REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

107

# Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 28, Número 107, Julio, 2017 – 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),
Lluis 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*

**Lluis 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*

**Lluis 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 Anchía**, 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 Ángeles 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 Muñiz 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 Infància 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 Menphis, 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
**Mª Ángeles Ruíz 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, EBSCO
De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich´s.
Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
Repositorios: Recolecta.



© Edita:
Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.



Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos
Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona,Tlf: 93 337 1584
Depósito Legal: B. 26.892/1981

## NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

### NOTACIÓN NUMÉRICA

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

**Proceso de evaluación y selección de originales:**

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

**Copyright:**

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

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

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Dirección y Redacción:**
**Director:**
director@revistadepsicoterapia.com
**Editor:**
editor@revistadepsicoterapia.com

**Administración:**
GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
C/ Hurtado, 29
08022 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

Suscripciones en http://revistadepsicoterapia.com o bien rellenado el siguiente **BOLETIN DE SUSCRIPCION** y enviándolo a la dirección de la Administración.

Fecha: .....

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

Apellidos: .....

Nombre: .....

Teléfono: ..... Profesión: .....

Dirección: .....

Ciudad: ..... D.P. .....

Pais: .....

Forma de pago:

- ☐ Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
- ☐ Adjunto cheque bancario núm.:
- ☐ Contrareembolso
- ☐ VISA
- ☐ MasterCard

Tarjeta Nº:

Fecha caducidad: _____ / ____ / _____

Precio de la suscripciónanual:
Paises comunitarios ..... 55 EUR
Paises extracomunitarios .. 70 EUR

**Firma:**

---

## BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

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

Nombre y apellidos: .....

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: | | | | Oficina: | | | | DC: | | Cuenta: | | | | | | | | | |

Banco/Caja ..... Agencia nº: .....

Dirección .....

Ciudad ..... D.P. .....

Pais: .....

Fecha y Firma:

# CONTENIDO

**Monográfico: Psicoterapias Humanistas**
Ana Gimeno-Bayón

**Editorial:** ..... **VII**

**Perfil Psicopatológico de pacientes con Depresión en la Salud Mental Pública** ..... **1**
Alba Calzada Espanyol, Núria Farriols Hernando, Olga Bruna Rabassa, Carol Palma Sevillano, Alvaro Frías Ibañez y Ferran Aliaga Gómez

**El sentido de la vida. Un ejemplo de intervención** ..... **13**
Ana Padilla Mosteirín

**Construyendo en Relación un Antídoto para la Vergüenza** ..... **23**
Mar Gómez Masana y Bibiana Martín Corcuera

**Filosofía del Cuerpo, Fenomenología, Dolor y *Focusing*** ..... **37**
Iván Ortega Rodríguez

**Las Terapias de Reunificación Familiar: Un Enfoque Narrativo** ..... **51**
Ricardo Ramos Gutiérrez

**Análisis Transaccional y Postmodernidad** ..... **65**
Lluís Casado Esquius

**De la necesidad al deseo. La psicoterapia humanista: "laboratorio", y experiencia de humanidad** ..... **75**
José Antonio García-Monge

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

**Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la Psicología Humanista** ..... **85**
Ramón Rosal Cortés

**Aportaciones de las neurociencias a la comprensión de la experiencia psicoterapéutica humanista** ..... **127**
Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols y Jordi Segura

**Cómo Cultivar Valores Éticos a través de la Práctica del Yoga** ..... **143**
Christine C. Boucard

**El trabajo con la Actitud Esperanzada, como Actitud Ética, desde la Psicoterapia Integradora Humanista ..... 155**
Miquel Francesc Oriol Guerrero

**Terapia basada en Inteligencia Emocional: Un trabajo sistemático con emociones en psicoterapia ..... 175**
Nathalie P. Lizeretti

**La técnica del rosal como diagnóstico emocional en poblaciones específicas ..... 191**
Núria Garcia y Nathalie P. Lizeretti

**Experiencia y existencia en las Psicoterapias Humanistas ..... 207**
Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Análisis Transaccional de la Obsesión: Integrando Diversos Conceptos y Métodos ..... 231**
Richard G. Erskine

**Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) aplicando Mindfulness para Regular Emociones ..... 259**
Natalia Sylvia Ramos Díaz y
Liliana Jazmín Salcido Cibrián

**La Base y el Origen Socio-cultural de las Psicoterapias Cognitivas ..... 271**
Isabel Caro Gabalda

**Evaluación del cambio del contenido de los constructos personales de una muestra de personas con depresión que ha pasado por un proceso psicoterapéutico ..... 295**
Beatriz González Arranz y Luis Angel Saúl

**Actualización y propuesta de Tratamiento de la Adicción a los Videojuegos en línea: El programa PIPATIC ..... 317**
Alexandra Torres-Rodríguez y Xavier Carbonell

# CONTENTS

**Monographic: Humanistic Psychotherapies**
Ana Gimeno-Bayón

**From the editor: ..... VII**

**Psychopathological profile of patients with Depression within the Public Mental Health scope ..... 1**
Alba Calzada Espanyol, Núria Farriols Hernando, Olga Bruna Rabassa, Carol Palma Sevillano, Alvaro Frías Ibañez & Ferran Aliaga Gómez

**The meaning of live. An intervetion's example ..... 13**
Ana Padilla Mosteirín

**Building in Relationship an Antidote for the Shame ..... 23**
Mar Gómez Masana y Bibiana Martín Corcuera

**Philosophy of Embodiment, Phenomenology, Pain and Focusing ..... 37**
Iván Ortega Rodríguez

**Family Reunification Therapy: A Narrative Approach ..... 51**
Ricardo Ramos Gutiérrez

**Transactional Analysis and Postmodernity ..... 65**
Lluís Casado Esquius

**From need to desire ..... 75**
José Antonio García-Monge

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

**Achievements, mistakes, and responsibilities for the future of Humanistic Psychology ..... 85**
Ramón Rosal Cortés

**Contributions of neurosciences to the understanding of the humanistic psychotherapeutic experience ..... 127**
Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols y Jordi Segura

**Yoga as a Mean to Cultivate Ethical Values ..... 143**
Christine C. Boucard

**Work with Hopeful Attitude from Integrative Humanistic Psychotherapy ..... 155**
Miquel Francesc Oriol Guerrero

**Therapy based on Emotional Intelligence. A systematic work with emotions in Psychotherapy ..... 175**
Nathalie P. Lizeretti

**Rosal technique as an emotional diagnosis in specific populations ..... 191**
Núria Garcia y Nathalie P. Lizeretti

**Experience and Existence in Humanistic Psychotherapies..... 207**
Ana Gimeno-Bayón Cobos

**A Transactional Analysis of Obsession: Integrating Diverse Concepts and Methods ..... 231**
Richard G. Erskine

**Mindful Emotional Intelligence Program on Emotional Regulation (PINEP) ..... 259**
Natalia Sylvia Ramos Díaz y
Liliana Jazmín Salcido Cibrián

**The Foundation and Socio-cultural Origin of Cognitive Psychotherapies ..... 271**
Isabel Caro Gabalda

**The change of Personal constructs in people with depression along the therapeutic process ..... 295**
Beatriz González Arranz y Luis Angel Saúl

**Update and proposal of Treatment for Internet Gaming Disorder: PIPATIC program ..... 317**
Alexandra Torres-Rodríguez y Xavier Carbonell

# EDITORIAL

Este número monográfico está destinado a recoger algunas de las aportaciones que se hicieron en el *I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas*, celebrado en Barcelona los días 19 a 21 de noviembre de 2015. Constituye, pues, un mosaico que, artículo a artículo, va dibujando el perfil conjunto de un movimiento (no una escuela) que aúna distintos modelos con una serie de principios teóricos y metateóricos comunes.

