moral el perdón es el castigo: no requiere ni del arrepentimiento del ofensor ni del perdón de la víctima. En efecto, en la concepción arcaica no *se perdona* una injusticia, *se veng*a. Perdonar a los que fueron injustos sería, a los ojos de los antiguos, perder la posesión viril de uno mismo, la *belleza* que constituyó el deseo más profundo de la antigüedad (Moeller, 2008). El arrepentimiento no opera para conmutar el daño; sólo el castigo cancela el daño recibido. Al daño ha de seguirle otro daño lo más parecido (Código de Hamurabi) que cancela

el primero. En el norte de Albania, la familia de un hombre asesinado tiene el derecho a vengar su honor matando a un varón pariente del asesino. Así lo impone el código del Kanun: *La sangre no queda nunca sin vengar* (artículo 128, Kanun de Lek Dukagjini) (*El País* de 21 de octubre 2012). En la concepción religiosa, la *reparación* es primariamente ante Dios, y solo secundariamente ante el sujeto receptor del daño. Pero el arrepentimiento no vale por la expiación, ni siquiera en el contexto cristiano. Basta recordar las muchas tablas conmutativas que sirvieron a las peregrinaciones, las indulgencias e incluso a los cálculos pormenorizados de purgatorio, que tuvieron un gran papel en la economía moral religiosa (Valcárcel, 2010). En este sentido, la confesión no basta para la absolución de los pecados. Se precisa de la penitencia (castigo simbólico) para que la confesión tenga efecto. Dicha penitencia ha de ser proporcional al pecado y a la persona del pecador (Loredo, 2005; Loredo y Blanco, 2011). Para Castilla del Pino (1991), la penitencia prolongada, característica de los santos, no buscaría tanto el perdón, que ya se le da dado (porque Dios perdona todo), sino, la purificación, dejar-de-ser-el-que-fue-según-hizo. El fraude, sin embargo, de este intento es evidente; uno pretende lavar su culpa sin reparar los efectos de la acción en el otro. Esta medida, de la penitencia prolongada, supone además un cuestionamiento a la infinita misericordia de Dios, pues el mayor agravio que puede hacerse a la bondad de Dios, es no tener confianza en obtener el perdón de sus faltas. Igualmente, las personas que se autocastigan, para así expiar su culpa, cometerían el mismo fraude, pues aspiran a que se les perdone, con sólo mostrar cuanto sufren, pero no están dispuestos a hacer ni lo mínimo para reparar el daño. Se aspira a la expiación a través del sufrimiento. Ahora bien, ¿cómo se hace uno perdonar? El perdón no se pide directamente, ni indirectamente mostrando dramáticamente el pesar; uno ha de reconocer el daño causado, admitir el error y reparar el daño. El arrepentimiento se declara públicamente ante la persona receptora del daño, pero también ante otras personas próximas a la víctima. Sólo de esta manera se daría señal de la *autenticidad* del pesar y de la posibilidad de que el hecho no vuelva a repetirse. Además, la petición directa de perdón por parte del victimario puede tener efectos contraproducentes para la víctima, pues supone reabrir una herida que puede estar cerrando y, colocar a la víctima en la difícil situación de ser incapaz de dar el perdón que se le pide. En la concepción jurídica de la culpa, a diferencia de la concepción religiosa, lo que se juzga son los post-efectos de la acción. Las intenciones se consideran sólo si existe daño objetivo. Sin daño, las intenciones no se juzgan. Así y todo, el juez tiene la potestad de tomar en consideración los elementos motivacionales si considera éstos probados (aunque las intenciones no se prueban, se presumen). Estas consideraciones quedan recogidas en la calificación de un daño como *involuntario* o *alevoso*. En la concepción religiosa del pecado, es la intención la que determina el carácter culpable de la acción: es culpable aquel que de forma intencionada y de mala fe realiza la acción indebida, aunque las consecuencias no sean gravosas. Mientras en la concepción religiosa el manejo de la culpa estriba en el arrepentimiento y el acto de contrición,

en la concepción jurídica, la culpa se confronta con el castigo. En la práctica psicoterapéutica será necesario explorar cómo la persona conceptualiza el daño y su relación con la intencionalidad que cree percibir en sí respecto de aquello que ha sido dañado para planificar la intervención terapéutica. Desde una perspectiva terapéutica, nosotros proponemos la reparación, basada en la responsabilidad, como procedimiento relacional para manejar la culpa sin caer en el abismo de un sufrimiento psicológico (moral) inoperante.

¿Cuándo perdonar? ¿Para qué sirve perdonar? El procedimiento del perdón tiene sentido cuando uno aspira a restablecer la relación con la persona ofendida, pero también cuando uno necesita reconciliarse consigo mismo. En realidad, sólo a través de lo que uno hace con el otro consigue hacerse también para sí mismo. En ocasiones el perdón concedido hace que el ofensor se sienta incluso más culpable porque le enfrenta al abismo que lo separa de la persona ofendida y a su propia indignidad (Torralba, 2010). Esta culpa puede resultar tan intolerable que se convierta en antesala de conductas autodestructivas.

¿Quién pide perdón? Y, ¿quién perdona? Quién ha de pedir perdón es el agente del daño. No se puede pedir perdón en nombre de otro (como hace Ulises en la *Iliada*, que pide perdón a Aquiles en nombre de Agamenón). Aquí no valen intermediarios. Y quién perdona no es otro que quién sufrió la ofensa; el mismo que antes nos hacía culpable. Nadie puede decir “te perdono lo que le hiciste a aquél”, ni “te perdono por aquél”. Pero solo puede perdonar quién está en condiciones de vengarse, de castigar, de ahí la sentencia de Jankélevitch: “No se puede perdonar lo que no se puede castigar” (Valcárcel, 2010).

Referencias bibliográficas.

- Aramayo, R.R. (2001). *Immanuel Kant*. Madrid: EDAF.
- Arendt, H. (2011). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- Bentall, R. P. (2011). *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
- Bleichmar, E.D. (1999). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Bruckner, P. (2005). *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama.
- 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. (2010). *Introducción a la psiquiatría I. Obras Completas VI*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba.
- Colina, F. (2013). *Sobre la locura*. Valladolid: Cuatro.
- De la Mata Ruiz, I. (2009). Modelos de tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes y sus limitaciones. En A. Retolaza (Coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación* (pp. 253-277). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Delumeau, J. (1992). *La confesión y el perdón*. Madrid: Alianza.
- Dostoievski, F.M. (2011). *Crimen y castigo*. Barcelona: DeBolsillo.
- Dostoyevski, F.M. (1983). *Noches blancas. El diario de Raskólnikov*. Madrid: Espasa-Calpe.
- 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.
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Gaup, R. (1998). *El caso Wagner*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Gómez, C. y Muguerra, J. (EDS.) (2007). *La aventura de la moralidad*. Madrid: Alianza.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Grinberg, L. (1983). *Culpa y depresión*. Madrid: Alianza.
- Guzmán, M. (2010). El perdón en relaciones cercanas: conceptualización desde una perspectiva psicológica e implicaciones para la práctica clínica. *Psykhe*, 19 (1), 19-30.
- Hayes, S.C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jaspers, K. (2011). *El problema de la culpa*. Barcelona: Paidós.
- Kretschmer, E. (2000). *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Tricastela.
- López, E. y Costa, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34 (3), 169-181.
- Loredo, J.C. (2005). La confesión en la prehistoria de la psicología. *Anuario de Psicología*, 36 (1), 99-116.
- Loredo, J.C. y Blanco, F. (2011). La práctica de la confesión y su génesis como tecnología psicológica. *Estudios de Psicología*, 32 (1), 85-101.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Paidós.
- Madanes, C., Keim, J.P. Y Smelser, D. (1997). *Violencia masculina*. Barcelona: Granica.
- Moeller, C. (2008). *Sabiduría griega y paradoja cristiana*. Madrid: Encuentro.
- 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.
- Nardone, G. Y Salvini, A. (2006). *El diálogo estratégico*. Barcelona: RBA integral.
- Nietzsche, F. (1988). *La genealogía de la moral*. Madrid: Alianza.
- Ochoa de Alda, I. (2000). Cómo abordar los efectos que produce el incesto en las familias y en las víctimas. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 43, 7-17.
- Pérez-Sales, P. (ED.) (2006). *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Prieto-Ursúa, M., Carrasco, M.J., Cagigal, V., Gismero, E., Martínez, M.P. y Muñoz, I. (2012). El perdón como Herramienta Clínica en Terapia Individual y de Pareja. *Clínica Contemporánea*, 3 (2), 121-134.
- Rodríguez, F. (2011). Ética y culpabilidad, 2. Ensayo que analiza el fenómeno de la culpa y su impacto en la ética. *El Catoblepas*, 109, En <http://www.nodulo.org/ec/2011/n109p.07.htm>.
- Rodríguez, J. (2008). La confesión auricular. Origen y desarrollo histórico. *Gazeta de Antropología*; N° 24/1, Artículo 11. Grupo de investigación Antropología y Filosofía (SEJ-126). Universidad de Granada. En <http://hdl.handle.net/10481/7067>
- Sartre, J-P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Edhasa.
- Shakespeare, W. (2011). *Macbeth*. Barcelona: Austral.
- Sinclair, C. y Martínez, J. (2006). Culpa o responsabilidad: terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. *Psykhe*, 15 (2), 25-35.
- Spinoza, B. (2009). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Madrid: Trotta.
- Todorov, T. (2009). *La memoria, ¿un remedio contra el mal?* Barcelona: Arcadia.
- Torralla, F. (2010). *El perdón*. Lleida: Milenio.
- Valcárcel, A. (2010). *La memoria y el perdón*. Barcelona: Herder.
- Vaneigem, R. (2012). *Ni perdón ni tación*. Buenos Aires: La Marca.
- Venganza de sangre. *El País*, 21 de octubre de 2012.
- Villagrán, J.M. (2011). Culpa y psicopatología. *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 12, 4-16.
- Wittgenstein, L. (2012). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Alianza.