El artículo de Rosal, que corresponde a la ponencia final del congreso, sirve de marco histórico desde el que observar con ojo crítico los avatares que ha seguido desde sus inicios la Psicología Humanista y proponer líneas de actuación para el futuro, si quiere ser coherente con los postulados de los fundadores y las exigencias del momento actual.

Una de las características del presente es el auge de las neurociencias a la hora de dar cumplida y afinada explicación desde la estructura corporal sobre los distintos fenómenos psíquicos. El artículo de Fernández-Puig, Farriols y Segura afronta el tema revelando la parte oculta en los recovecos cerebrales durante el transcurso de una sesión típica de psicoterapia dentro del enfoque humanista, y de los resultados de este enfoque vistos desde el punto de vista de las neurociencias.

La Psicología Humanista se declaró –ya desde sus postulados iniciales formulados en 1964 por Bugental en los *Basic Postulates and Orientation of Humanistic Psychology*– interesada en el mundo de los valores que estimulan y guían al ser humano a la consecución de determinadas metas. Sin embargo, pocas veces se ha mostrado cómo trabajar directamente con ellos dentro del marco de la psicoterapia, quedándose habitualmente los autores en resaltar su importancia y en consideraciones generales. En este sentido, los artículos de Boucard y Oriol son una excepción creativa, pues descienden de las abstracciones y dan una muestra de cómo trabajar sobre los valores éticos de una forma concreta. Así, Boucard muestra un original trabajo corporal desde el yoga, para desarrollar e integrar esos valores. El artículo de Oriol, describiendo el trabajo con uno de esos valores –la actitud esperanzada– en un caso clínico.

Precisamente la actitud esperanzada es una de las variables contempladas en la investigación que refiere el escrito de Calzada, et al. realizan, y que, junto con la baja autoestima, hacen vulnerable a la persona frente al suicidio. En ese artículo se contemplan diferentes variables a tener en cuenta a la hora de su prevención.

El artículo de Padilla toca otro de los temas clásicos de la Psicología Humanista y su contenido existencial: el sentido de la vida. Como en el tema de los valores éticos, aún cuando se ha escrito mucho sobre él, no hay demasiadas propuestas concretas de cómo abordarlo. En este trabajo se relata el transcurso de un taller en el que se ofrece una intervención concreta para tratarlo.

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

El trabajo de Gómez y Martín describe también otro de los talleres que se dieron a lo largo del congreso sobre un tema específico, como la vergüenza, también poco tratado en la práctica, desde el marco de la Psicoterapia Integrativa-Relacional. En él se ofrece una reflexión teórica y también la descripción, como es típico de los talleres, de una modalidad práctica para trabajarlo.

En otro de los modelos integrados dentro del conjunto de las Psicoterapias Humanistas es el del *Focusing* de Gendlin. Una de las afirmaciones acerca del ámbito de aplicación de éste es la de que no es posible trabajar con él en el caso de existir dolor físico. El artículo de Ortega viene a cuestionar esta afirmación, ampliando las posibilidades de utilización terapéutica del mismo.

Desde la Terapia de Reunificación Familiar, Ramos nos ofrece una guía para el tratamiento del proceso de retorno de los menores a la familia tras un período separados de ella, de la que habían sido retirados por maltrato. La mirada se amplía incluyendo, además de la familia, todo el entorno de profesionales que intervienen en el proceso y que tienen un papel tan significativo en el mismo.

La Psicología Humanista nació hace medio siglo, en un contexto distinto del actual, y es obligado preguntarse si hoy siguen siendo válidos y hasta qué punto, los modelos incluidos en ella y los presupuestos que los sustentaban. El artículo de Casado es una reflexión sobre los cambios, retos y exigencias que la postmodernidad plantea a los modelos humanistas, y en concreto desde el Análisis Transaccional.

El énfasis en la relevancia de las emociones en el proceso terapéutico es uno de los rasgos comunes a los diferentes modelos de las psicoterapias humanistas. Por ello, cuando surge el constructo «Inteligencia Emocional» era de esperar el interés por conocerlo y desarrollarlo por parte de los psicólogos encuadrados en alguna de aquellas. El artículo de Lizeretti presenta un modelo, la Terapia basada en la Inteligencia Emocional, en el que consigue articular la teoría con un proceso estructurado y flexible. En su escrito se podrá observar también una de las investigaciones realizadas a partir de este modelo. También desde ese modelo, el artículo de García y Lizeretti da cuenta de las investigaciones realizadas para sistematizar los resultados de una técnica de fantasía guiada como válida para el psicodiagnóstico, a modo de test proyectivo, presentando dos trabajos de investigación empírica realizados para ello.

Un artículo peculiar es el que nos ofrece García-Monge, uno de los pioneros de las psicoterapias humanistas –y más en concreto de la Psicoterapia de la *Gestalt*– en España. Más que un artículo académico al uso, habría que incluirlo entre los escritos de carácter sapiencial: las reflexiones de un psicoterapeuta que ha visto y vivido mucho, y que se convierte en un maestro que destila sabiduría y ofrece la síntesis de lo que aprendió en este recorrido vital y profesional.

Por último, el artículo de Gimeno-Bayón, que constituyó la ponencia inicial del congreso, da cuenta del sentido de dos rasgos básicos de las psicoterapias humanistas, que aúna los diferentes modelos que se integran en ellas: la experiencia y el carácter existencial.

# PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA

## PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH DEPRESSION WITHIN THE PUBLIC MENTAL HEALTH SCOPE

Calzada Espanyol, Alba[1]; Farriols Hernando, Núria[1,2]; Bruna Rabassa, Olga,[1]; Palma Sevillano, Carol[1,2]; Frías Ibañez, Alvaro[1,2]; Aliaga Gómez; Ferran[2]

1: Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

2: Centro de Salud Mental de Adultos, Hospital de Mataró, Consorcio Sanitario del Maresme, Mataró, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Calzada Espanyol, A., Farriols Hernando, N., Bruna Rabassa, O., Palma Sevillano, C., Frías Ibañez, A., Aliaga Gómez, F. (2017). Perfil Psicopatológico de pacientes con Depresión en la Salud Mental Pública. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 1-12.

## Resumen

*Introducción: El suicidio es la segunda causa de muerte no natural a nivel mundial, por lo que es evidente que la prevención, evaluación y su tratamiento son imprescindibles. Objetivo: evaluar el perfil de un grupo de pacientes con depresión atendidos en un servicio de salud mental público en formato grupal. Las variables evaluadas son: la ideación suicida, la desesperanza, el perfil los trastornos de personalidad, los niveles ansiedad, la inteligencia emocional, la autoestima y la calidad de vida subjetiva. Método: esta evaluación forma parte del estudio AFRONTA, para la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental. La muestra estuvo formada por 80 pacientes con el diagnóstico de depresión tratados en el centro de salud mental del Consorci Sanitari del Maresme. Resultados y discusión: Se observan correlaciones significativas de la autoestima con casi la totalidad de las variables evaluadas, por lo que se muestra como un constructo crucial a evaluar en la población estudiada. Asimismo, la variable desesperanza se muestra más relacionada con otras variables clínicas que la de la depresión medida con el BDI. La reparación de las emociones (según el TMMS-24) correlaciona con ambas variables citadas, demostrándose como una variable básica a tener en cuenta tanto en la evaluación como en el tratamiento. No existen diferencias en las variables evaluadas entre los sujetos que presentan un trastorno de personalidad y los que no la presentan, a excepción de la autoestima. Tampoco se encuentran diferencias en ambos grupos en referencia al impulso suicida pero sí en los intentos autolíticos, que es superior en el grupo con trastorno de personalidad.*