MINDFULNESS Y REGULACIÓN EMOCIONAL: UN ESTUDIO PILOTO

EMOTION REGULATION AND MINDFULNESS: A PILOT STUDIO

Alicia Felipe Mateo¹, Tatiana Rovira Faixa² y Andrés Martín-Asuero³

¹Hospital Parc Taulí de Sabadell, Barcelona

²Universidad Autónoma de Barcelona

³Instituto esMindfulness, Barcelona

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Felipe Mateo, A., Rovira Faixa, T., & Martín-Asuero, A. (2014). Mindfulness y regulación emocional: Un estudio piloto. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 123-132.

Resumen

Este estudio cuasi-experimental explora los efectos del programa Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) en la regulación emocional (escala DERS) en población no clínica. La muestra está formada por un grupo MBSR (n=33 adultos; 66.7% mujeres, Edad=42.7 SD=8.9) y un grupo control (n= 14 adultos; 64.3% mujeres, Edad= 38.8 SD=9.3). El grupo que ha recibido MBSR, presenta una mejora significativa en el índice de regulación emocional (p=0,03), específicamente a partir de una reducción en el descontrol emocional (p= 0,047) e interferencia cotidiana (p=0,02), comparado con el grupo control. En conclusión, la práctica de mindfulness puede ayudar a la persona a regular sus emociones de una manera más adaptativa, por lo que constituye una herramienta muy útil para la promoción del bienestar psicológico y prevención de aparición de trastornos psicológicos asociados al estrés.

Palabras clave: Conciencia plena, regulación emocional, MBSR, población no-clínica, descontrol emocional, interferencia cotidiana.

Abstract

This quasi-experimental study examines the effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) on emotional regulation (DERS) in a non-clinical population. The sample consists of a MBSR group (n = 33 adults, 66.7% women, Mage = 42.7 SD=8.9) and a matched control group (n = 14 adults, 64.3% women, Mage = 38.8 SD=9.3). The MBSR group obtain a significant improvement in the index of emotional regulation (p=0,03), specifically a decrease in emotional dyscontrol (p= 0,047) and life interference (p=0,02), compared with the control group. In conclusion, the mindfulness practice can help a person regulate their emotions in a more adaptative way, so it is an useful tool for the promotion of psychological wellness and the prevention of psychological disorders associated with stress.

Keywords: Mindfulness, emotion regulation, MBSR, non-clinical population, emotional dyscontrol, life interference.