Palabras clave: *trastornos de personalidad, depresión, ideación suicida, inteligencia emocional, autoestima, desesperanza.*

Fecha de recepción: 24 de abril de 2017. Fecha de aceptación: 26 de mayo de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: albace@blanquerna.url.edu
Dirección postal: C/Císter 34, 08022, Barcelona. España

© 2017 Revista de Psicoterapia

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

## Abstract

*Introduction: Suicide is the second leading cause of non natural death worldwide, therefore it is clear that prevention, evaluation and treatment of suicide is essential.*
*Objective: profile evaluation of a group of patients with depression attended at a public mental health service in a group format. Variables evaluated are: suicidal ideation, hopelessness, vitality, personality disorders, anxiety, emotional intelligence, self-esteem and subjective quality of life. Methodology: This evaluation is part of the AFRONTA study, whose aim is suicide prevention and mental health promotion. The sample consisted on 80 patients from the mental health centre of Consorci Sanitari del Maresme in Mataró, Spain.*
*Results and discussion: Significant correlations of self-esteem with almost all the evaluated variables are observed, which indicates that self-esteem is a crucial variable to be evaluated in the studied population. Likewise, the hopelessness variable has been found more correlated to other clinical variables than depression, measured with BDI. The repair of the emotions correlates with both cited variables, demonstrating as a basic variable to be taken into account both in the evaluation and in the treatment. There are no differences between subjects with a personality disorder and subjects with no personality disorders, except for self-esteem. No differences are appreciated in suicidal impulse between the two groups, but these differences become relevant when referring to suicide attempts.*


Keywords: *personality disorders, depression, suicidal ideation, emotional intelligence, self-esteem, hopelessness.*

El suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte no natural, según la Organización Mundial de la Salud (2013). En España, se producen unas 14.000 muertes anuales por causas externas (donde se encuentran codificados el suicidio, los accidentes, muerte por violencia, entre otros) según el Boletín Epidemiológico Semanal (2014).

La identificación y prevención, así como el posterior tratamiento de las personas que han hecho intentos de suicidio es una tarea imprescindible. Es prioritario y necesario que la conducta suicida sea atendida de forma eficaz. Por lo tanto, conviene conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes que puedan hacer referencia a la ideación suicida.

La ideación suicida incluye una amplia expansión de expresiones que van desde el deseo de morir hasta pensamientos más detallados del cómo realizar el acto suicida (Bhar, Ghahramanlou-Holloway, Brown, y Beck, 2008). En relación a esta idea, Schulberg et. al. (2005) encontraron que entre un 1% y un 10% de pacientes atendidos en los servicios de atención primaria presentaban pensamientos sobre el deseo de morirse y que, por lo tanto, se necesita más información sobre la prevalencia de este tipo de ideación (así como de la ideación suicida) y sobre los diferentes factores de riesgo que se relacionan para atender y tratar de forma correcta a este colectivo de pacientes.

Un gran número de estudios ha identificado factores de riesgo que favorecen la aparición de la ideación suicida en pacientes diagnosticados con depresión, siendo los siguientes: la severidad de la depresión, la presencia de un trastorno de personalidad, un trastorno de ansiedad o bien el abuso de sustancias (Ando et. al., 2013).

**La depresión y la ideación suicida**

Es un hecho muy establecido que la ideación suicida está estrechamente relacionada con la presencia de un diagnóstico de depresión (Bhar et. al., 2008; Keip et. al., 2012; Vandivort y Locke, 1979). A modo ilustrativo, Beck (1967) encontró que el deseo de muerte era mucho más frecuente en pacientes con depresión (74%) que los pacientes no diagnosticados con este trastorno (12%).

Beck (1967) observó en la práctica clínica que cuando los pacientes con depresión creen que no hay solución posible a los graves problemas que tienen en su vida, la única salida que ven es el suicidio. Ya en 1985, el equipo de Beck propuso que la desesperanza es un constructo psicológico muy importante para entender el suicidio, puesto que según estos autores se manifiesta un vínculo muy claro (Beck, Steer, y McElroy, 1985). En un estudio anterior realizado por Beck, Kovacs y Weissman (1975), 384 sujetos hospitalizados por un intento de suicidio obtuvieron una asociación significativa del 76% entre la desesperanza y el intento de suicidio. Por lo tanto, la desesperanza puede ser un constructo fiable para la identificación y prevención de las tentativas suicidas.

**Los trastornos de personalidad y la ideación suicida**

Se dan relaciones muy significativas entre la ideación y las conductas suicidas con aquellos sujetos que presentan un trastorno de personalidad, especialmente los del *clúster* B. Según Conwell, et al. (1996) aproximadamente entre el 30% y 40% de todos los suicidios cometidos son de personas que presentan un trastorno de la personalidad. Es más, demostraciones empíricas muestran que este porcentaje puede ser mayor, entre un 55% y un 70% (Clarkin, Friedman, Hurt, Corn, y Aronoff, 1984). Al margen del tipo de *clúster* del trastorno de personalidad, Blasco-Fontecilla et. al. (2009) demostraron que no hay relación entre el grado de severidad del trastorno de personalidad y un mayor número de intentos de suicidio. Sin embargo, muchos estudios han demostrado que el trastorno límite de la personalidad tiene una relación más significativa con el suicidio que otros trastornos de personalidad (Links et. al., 2007; Pompili, Girardi, Ruberto, y Tatarelli, 2005; Sansone y Fierros, 2012).

Un estudio realizado por Schneider et. al. (2008) remarca la importancia de la presencia de un trastorno de personalidad en relación a la conducta suicida. Por lo tanto, las intervenciones terapéuticas relacionadas con la prevención del suicidio tienen que tener como objetivo también el tratamiento del trastorno de personalidad, además de la presencia de otros trastornos.

**Los trastornos de ansiedad y la ideación suicida**

Por otro lado, estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado una asociación positiva entre los trastornos de ansiedad y la ideación suicida (Sareen, Houlahan, Cox, y Asmundson, 2005). Hay una clara evidencia de que los individuos con trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de ideación suicida y de tentativas suicidas, especialmente aquellos sujetos que presentan un diagnóstico conjunto de trastorno de ansiedad y depresión. En relación a estas evidencias algunos estudios presentan resultados que confirman esta relación y plantean que los programas de prevención tendrían que incluir el tratamiento de síntomas de ansiedad como la preocupación, la irritabilidad y la dificultad de relajación (Batterham, Christensen, y Calear, 2013). Los pacientes con trastornos de ansiedad deben además mejorar sus habilidades emocionales (Lizeretti, Vázquez y Gimeno-Bayón, 2014).

**La autoestima y la ideación suicida**

Respecto a la autoestima, numerosos estudios han demostrado también una relación negativa con la ideación suicida, puesto que este fenómeno contribuye a una mayor vulnerabilidad por parte del sujeto para desarrollar conductas suicidas. Ante esta afirmación, el estudio de Bhar et. al. (2008) investigó si la baja autoestima correlaciona directamente con la ideación suicida independientemente de la presencia de la depresión y la desesperanza. Los resultados demuestran que la baja autoestima podría predecir la ideación suicida, a pesar de que esta relación no es tan

clara y evidente como en las otras dos variables.

Por lo tanto, la depresión, la desesperanza y la baja autoestima son factores de vulnerabilidad ante la ideación suicida (Bhar et. al., 2008).

**La inteligencia emocional, la ideación suicida y la depresión**

Diversos estudios muestran como las personas que presentan depresión también manifiestan menores niveles de inteligencia emocional, especialmente en lo que corresponde a la regulación de las emociones (Lizeretti, 2009; Lizeretti, Oberst, Chamarro y Farriols, 2006:), de forma similar a la encontrada en otros estudios (Salguero y Irurriazaga, 2006). Mientras que la tendencia a *atender* a los estados emocionales se relacionó de forma positiva con el rasgo de ansiedad, el rasgo y expresión de la ira, y el nivel de tristeza/depresión, tanto la *claridad emocional* como la *regulación emocional* mostraron un patrón opuesto; esto es, aquellas personas que se percibían capaces de poder comprender y regular sus estados emocionales informaban igualmente de menores síntomas de ansiedad, menor rasgo y expresión inadecuada de la ira y menores niveles de tristeza/ depresión.

La falta de inteligencia emocional también se ha relacionado con la ideación suicida, aunque en poblaciones distintas (Abdollahi, Carlbring, Khanbani, Abdollahi Ghahfarokhi, 2016). Los adolescentes con depresión cuyo nivel de inteligencia emocional es inferior y con un alto nivel de estrés, tienen más probabilidades de tener ideación suicida. En cambio, aquellos adolescentes con el mismo nivel de estrés pero con una alta inteligencia emocional, tenían menos probabilidades de presentar ideación suicida. Así pues, se ve la importancia de la inteligencia emocional como factor de protección y el estrés, como factor de vulnerabilidad. Otros autores con resultados en la misma dirección, también afirman una relación positiva entre bienestar e inteligencia emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2016),

El objetivo principal del presente estudio es la evaluación del perfil de un grupo de pacientes ambulatorios con un diagnóstico primario de depresión mayor atendidos en un servicio de salud mental público en formato grupal. Las variables evaluadas son: la ideación suicida, la desesperanza, el sentido vital, los trastornos y/o rasgos de personalidad, la ansiedad, la inteligencia emocional, la autoestima y la calidad de vida subjetiva.

**Método**

**Participantes**

La muestra forma parte del estudio Proyecto AFRONTA, realizado en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) del Hospital de Mataró del Consorci Sanitàri del Maresme. La muestra está formada por 80 personas que presentan un diagnóstico actual de depresión mayor según criterios, de las que un 78.8% son

mujeres mientras que el 21.3% son hombres, con una media de edad de 54.73 años (DS=8.58). El 76.7% de la muestra presenta un diagnóstico de trastorno y/o rasgo de personalidad mientras que el 23.3% de la muestra no presenta criterios diagnósticos ni presencia de ningún tipo de rasgo. La nacionalidad de la muestra es principalmente española (96.2%) y el 63.3% tiene pareja estable. El 88.2% de la muestra vive acompañado y únicamente el 15.6% tiene una situación laboral activa. El nivel de estudios de la muestra es principalmente primaria/EGB (51.9%) y el 47.4% se encuentra en una situación económica precaria, entendida como una dificultad económica para llegar a final del mes. El 50% de la muestra valora sus relaciones sociales como escasas y solo el 2.5% de ellos las califican como elevadas. A nivel de espiritualidad, el 84% se declara creyente no practicante.

**Instrumentos**

Los instrumentos utilizados para el presente estudio es un conjunto de escalas autoaplicadas:

- Desesperanza: Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS).* Adaptación Española de Aguilar et al. (1995).
- Depresión: BDI II *(Beck Depression Inventory*; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1996).
- Ansiedad: STAI (Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo; Spielberger; Gorsuch y Lushene, 1970; adaptación española Departamento de R+D de TEA Ediciones, 2002)
- Personalidad: Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) (2004).
- Inteligencia Emocional: Inteligencia Emocional Percibida TMMS-24: (*Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995*; adaptación española de Férnandez-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)
- Calidad de vida subjetiva general: Escala de Calidad de Vida (*Quality of Life Scale, QLS*) (QOL; Lehman, 1988; traducción española Bobes, González y Wallace, 1993).
- Autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg (1965; versión adaptada por Echeburúa, 1995).

Además se elaboró para el estudio un cuaderno de recogida de datos sociodemográficos con la finalidad de realizar un análisis descriptivo de las principales características de la muestra. Finalmente, también se entregó una hoja con el consentimiento informado del estudio.

**Procedimiento**

La muestra forma parte de un grupo de sujetos que participan en el Proyecto Afronta, una investigación que evalúa la efectividad de dos tipos de tratamientos para personas que presentan depresión y en más de un 75% también trastornos de personalidad, y la mayoría de ellos, ideación suicida.

Los sujetos fueron derivados por el equipo de psiquiatras y psicólogos del CSMA y del Servicio de Urgencias de Psiquiatría del Consorci Sanitari del Maresme. El diagnóstico de depresión mayor, así como la presencia de un trastorno de personalidad era previamente ya establecido por los clínicos de referencia.

La batería de pruebas se administró antes de iniciar los grupos terapéuticos. La recogida de muestra se llevó a cabo desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2016. El 90% de los pacientes a los que se les entregó la batería de pruebas rellenaron los cuestionarios.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, tener un diagnóstico de depresión y de trastorno de personalidad. Los criterios de exclusión fueron no haber cometido un intento de suicido en los últimos 6 meses y quedaron excluidas las personas con un retraso mental.

**Resultados**

Los resultados muestran como la Calidad de vida subjetiva correlaciona negativa y significativamente con los niveles de ansiedad (p=0.000) y los sentimientos de desesperanza (p=0.000), aunque no se observa significación cuando se relaciona con la depresión (medida con el BDI). Se observa una correlación positiva en la evaluación de la inteligencia emocional sólo con la escala de la reparación (p=0.000), pero no con la atención ni con la claridad emocional. La relación también es positiva y muy significativa con la escala de autoestima (p=0.000) (ver tabla 1). Cabe mencionar que la diferencia de N en las variables responde a la dificultad que han presentado varios pacientes en contestar a todas las preguntas de los tests pasados.

En referencia a la ansiedad, los resultados muestran que correlaciona muy significativamente con la variable desesperanza (p=0.000), así como con la escala de atención a las emociones (p=0.035). Se relaciona de forma negativa con el resto de escalas de la inteligencia emocional: claridad (p=0.033) y reparación (p=0.006), así como también de forma muy significativa con la autoestima (p=0.000). No se encuentra ninguna significación con el BDI.

Entre las escalas de inteligencia emocional los resultados muestran como la claridad correlaciona con la atención (p=0.007) y con la reparación (p=0.003), sin embargo, estas dos últimas escalas no correlacionan significativamente entre sí (p=0.563).

Los resultados muestran una elevada correlación negativa entre la variable desesperanza y la escala de reparación de inteligencia emocional (p=0.000), así como con la autoestima (p=0.000).

No se han encontrado correlaciones significativas de la depresión (BDI) con el resto de variables, a excepción de una correlación negativa con la autoestima (p=0.000).

Así pues, y en vista de los resultados, se observa que la variable autoestima presenta una correlación significativa con la mayoría de las variables evaluadas, a

excepción de la escala de atención a las emociones. Así vemos que las correlaciones positivas se dan, de forma muy significativa, con la escala de Calidad de vida y en menor intensidad con las escalas claridad y reparación de la variable inteligencia emocional. Las correlaciones negativas se encuentran de forma muy significativa en las variables ansiedad y desesperanza y, en menor intensidad, con la depresión (ver tabla 1).