El concepto de *Mindfulness*, ha sido definido como “prestar atención de manera particular: conscientemente, al momento presente y sin juicios” (Kabat-Zinn, 1994, p. 4). A partir de éste se han ido desarrollando diferentes programas estandarizados de aplicación del Mindfulness, como es el *Programa de Reducción del Estrés basado en la Conciencia Plena* (a partir de ahora MBSR¹). MBSR se ha mostrado clínicamente eficaz en el tratamiento de gran variedad de problemas de salud, como la ansiedad y estrés, la depresión, dolor crónico, fibromialgia, abuso de sustancias, etc (ver Miró et al., 2011; Kabat-Zinn et al, 1992). No obstante, existe una evidencia más limitada sobre los posibles beneficios que produce en población no clínica (ver Chiesa y Serretti, 2009). Estudios con grupo control aleatorizados realizados en poblaciones no clínicas, muestran mejorías en distintas respuestas psicológicas como malestar psicológico, ansiedad, depresión, preocupación y estrés (Jain et al., 2007; Nyklicek y Kuijpers, 2008; Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

En los últimos 10 años el objetivo de las investigaciones sobre MBSR va más allá de evaluar su eficacia. Las nuevas hipótesis se preguntan acerca de los mecanismos que expliquen sus efectos positivos sobre el bienestar psicológico (Carmody, Baer, Lyckins y Olendzki, 2009; Dobkin, 2008; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006). Investigaciones realizadas con técnicas de neuroimagen cerebral (EEG y MRI, principalmente) sostienen que la práctica de *mindfulness* a largo plazo, promueve una regulación emocional más flexible al producir cambios en las áreas cerebrales de la corteza prefrontal, la cual reduce la activación automática de la amígdala (ver Chiesa, Brambilla y Serretti, 2010; Davidson et al., 2003; Lutz et al., 2013,). Los nuevos hallazgos apuntan que el mindfulness parece modificar las regiones cerebrales implicadas en la toma de conciencia de los estados afectivos así como en la regulación de las respuestas emocionales (Hölzel et al., 2013). Hölzel et al (2011) obtiene que la práctica de MBSR está asociada a cambios en la concentración de sustancia gris en áreas del cerebro implicadas en el aprendizaje, memoria y regulación emocional, entre otros.

La regulación emocional comprende aquellos “procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson, 1994, p. 27-28). Además de modular el tiempo que tardamos en recuperar nuestro estado de ánimo previo, parecen estar muy relacionados con la aparición y el mantenimiento de múltiples problemas de salud física y psicológica. Múltiples estudios han demostrado una asociación entre los procesos de regulación emocional adaptativos y el bienestar emocional, psíquico y físico del individuo (ver Chambers, Gullone y Allen, 2009; Hervás y Vazquez, 2006; Jimenez, Niles y Park, 2010; Linehan 1993;).

Al mismo tiempo, se ha postulado que la relación positiva entre la práctica de mindfulness o conciencia plena y el bienestar psicológico podría deberse a su influencia sobre la regulación emocional (Kumar, Feldman y Hayes, 2008; Martín-Asuero y García, 2010). Estudios previos han hallado que existen fuertes correla-

ciones entre diversos aspectos relacionados con la regulación emocional y la práctica de mindfulness (Carmody et al., 2009; Delgado, et al., 2010; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007; Kumar et al., 2008; Vujanovic, Bonn-Miller, Bernstein, McKee y Zvolensky, 2010).

Sin embargo, debido a la falta de consenso respecto a la conceptualización de la regulación emocional, existen pocos estudios que hayan utilizado un instrumento multidimensional que mida la complejidad del constructo. Encontramos diferentes escalas que miden los complejos procesos de regulación emocional, como el TMMS (Trait Meta-Mood Scale; Salovey Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) o el NMR (Negative Mood Regulation, Catanzaro y Mearns, 1990). Sin embargo, ninguna escala explica de manera integral el proceso regulador de la práctica de mindfulness (Gratz y Roemer, 2004; Vujanovic et al, 2010).

En 2004, Gratz y Roemer proponen un nuevo instrumento validado (DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale) que “permite medir diferentes aspectos de la regulación desadaptativa, aspectos considerados clínicamente relevantes y al mismo tiempo, abarcan las dificultades emocionales y déficits más importantes que pueden presentarse en el transcurso del procesamiento emocional”.