**Tabla 1** ***Correlaciones entre las variables del estudio***

| | | P-T | STAI Rasgo | Atención TMMS-24 | Claridad TMMS-24 | Reparación TMMS-24 | Deses-peranza | Rosen-berg | BDI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P-T[1] | Correlación de Pearson | 1 | -.672** | -.169 | .168 | .393** | -.533** | .539** | -.207 |
| | Sig. (bilateral) | | .000 | .141 | .144 | .000 | .000 | .000 | .075 |
| | N | | 78 | 77 | 77 | 77 | 78 | 78 | 75 |
| STAI Rasgo | | | | .239* | -.241* | -.308** | .545** | -.527** | .085 |
| | Sig. (bilateral) | | | .035 | .033 | .006 | .000 | .000 | .466 |
| | N | | | 78 | 78 | 78 | 79 | 79 | 76 |
| Atención TMMS-24 | | | | | .305** | .066 | -.114 | -.091 | .088 |
| | Sig. (bilateral) | | | | .007 | .563 | .320 | .427 | .452 |
| | N | | | | 78 | 78 | 78 | 78 | 75 |
| Claridad TMMS-24 | | | | | | .335** | -.208 | .300** | .079 |
| | Sig. (bilateral) | | | | | .003 | .067 | .008 | .498 |
| | N | | | | | 78 | 78 | 78 | 75 |
| Reparación TMMS-24 | | | | | | | -.597** | .365** | .019 |
| | Sig. (bilateral) | | | | | | .000 | .001 | .873 |
| | N | | | | | | 78 | 78 | 75 |
| Desesperanza | | | | | | | | -.437** | .076 |
| | Sig. (bilateral) | | | | | | | .000 | .514 |
| | N | | | | | | | 79 | 76 |
| Rosenberg[2] | | | | | | | | | -.299** |
| | Sig. (bilateral) | | | | | | | | .009 |
| | N | | | | | | | | 76 |
| BDI[3] | | | | | | | | | |
| | Sig. (bilateral) | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | |

**. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

[1] Escala P-T: Calidad de Vida Subjetiva

[2] Escala Roseenberg para la evaluación de la autoestima

[3] BDI: Beck Depression Inventory

La autoestima es la única variable de las evaluadas que presenta diferencias significativas entre los sujetos que presentan un diagnóstico de trastorno de personalidad (TP) y los que no lo presentan (p=0.035). Así pues, no hay diferencias significativas entre estos dos grupos en el resto de las variables (ver tabla 2).

**Tabla 2**
***Relación entre la presencia o no de trastorno de personalidad y diversas variables estudiadas***

| Escalas | TP | No TP | T de Student | *Valor P* |
|---|---|---|---|---|
| | Media (DT) N=47 | Media (DT) N=27 | | |
| P-T [1] | 2,72 (1,54) | 2,7 (1,84) | .034 | .973 |
| STAI Rasgo | 89,4 (16,43) | 89,04 (15,34) | .095 | .925 |
| Atención TMMS-24 | 24,09 (8,45) | 25,92 (7,98) | -.907 | .368 |
| Claridad TMMS-24 | 21,36 (6,03) | 22,85 (7,98) | -.896 | .373 |
| Reparación TMMS-24 | 19,11 (5,84) | 20,27 (6,45) | -.785 | .435 |
| Desesperanza | 12,77 (5,58) | 13,56 (4,24) | -.637 | .526 |
| Rosenberg[2] | 24,79 (5,71) | 27,85 (6,19) | -2.154 | .035 |
| BDI[3] | 27,59 (10,61) | 26,38 (12,4) | .434 | .665 |

[1] Escala P-T: Calidad de Vida Subjetiva
[2] Escala Rosenberg para la evaluación de la autoestima
[3] BDI: Beck Depression Inventory

Los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre los sujetos que presentan o no un trastorno de personalidad en referencia al impulso suicida ($Oû^2$ Pearson, p=0,287) sin embargo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos entre los que han cometido o no un intento de suicidio (p=0.019). En el grupo de sujetos que presenta un trastorno de personalidad se encuentra un porcentaje del 54,3% de intentos de suicidio, en contraposición a un 25% de intentos en los sujetos que no presentan ningún tipo de trastorno de personalidad.

## Discusión

La depresión, medida con el BDI, no ha mostrado relación significativa con el resto de variables estudiadas, como hubiera sido de esperar, a excepción de la relación negativa con la autoestima. En cambio, la escala de desesperanza muestra mayor relación con otras variables relevantes en la práctica clínica: a mayor desesperanza se tiende a presentar menor autoestima, mayor ansiedad y menor capacidad de reparar las propias emociones. Por lo tanto, valoramos la desesperanza como una escala que aporta una información muy relevante a nivel asistencial, y en la investigación que se presenta, incluso mayor que la sintomatología depresiva medida con el BDI. En esta línea, como ya apuntaban los primeros estudios (Beck, Kovacs y Weissman, 1975; Beck, Steer, y McElroy, 1985), la desesperanza es un constructo muy importante para la práctica clínica, aunque no se encuentran relaciones significativas entre la desesperanza y la presencia de trastorno de personalidad en el presente estudio

La escala de ansiedad también aporta información relevante, correlacionando con todas las escalas de inteligencia emocional. Es decir, a mayor ansiedad más

atención a las emociones (hipervigilancia de las emociones y sensaciones), y menor capacidad de claridad (mayor dificultad para conocer y comprender las emociones), así como menor reparación (mayor dificultad para regular y controlar las emociones) (coincidiendo con Lizeretti, 2009; Lizeretti et al., 2006). También se encuentra que un elevado estado de ansiedad provoca mayor desesperanza, menor autoestima y menor calidad de vida subjetiva. Por lo tanto, se continua observando la importancia de incorporar en los programas terapéuticos aspectos del tratamiento de la ansiedad como ya apuntaban Batterham, Christensen y Calear (2013), aunque el diagnóstico principal sea otro, como en el caso que nos ocupa, la depresión.

La escala de reparación emocional es la que obtiene relaciones significativas con el resto de variables (solo a excepción de la atención). Los déficits en este componente de la inteligencia emocional es el que se ha relacionado con la muestra de estudio, la depresión, coincidiendo con los resultados obtenidos por Lizeretti et al. (2006).

La variable autoestima ha resultado ser un constructo muy importante en los resultados obtenidos, correlacionado con la mayoría de variables. La autoestima es la única medida en la que se observan diferencias significativas cuando se comparan los sujetos por la presencia o no de un trastorno de personalidad. El grupo de sujetos que tienen dicho diagnóstico tiene una autoestima inferior respecto a los que no lo presentan. Estos resultados reafirman los propuestos por Bhar et al. (2008), en el que la autoestima es un fenómeno de vulnerabilidad y podría actuar como predictor.

No existen diferencias en relación al impulso de la ideación suicida entre los grupos de sujetos que presentan un trastorno de personalidad y los que no lo presentan, pero sí se observa una diferencia significativa entre estos dos grupos en la acción/intento suicida. Es decir, ambos grupos presentan ideación suicida pero las personas con trastorno de personalidad son las que tienen más probabilidad de terminar cometiendo un intento. Así que se corrobora la importancia de la presencia de un trastorno de personalidad en relación a la prevención y tratamiento de la ideación suicida tal y como señalan Lambert (2003) y Schneider et al., (2008) .

Las limitaciones del presente estudio se relacionan con la dificultad de la población estudiada de contestar a las pruebas pasadas de forma completa, debido a las dificultades de concentración que presentan la mayoría de los participantes. Otras limitaciones a nivel metodológico son el factor de significación por azar en las correlaciones (error tipo I no controlado en análisis univariados) y la ausencia de un grupo comparativo que limita la especificación de algunas de las variables evaluadas, como en el caso de la autoestima.

En futuras investigaciones se recomienda continuar utilizando en la población estudiada, depresión e ideación autolítica, junto con la presencia de rasgos de personalidad patológicos, la medida de la autoestima, la ansiedad, la desesperanza y la inteligencia emocional, especialmente la capacidad de la reparación de las emociones. Asimismo tener presente estas variables en el diseño de programas preventivos y/o de tratamiento, tan necesarios ante el hecho tan relevante de

prevenir muertes por suicidio y la promoción de capacidades adaptativas, objetivos prioritarios de cualquier servicio de salud mental, como por ejemplo: trabajar el manejo de la ansiedad, favorecer la autoestima y la inteligencia emocional, etc. Coincidiendo con Lizeretti et al., (2014), las intervenciones dirigidas a desarrollar la inteligencia emocional contribuirán a la eficacia de dichos tratamientos.

## Conclusiones

La desesperanza es un constructo muy relevante para la práctica clínica, ya que se correlaciona con la autoestima, la ansiedad y con una menor capacidad de reparar las propias emociones. En cambio, la depresión solo ha tenido una correlación negativa con la autoestima.

La ansiedad se relaciona con la inteligencia emocional, ya que se presta una atención excesiva a las emociones, menor claridad y capacidad de reparación.

Las personas que presentan un trastorno de personalidad tienen una autoestima inferior y mayor probabilidad de realizar un intento suicida respecto a los que no lo presentan.

Por tanto, las intervenciones dirigidas a personas que presentan depresión e ideación autolítica, necesitan incorporar la promoción de capacidades adaptativas, trabajar el manejo de la ansiedad, favorecer la autoestima y la inteligencia emocional, especialmente la reparación de las emociones.

## Referencias bibliográficas


Abdollahi, A., Carlbring, P., Khanbani, M., y Ghahfarokhi, S. A. (2016). Emotional intelligence moderates perceived stress and suicidal ideation among depressed adolescent inpatients. *Personality and Individual Differences, 102*, 223-228. doi: 10.1016/j.paid.2016.07.015

Aguilar, E., Hidalgo, M., Cano, R., López, J., Campillo, M. y Hernández, J. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza enpacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de Psiquiatría, 11*(4),121-125.

Ando, S., Kasai, K., Matamura, M., Hasegawa, Y., Hirakawa, H., y Asukai, N. (2013). Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, *151*(2), 561–565. doi:10.1016/j.jad.2013.06.047

Batterham, P. J., Christensen, H., y Calear, A. L. (2013). Anxiety symptoms as precursors of major depression and suicidal ideation. *Depression and Anxiety*, *30*(10), 908–916. doi:10.1002/da.22066

Beck, A. T. (1967). The diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. Steer, M. y Kovacs, B. G. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, *142*(5), 559–563. doi:10.1176/ajp.142.5.559.

Beck, A. T., Steer, R. A., y McElroy, M. G. (1975). Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 43*(9), 1042-1046

Bhar, S., Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G., y Beck, A. T. (2008). Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide y Life-Threatening Behavior*, *38*, 511–516. doi:10.1521/suli.2008.38.5.511

Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez- Rodriguez, M. M., Saiz-Gonzalez, M. D., Saiz-Ruiz, J.; De León, J. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(2), 149–155. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01284.x

Clarkin, J; Friedman, R; Hurt, S; Corn, R y Aronoff, M .(1984). *Affective and character pathology of suicidal adolescent and young adult inpatients.* Journal Clinical Psychiatry, 45(1), 19-22.

Conwell, Y.; Duberstein,R; Cox, C., Herrman, J; Forbes, N; Caine, E. (1996). *Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study.* American Journal of Psychiatry, (153), 1001–1008

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94,* 751-755.

Fernández-Berrocal, P. Luis Ángel Saúl Extremera, N. (2016). Ability Emotional Intelligence, Depression, and Well-Being. *Emotion review, 8*(4), 311-315. doi: 10.1177/1754073916650494.

Fernández-Cuenca, R; Llácer, A; López-Curado, T y Gómez-Barroso, D (2014). Mortalidad por causas externas en España. *Boletín Epidemiológico Semanal. 6*, 56-76

Keilp, J. G., Grunebaum, M. F., Gorlyn, M., LeBlanc, S., Burke, A. K., Galfalvy, H., Mann, J. J. (2012). Suicidal ideation and the subjective aspects of depression. *Journal of Affective Disorders*, *140*(1), 75–81.

Lehman, (1988). *Quality of Life Interview-Short Versión* (QOL). (Traducción española Bobes, González y Wallace, 1993).

Links, P. S., Eynan, R., Heisel, M. J. ., Barr, A., Korzekwa, M., McMain, S., y Ball, J. S. (2007). Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 21*(1), 72-86

Lizeretti, N.P. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional.* (Tesis doctoral). Recuperada de http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1

Lizeretti, N. P., Oberst, U. E., Chamarro, A. y Farriols, N. (2006). Evaluación de la Inteligencia Emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 355-364.

Lizeretti, N., Vázquez, M., y Gimeno-Bayón, A. (2014). Emotional intelligence and personality in anxiety disorders. *Advances in Psychiatry*, *2014*, http://dx.doi.org/10.1155/2014/968359

Millon, T. (1994). *MCMI-III Manual. Millon Clinical Multiaxial Inventory - III.* Minneapolis: National Computer Systems.

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., y Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *59*(5), 319–24. doi:10.1080/08039480500320025

Salguero, J. M. y Irurriazaga, I. (2006). Relaciones entre Inteligencia Emocional percibida y emocionabilidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 207-221.

Sansone, R. A., y Fierros, M. G. (2012). Chronic suicidal ideation in borderline personality disorder. S*uicide from a Global Perspective: Psychiatric Approaches,* pp. 209-214. Nueva York: Nova Science Publishers.

Sanz, J; Perdigón, A y Vázquez (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, *14*(3), 249-280.

Sareen, J., Houlahan, T., Cox, B. J., y Asmundson, G. J. G. (2005). Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(7), 450–454. doi:10.1097/01.nmd.0000168263.89652.6b

Schneider, B., Schnabel, A., Wetterling, T., Bartusch, B., Weber, B., y Georgi, K. (2008). How do personality disorders modify suicide risk? *Journal of Personality Disorders*, *22*(3), 233–45. doi:10.1521/pedi.2008.22.3.233

Schulberg, H. C., Lee, P. W., Bruce, M. L., Raue, P. J., Lefever, J. J., Williams, J. W., … Nutting, P. A. (2005). Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Annals of Family Medicine*, *3*(6), 523–528.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.* Madrid, España: TEA Ediciones.

Vandivort, D. S., y Locke, B. Z. (1979). Suicide ideation: Its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 9*(4), 205-218

# EL SENTIDO DE LA VIDA. UN EJEMPLO DE INTERVENCIÓN

## THE MEANING OF LIVE. AN INTERVETION'S EXAMPLE

**Ana Padilla Mosteirín**
Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Padilla Mosteirín, A. (2017). El sentido de la vida. Un ejemplo de intervención. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 13-21.