Mindfulness enseña a los participantes una actitud de aceptación de las experiencias, que va más allá de su valencia o grado de deseabilidad. Aprenden una nueva forma de relacionarse con sus experiencias internas o “decentering”, enfocando la atención a la experiencia inmediata, sin evitarla, sobreimplicarse o reevaluar la situación (ver Chambers et al., 2009 para una revisión). Las investigaciones afirman que se produce una mayor aceptación y claridad emocional (Desrosiers, Vine, Klemanski y Nolen-Hoeksema, 2013; Linehan, 1993; Vujanovic et al., 2010), disminuye el nivel de reactividad emocional y se reduce el impacto y el tiempo necesario para recuperarse de los eventos emocionales negativos (Kumar et al., 2008; Vujanovic et al., 2010). En su estudio con población no clínica, Vujanovic et al.(2010) obtiene que la capacidad para prestar atención al momento presente tiene una influencia menor en la disregulación emocional (DERS) en comparación con la habilidad para aceptar las experiencias emocionales tal y como surgen, la cual constituiría una estrategia de mayor relevancia en el proceso de regulación emocional. Por consiguiente, la presente investigación se propone como objetivo principal explorar los efectos del programa MBSR sobre las distintas dimensiones de la regulación emocional en una población no clínica. Predecimos que el programa MBSR supondrá una mejora en las dificultades de regulación emocional y sus dimensiones principales, confusión emocional, rechazo emocional, descontrol emocional e interferencia cotidiana.

Método

Participantes

Treinta y tres participantes incluidos en un programa MBSR y catorce controles, emparejados por género, edad y nivel educativo, participaron en este estudio. El grupo MBSR tenía una media de edad de 42.5 (SD=8.7), 68.6% eran mujeres. En el grupo control, la media de edad 39.4 (SD=11.1), 64.3% eran mujeres. En general, el nivel de estudios fue alto (estudios universitarios y doctorado). En el grupo control todos tenían nivel alto y en el grupo intervención sólo un 6% tenía nivel bajo (estudios secundarios y formación profesional).

Los criterios de exclusión fueron estar bajo tratamiento psiquiátrico, no obstante, se incluyeron a todos los participantes al no existir ninguno que cumpliera este criterio.

Por otro lado, en el caso concreto del grupo control, se excluyó a aquellas personas que practicaban meditación o yoga con una frecuencia diaria. Los motivos que alegaron los participantes para inscribirse al programa MBSR fueron principalmente estrés, enfermedades crónicas y psicosomáticas, necesidad de crecimiento personal, interés profesional, en ocasiones, coincidiendo varias razones en la misma persona.

Instrumentos

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz y Roemer, 2004). Adaptación al castellano de Hervás y Jódar (2008). Se prescindió de la subescala de desatención emocional por lo que no se incluye en el cálculo del índice total DERS. Pensamos que ítems como “presto atención a cómo me siento” y “estoy atento a mis sentimientos” no discriminan entre la atención reflexiva, orientada a solucionar el problema y la rumiativa, más desadaptativa (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006). Además, otros autores añaden que esta atención será más o menos adaptativa dependiendo de la capacidad regulatoria del individuo (Lischetzke y Eid, 2003).

La escala DERS evalúa diferentes aspectos de la disregulación emocional a partir de 24 ítems con escala Likert de 5 puntos 1=“casi nunca” a 5=“casi siempre”). Puntuaciones más altas en el DERS indican mayor dificultad en regulación emocional (disregulación emocional). Reúne unas propiedades psicométricas adecuadas: DERS y subescalas presentan una buena consistencia interna (Cronbach's $\alpha = .73-.93$) y adecuada fiabilidad test-retest en intervalo de seis meses ($p = .74$, $p < .001$). Consta de cuatro subescalas: (a) Confusión emocional: dificultades en la toma de conciencia y comprensión de las emociones, (b) Rechazo emocional: dificultades en la aceptación de las emociones, (c) Descontrol emocional: dificultad para controlar los impulsos y regular el comportamiento ante emociones negativas y (d) Interferencia cotidiana: dificultad para usar de manera flexible las estrategias emocionales más apropiadas ante las demandas.

Procedimiento

Los participantes del grupo intervención se interesaron por el curso MBSR de 8 semanas a partir de charlas informativas, internet, prensa y por referencias de otras personas.

Durante la sesión informativa se les invitó a participar de manera voluntaria en la investigación. En el caso del grupo control, los individuos fueron contactados por dos vías: email y personalmente. El grupo control no recibió ninguna intervención. Para la captación del grupo control, se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico conocida como bola de nieve. A los primeros contactados, se les administraron las medidas pre-test, se les explicó el método de bola de nieve y se les pidió su colaboración para identificar a un nuevo participante con las mismas características sociodemográficas (edad +/- 3 años, mismo sexo y nivel de estudios). Posteriormente, a los nuevos participantes designados, se les informaba acerca del estudio y si aceptaban participar, nuevamente se les proponía la búsqueda de otro participante.

El estudio se desarrolló a lo largo de dos convocatorias distintas consecutivas del curso, en un centro privado de Barcelona; ambas impartidas por el mismo instructor, certificado en MBSR por el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Los participantes pagaban el coste íntegro del curso.

Los cuestionarios DERS se administraron al inicio (pre-test) y tras 8 semanas (post-test) en cada uno de los dos grupos intervención y control. Los participantes MBSR habían de pagar para poder inscribirse al curso. Al comienzo de la primera sesión, rellenaron el Consentimiento Informado, el formulario con los datos sociodemográficos (edad, género y nivel de estudios) y clínicos (tratamiento psiquiátrico), así como las motivaciones para realizar el curso. Las mismas medidas a excepción de las motivaciones del curso, fueron completadas por el grupo control, vía email o presencialmente.

Intervención

La intervención MBSR, descrita por Kabat-Zinn, enfatiza la conciencia plena en las actividades cotidianas, practicándola mediante diferentes técnicas mente-cuerpo (exploración corporal, respiración, hatha yoga y meditación sentada). Los participantes tienen que practicar en casa; se recomienda 45 minutos diarios. Para ello se aporta material didáctico (libro y CD's) como apoyo a la práctica individual. Las sesiones son semanales, 2 horas y media cada una durante 8 semanas, además de un día intensivo de 8 horas entre la 6ª y 7ª sesión (descrita por Kabat-Zinn, 2003, Martín-Asuero y García, 2007).

Resultados

Dentro del grupo MBSR, cuatro personas no rellenaron los cuestionarios post-test. Tres de estos, no asistieron a la última sesión, por lo que se enviaron por email sin obtener respuesta. Respecto al otro participante, se desconoce el motivo

por el cual no completó la evaluación final. No se encontraron diferencias entre los participantes perdidos y los que completaron las medidas en ninguna de las variables sociodemográficas: edad ($t(44)=-1.28, p=ns$), género ($\div 2(1)=1.29, p=ns$) y nivel de estudios ($\div 2(1)=.27, p=ns$). Se comprobó también que no había diferencias significativas en las puntuaciones basales de disregulación emocional ($z = 0,22, p=ns$).

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

En la Tabla 1 se muestran los descriptivos sociodemográficos y puntuaciones iniciales en grupo MBSR y control. La muestra final está formada por 47 sujetos. No hubo diferencias significativas entre el grupo intervención y control respecto a edad ($z = -1.33, p = ns$), género ($\div 2(1)=.25, p=ns$) y nivel educativo ($\div 2(1)=1.01, p=ns$) y nivel educativo ($\div 2(1)=.27, p=ns$). El 83% asistieron de 8 a 9 sesiones. En cuanto a las puntuaciones en la línea basal no se observaron diferencias intergrupales en regulación emocional ($z=-1,71, p=ns$)

TABLA 1. Estadísticos descriptivos de grupo MBSR y control.

	MBSR(n=33)		Control(n=14)	
	Media (SD)	N(%)	Media (SD)	N (%)
Género				
Femenino		22(66.7)		9(64.3)
Masculino		11(33.3)		5(35.7)
Edad	42.8(8.5)		38,8(9.3)	
Nivel educativo ^a				
Alto		27(81.8)		14(100)
Bajo		2(6.1)		0(.)

^aAlto (Diplomatura/licenciatura/doctorado); Bajo (Secundaria/Formación profesional)

Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del grupo control y experimental al final de la intervención para la variable regulación emocional y subescalas, se empleó el estadístico de contraste no paramétrico *U* de Man-Whitney para muestras independientes, ya que los datos no se ajustaban a la distribución normal de probabilidades. La Disregulación emocional ($z = -2.2, p=.029$) y las subescalas de Descontrol emocional ($z = -2,0 ; p=.047$) e Interferencia cotidiana ($z = -2.3, p=.02$) disminuyeron significativamente tras la intervención, comparado con el grupo control. El resto de subescalas del DERS no mostraron cambios significativos entre grupos (Tabla 2).