## Resumen

*Desde el origen de los tiempos el ser humano se ha cuestionado el significado de la vida. Grandes pensadores y filósofos han planteado en innumerables ocasiones cuál es el sentido de la vida. La Psicoterapia Integradora Humanista, a través de sus planteamientos teóricos y metateóricos, junto con la sabiduría de la Psicología Existencial, recoge el tema y lo plantea como algo concreto a trabajar en la sala de terapia. El presente artículo está basado en el taller realizado en el I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas que se celebró en Barcelona en noviembre de 2015. Como el taller, el artículo se plantea en dos partes. Una primera en la que hay una revisión teórica de la cuestión existencial, basada principalmente en la temática de Irvin Yalom (la muerte, la libertad, el aislamiento y el sentido de la vida). En la segunda parte, se plantea una posible intervención para trabajar en psicoterapia el sentido de la vida, junto con la reflexión final sobre los aspectos genéricos a tener en cuenta a la hora de enfocar este tema en terapia.*

Palabras clave: *Sentido de la vida, Irvin Yalom, Psicoterapia Integradora Humanista, intervención psicoterapéutica.*

## Abstract

*From the origin of the times, the human being has questioned the meaning of life. Great thinkers and philosophers have raised in countless occasions what is the sense of life. The Humanistic Integrative Psychotherapy, through its theoretical and metatheoretical approaches, with the wisdom of Existential Psychology, picks up the theme and raises it as something concrete to work in the therapy room. This article is based on the workshop realized at the First International Congress of Psychology and Humanistic Psychotherapies that was held in November 2015 in Barcelona. Like the workshop, the article is divided into two parts. A first one in which there is a theoretical revision of the existential question, based mainly on the theme of Irvin Yalom (death, freedom, isolation and the meaning of life). In the second part, it arises a possible intervention to work in psychotherapy the meaning of life, with the final reflection on the generic aspects to take into account at the moment of focusing this topic in therapy.*

Keywords: *Sense of life, Irvin Yalom, Integrative Psychotherapy Humanist, psychotherapeutic intervention.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 27 de abril de 2017. Fecha de aceptación: 26 de mayo de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: padillaana17@gmail.com
Dirección postal: Pare Llaurador 267 2º 2ª. 08224 Terrassa (Barcelona). España

© 2017 Revista de Psicoterapia

Este artículo pretende recoger el taller realizado por la autora en el I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas realizado los días 19, 20 y 21 de noviembre de 2015, en la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y de Deportes Blanquerna, de la *Universitat Ramon Llull,* de Barcelona. Dicho taller tuvo una parte teórica en la que se trataron algunas cuestiones existenciales, y una parte vivencial, consistente en la realización de una visualización para trabajar el sentido de la vida. Se cerró el taller con una reflexión individual sobre lo vivido tras dicho ejercicio experiencial.

Antes de entrar de lleno en la cuestión existencial, se va a enmarcar el contexto psicológico en el que se sitúa para presentar dicho tema.

Como seguramente es sabido por la mayoría de lectores, la Psicología Humanista apareció a mediado de los años cincuenta del siglo pasado, desde el descontento ante los modelos reduccionistas, y las numerosas luchas de poder entre las dos principales corrientes psicológicas del momento.

A través de diferentes congresos, artículos, escritos y participaciones de diferentes personalidades inquietas por cuestiones básicamente humanas, surgió el movimiento de la Psicología Humanista.

Bajo el paraguas de este movimiento, han ido surgiendo a lo largo de los años diversos modelos terapéuticos. Uno de ellos es la Psicoterapia Integradora Humanista.

Este modelo fue creado por Rosal y Gimeno-Bayón (vid. Gimeno-Bayón y Rosal 2001; 2003) a principios de los años 80 y se ha ido consolidando a lo largo de todos estos años. La Psicoterapia Integradora Humanista integra diferentes teorías y técnicas de modelos principalmente humanistas. Además, posee una teoría propia y unas aportaciones originales para que no quede limitada a la mera yuxtaposición de técnicas, sino que sea su propio marco teórico el que englobe el proceso terapéutico.

La Psicoterapia Existencial, es un enfoque dinámico que se puede incluir dentro del movimiento de la Psicología Humanista, e integrar a su vez en el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista.

**Primera parte: la Psicoterapia Existencial**

La Psicoterapia Existencial no es un modelo o una escuela de psicoterapia, sino que se debe entender como un enfoque o una filosofía desde la que el terapeuta trabaja.

Para comprender la Psicoterapia Existencial, hay que irse al pensamiento filosófico que se originó a finales del siglo XIX y principios del XX con Martin Heidegger y Jean-Paul Sartre, entre otros. Con ellos volvió a enfatizarse la inquietud del ser humano por reflexionar y entender cuestiones relacionadas con la existencia del ser humano, tales como la vida, la muerte, la soledad o el aislamiento, la libertad, o la ansiedad que provocan éstas y otras cuestiones relacionadas con el hecho de existir como persona.

En psicoterapia, conviene este tipo de abordaje cuando la persona necesita entender su mundo, su vida, su existencia, tal y cómo ella misma lo percibe. No se trata de aplicar técnicas o "curar" a la persona en un sentido tradicional, sino de ayudarle a comprender y aceptar su vida, y sus contradicciones. Acompañarle en su camino para descubrir sus inquietudes existenciales y dotarle de herramientas para enfrentarse a las angustias vitales desde una postura sana y serena.

Dentro de este enfoque existencial destacan nombres como Rollo May, James Bugental, Víktor Frankl o Irvin Yalom. El presente artículo se centrará principalmente en los supuestos que propone Yalom (1980).

**La Psicoterapia Existencial de Irvin Yalom**

Irvin Yalom, psiquiatra estadounidense pionero dentro del enfoque existencial, es un especialista en el trabajo de la angustia existencial.

Para él, existe una diferencia entre la angustia sana y la neurótica. Parte de la base que toda angustia no es patológica, ya que entiende la ansiedad como una característica básica del ser humano. Para crecer es necesario abandonar aquello que se conoce, lo que ahora se ha llamado "nuestra zona de *confort*", y ese abandono a lo desconocido genera ansiedad. Ésta es sana si ayuda a vivir de forma consciente y con plenitud la vida que se ha elegido vivir.

**La muerte.** Uno de los temas existenciales que provoca más angustia es la muerte. Y es que la muerte es un hecho que duele casi siempre, y la actitud hacia ella influye en la manera de vivir y de evolucionar como personas.

Tal y como se dijo antes, la muerte puede provocar una angustia sana, cuando sirve para tomar conciencia del sentido de la vida. Sin embargo, cuando esta angustia es patológica, produce una insatisfacción vital, ya que no se puede hacer nada para modificar el hecho de que algún día llegará la muerte.

Rollo May (1976) señala que, cuando se niega la muerte, se acaba sintiendo una ansiedad de forma indefinida; y por eso el ser humano necesita confrontarse con la muerte y ser consciente de ella.

Se puede entender la muerte como un mecanismo de acción para un cambio personal. Si se leen los relatos y la información que proporcionan las personas que han tenido experiencias cercanas a la muerte, se puede observar cómo muchas de ellas han cambiado de manera radical su visión de la vida. "Aunque el hecho físico de la muerte destruye al individuo, la idea de la misma puede salvarle" (cit. en Yalom, 1980, pág. 195).

Es decir, la idea misma de la muerte puede empujar a vivir y cambiar la perspectiva de la vida.

En psicoterapia se puede utilizar la conciencia de la muerte que tiene la persona para promover cambios personales. Es decir: aunque la persona no haya vivido en la realidad una experiencia cercana a la muerte, se pueden utilizar recursos terapéuticos, como por ejemplo los ejercicios de fantasía, para movilizar a la persona a generar cambios personales que hagan su vida más auténtica.

Es importante que el terapeuta no niegue la propia angustia, en el caso de que el tema la genere, porque en ese caso se acabaría dejando que los pacientes eviten trabajar el tema. Adolf Meyer, padre de la psiquiatría ocupacional, y del término "higiene mental" decía "no hurguéis donde no duele" (cit. en Yalom, 1980, pág. 47). Y tampoco se trata de recrearse en aspectos escabrosos, pero sí de no evitar el contacto con el dolor, el sufrimiento o la angustia.