Con el objetivo de poder valorar la magnitud del cambio ocurrido en la diferencia de ambos grupos tras la intervención, se empleó la *d* de Cohen (1988). Valores superiores a 1.5 indican cambios muy importantes, entre 1.5 y 1 importantes, y entre 1 y 0.5 medios. En la Tabla 2 se observa cómo las puntuaciones de la *d* de Cohen entre las medidas pretest-postest entre ambos grupos presentan cambios

de nivel medio en las dimensiones de Disregulación emocional ($d=0,76$), Descontrol emocional ($d=0,68$) e Interferencia cotidiana ($d=0,81$).

TABLA 2. Medias (y desviación estándar) pre-post, *d*-Cohen y prueba U de Man-Whitney (muestras independientes) aplicada a las diferencias pretest y posttest entre grupo control y experimental para la variable Regulación Emocional y subescalas.

Variable	Grupo MBSR		Grupo control		Z	d-Cohen
	Pre	Post	Pre	Post		
	M (SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)		
DERs	1.8(.62)	1.54(.48)	1.45(.30)	1.54(.34)	-2,19*	0,76
Confusión emocional	1.64(.51)	1.50 (.48)	1.6(.46)	1.54(.50)	-0,02	0,15
Rechazo emocional	1.71(.81)	1.52(.62)	1.47(.91)	1.64(.73)	-1,25	0,56
Interferencia emocional	2.36(.95)	2.07(.83)	1.75(.55)	1.98(.55)	-2,29*	0,81
Descontrol emocional	1.64(.46)	1.51(.48)	1.4(.25)	1.43(.40)	-1,98*	0,68

Nota. MBSR=Mindfulness-based Stress Reduction; ns= no significativo;

DERs= Dificultades en la regulación emocional

- $<P=0,05$

Discusión

En primer lugar, tal y como habíamos hipotetizado la capacidad de regulación emocional de los participantes aumenta significativamente en el grupo MBSR respecto al grupo control. Por otro lado, se confirman parcialmente los cambios esperados, al obtenerse mejoras significativas en las subescalas de Descontrol emocional e Interferencia emocional. Los dos principios básicos de mindfulness son: “prestar atención al momento presente” y “aceptar evitando juzgar”. Tras el entrenamiento de 8 semanas, MBSR mejora la regulación emocional de los participantes, los cuales afirman experimentar menor sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional así como una menor persistencia de los estados emocionales negativos, siendo más capaces de orientar su comportamiento hacia el fin deseado (Carmody et al., 2009; Jimenez et al., 2010 ;Vujanovic et al., 2010)

Por otro lado, aunque en el grupo MBSR se observa una tendencia a un cambio positivo en las subescalas de Rechazo emocional y Confusión emocional en comparación con el grupo control, no llegan a obtenerse diferencias significativas intergrupales. Nuestros resultados son inconsistentes con los que publican otros autores (Delgado et al., 2010; Feldman et al., 2007; Vujanovic et al., 2010). Vujanovic et al. (2010), en su estudio descriptivo transversal, sostiene que a mayores puntuaciones en la escala *Aceptar sin juzgar* del KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills), menores son las puntuaciones en Rechazo y Confusión emocional del DERS. Debido al número limitado de estudios comparables con los que contrastar nuestros resultados, planteamos varias explicaciones posibles. En primer lugar, existen diferencias conceptuales y psicométricas nota-

bles de nuestro estudio con respecto a aquellos. Por ejemplo, el estudio de Feldman et al. (2007) que utiliza el *Acceptance and Action Questionnaire-II* o AAQ-II (Hayes, 2004), “concibe la aceptación como una disposición para experimentar malestar, mientras que el DERS, la considera desde un punto de vista más cognitivo, como la ausencia de metacogniciones en respuesta a las emociones negativas propias” (Desrosiers et al., 2013). Aparte, otros autores como Delgado et al. (2010), se sirven del Trait Meta-Mood Scale, instrumento ampliamente utilizado en la literatura para la evaluación de la regulación emocional que incluye la evitación emocional como una estrategia reguladora (“Intento tener pensamientos positivos aunque me esté sintiendo mal”) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). En segundo lugar, los participantes puede que perciban con mayor facilidad los cambios en regulación emocional a nivel conductual (descontrol e interferencia emocional), ya que las dimensiones de rechazo y confusión emocional podrían requerir de una mayor capacidad de *insight* en la persona. Por último, es posible que aspectos de la regulación emocional como la aceptación y claridad emocional, sean más resistentes al cambio a corto plazo, requiriendo por ejemplo, de una mayor experiencia y práctica en mindfulness. Además, es posible que la capacidad de regulación emocional mejore progresivamente con la práctica, comenzando con modificaciones a nivel externo (relacionadas con la conducta) para más adelante, producir cambios más tangibles a nivel interno que faciliten la aceptación de la emoción tal y como es. Por tanto, y de cara al futuro, serían necesarios más estudios longitudinales, así como metodologías de tipo cualitativo que nos ayuden a desgranar los ritmos de estos procesos de cambio subjetivos en la manera de sentir.

El hecho de que el MBSR mejore la capacidad de regulación emocional en población no clínica, lo convierte en una herramienta útil para la promoción del bienestar psicológico y prevención de aparición de trastornos psicológicos asociados al estrés. No obstante, somos conscientes de las limitaciones de este estudio. Primero, los participantes no fueron asignados aleatoriamente a los grupos. Segundo, el número de sujetos del grupo experimental es mayor que el del grupo control. Aunque ambos grupos resultan comparables estadísticamente en las medidas basales y variables sociodemográficas, consideramos que en futuras investigaciones sería importante ampliar el grupo control de cara a terminar de comprobar los resultados. Tercero, el reducido tamaño muestral podría disminuir la potencia estadística de los resultados expuestos. Cuarto, los resultados obtenidos no se pueden comparar al haber prescindido de la subescala de Desatención del DERS. Entendemos que en un futuro son susceptibles de discusión desde el punto de vista conceptual aunque no en cuanto a comparación de datos. Por último, teniendo en cuenta que las estrategias de regulación emocional pueden ser más o menos adaptativas según el contexto específico en el que se desarrollan, futuras investigaciones deberían plantearse la necesidad de incluir instrumentos para una medida más precisa de la estrategia en relación con el mindfulness (p.e, considerando las demandas de la situación y las metas personales).

Referencias bibliográficas

- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., y Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology, 65*(6), 613-626.
- Chambers, R., Gullone, E. y Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 29*, 560-572.
- Chiesa, A., Brambilla, P., y Serretti, A. (2010). Functional neural correlates of mindfulness meditations in comparison with psychotherapy, pharmacotherapy and placebo effect. is there a link? *Acta Neuropsychiatrica, 22*(3), 104-117.
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*(5), 593-600.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F. et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-570.
- Delgado, L.C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M.N., Reyes del Paso y G., Vila, J. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 873-82.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D., y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and Emotion Regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and Anxiety, 30*, 654-661.
- Dobkin, P. L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: What processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice, 14*(1), 8-16.
- Extremera, N., Fernandez-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D y Cabello, R (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y estrés, 12*(2-3), 191-205.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. y Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The development and initial validation of a Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 177-190.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Hervas, G. y Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clinica y Salud, 19*(2), 139-156.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*, 553-578.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increase in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research, 191*(1), 36-43.
- Holzel, B.K., Hoge, E.A., Greve, D.N., Gard, T., Creswell, J.D., Brown, K.W., Barrett, L.F., Vaitl, D., y Lazar, S. (2013). Neural mechanisms of symptom improvement in generalized anxiety disorder following mindfulness meditation training. *Neuroimage: Clinical, 2*, 448-458.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., et al. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(1), 11-21.
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., y Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences, 49*(6), 645-650.
- Kabat-zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion.
- Kabat-zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156.
- Kabat-zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 149*, 936-943.
- Kumar, S., Feldman, G., y Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 32*(6), 734-744.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Lischetzke, T., y Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? mood regulation as a moderator variable. *Emotion*, 3(4), 361-377.
- Lutz, J., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jancke, L., Rufer, M., Grosse, H., et al. (2013). Mindfulness and emotion regulation, an fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*.
- Martin-Asuero, A., y García, G. (2007). Las ventajas de estar presente: Desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 369-384.
- Martin-Asuero, A., y García, G. (2010). The Mindfulness-Based Stress Reduction Program(MBSR) Reduces Stress-Related Psychological Distress in Healthcare Professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 895-903.
- Miró, M.T., Perestello L, Perez, J., Rivero, A., Gonzalez, M., De la Fuente, J., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14.
- Nyklícek, I., y Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M., Bernstein, A., McKee, L. G., y Zvolensky, M. J. (2010). Incremental validity of mindfulness skills in relation to emotional dysregulation among a young adult community sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 203-213.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 25, Number 98, July, 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