**La libertad.** Aunque el tema de la libertad ha estado como reflexión existencial desde siempre, es cierto que actualmente el enfoque ha cambiado. Si bien hace años se podían encontrar problemas con la libertad relacionados con la represión de ésta, ahora se ve justamente lo contrario. Ya no es un problema con "lo que hay que hacer", sino que la angustia aparece ante el problema de elegir y decidir lo que uno quiere hacer.

Porque ser libre implica ser responsable de las propias elecciones, las propias decisiones, y en último término, ser responsables de la propia propia existencia. Yalom (1980) lo recuerda cuando dice que cada sujeto es el autor indiscutible su vida. Pero ser libre no siempre es fácil, ya que la responsabilidad que conlleva la libertad también puede ser un foco de angustia y miedo. Erich Fromm (Fromm, 1941) ya habló largo y tendido sobre este tema en su obra "El miedo a la libertad".

**El aislamiento.** Cuando se habla de aislamiento se puede hacer referencia (siguiendo a Yalom, 1980) a un aislamiento interpersonal, cuando se está solo respecto a los otros, o a un aislamiento intrapersonal, cuando la persona se separa de algunas partes de sí misma, por ejemplo, dejando de pensar en aquello que no interesa. Y también, se puede hablar de un aislamiento existencial, que es la separación de la persona con el mundo.

Se puede relacionar el aislamiento existencial con la muerte, en tanto en cuanto es un acto solitario, ya que nadie puede morir por otro.

Se puede también relacionarlo con la libertad: como cada uno es el responsables último de su vida, está solo en esa responsabilidad. Sólo cada individuo es capaz de encontrarle, o más bien darle, sentido a su vida y decidir lo que es o lo que no es.

En terapia muchas veces se puede constatar que la ansiedad que siente la persona al ser consciente de este aislamiento existencial le lleva hacia la dirección opuesta. Algunas personas intentan evitar esta soledad y los sentimientos que les provoca, con relaciones superficiales, con actividades frenéticas, con un ritmo de vida que les evite tomar conciencia de sí mismos, de su responsabilidad y que les impida estar solos consigo mismos. Y así, se da la paradoja de personas que no saben estar solas, y se fusionan en sus relaciones interpersonales para evitar ese contacto con la soledad. Sin embargo, difícilmente ese tipo de relaciones serán auténticas, ya que con tal de evitar la soledad, la persona puede dejar de ser como es.

Ninguna relación, ninguna actividad, nada, puede eliminar el aislamiento existencial. No existe una "solución" para vivir este aislamiento. Toca aprender a vivirlo sin convertir la angustia que provoca en patológica. Puede darse un

acercamineto a la ansiedad que genera desde un contexto positivo; por ejemplo, desde el *mindfulness*, la meditación o algunas técnicas de relajación. Es importante poder contraponer la angustia a la confianza en la existencia, desde la toma de conciencia de uno mismo, a través del cuerpo, la respiración, etc.

Y desde esta vinculación sana con la soledad, desde la aceptación, se puede salir a buscar cómo compartir esa soledad ya que, como seres humanos, también impera esa parte social. Por ejemplo el amor puede ser un buen camino desde el cual compartir con el otro el propio aislamiento existencial.

**El sentido de la vida.** Víktor Frankl llegó a la conclusión de que "la falta de sentido vital es la tensión existencial fundamental" (cit. en Yalom, 1980, pág. 503). Según él, ésta es la mayor fuente de estrés y ansiedad existencial en los tiempos modernos.

Y es que el ser humano, desde tiempos remotos se ha cuestionado el significado de su existencia:

"¿Cuál es el significado de la vida?
¿Qué sentido tiene mi vida?
¿Por qué vivimos?
¿Por qué nos ponen en este mundo?
¿Para qué vivimos?
Si tenemos que morir, ¿qué sentido tiene vivir?"

Estos son algunos ejemplos de preguntas que cualquier persona que se haya cuestionado el tema existencial se habrá hecho en un momento u otro. Cada cual, tendrá que encontrar su propia respuesta…

Sin embargo, hay otro tipo de preguntas que no siempre se hacen las personas:

"¿Cómo quiero vivir?
¿Cómo quiero que se recuerde mi existencia?
¿Cómo puedo trascender en esta vida?
¿Cómo puedo contribuir con mi existencia a un mundo más humano?
¿Cómo puedo sentirme autorrealizado?
¿Cómo…?"

Quizá el "cómo" se quiere dar sentido a la propia vida ayude a concretar aquello que le da significado. Al final, no se trata tanto de cuál es la meta del camino, sino de cómo se quiere que sea ese camino.

Al maestro Frankl (1979) le gustaba recordar que la calidad y el sentido de nuestra vida "no depende tanto de cuánto vivimos sino, más bien, de cómo vivimos".

**Parte segunda: Un ejemplo de intervención para trabajar el sentido de la vida**

Con esta idea en la mente, y después de invitar a los participantes del taller a reflexionar sobre las diferentes preguntas planteadas, se propone un ejercicio vivencial, en que se debe utilizar la capacidad imaginativa.

Se propone un ejercicio con imágenes y fantasía por la evidencia demostrada

en numerosas ocasiones de su potencia para generar cambios en el individuo (Rosal, 2012).

Tras una revisión de los ejercicios planteados para el trabajo con el sentido de la vida, se vio que muchos de estos implicaban la visualización de un "yo futuro" en que se lograba encontrar un sentido a la vida. Ejemplo de ello son trabajos como la fantasía del Proyecto (Ferrucci, 1987) o la fantasía de la Obra de teatro (Berne, 1974) entre otros.

Asimismo, se encontró que el trabajo con el sistema de valores (Rosal 2003; 2012) servía muchas veces como punto de referencia para este tipo de trabajos. Pero una vez más, se enfocaba hacia el futuro y no tanto hacia lo que hay en el presente y que se ha ido gestando desde el pasado.

Robert Jay Lifton estudió las diversas maneras que tiene el hombre de alcanzar simbólicamente la inmortalidad (cit en Yalom, 1980, p. 61), y que pueden ayudar a dar un significado a la existencia. Estas son, según este autor: a) la biológica; b) el modo teológico; c) la creatividad; d) la naturaleza; o d) de un modo trascendental. Por su parte, Víktor Frankl señala tres categorías de significados vitales: a) lo que uno logra o entrega al mundo en forma de creaciones propias; b) lo que uno toma del mundo en términos de encuentros y experiencias, y c) la propia posición hacia el sufrimiento y hacia la suerte que no puede cambiar (cit. en Yalom, 1980, págs. 531-532).

El trabajo vivencial que se presenta tiene como objetivo trabajar el sentido de la vida desde la perspectiva de lo que la persona ya es y ha podido aportar. Siguiendo las ideas planteadas por los autores anteriormente citados, se puede hablar de un trabajo creativo no consciente: la actividad en la vida cotidiana que ha podido ya dar lugar a unas aportaciones espontáneas de las que puede que se haya sido consciente. Se trata de tomar consciencia de lo que ya se ha hecho y de lo que ya se es; es ver lo que se ha aportado a otras personas y al mundo en general, para que todo esto ayude a seguir construyendo el sentido de la propia vida.

A continuación se transcribe el ejercicio propuesto, inspirado en la película de Frank Capra, *It's a wonderful life* (1946), y que se podría titular "Un mundo sin mí":

> *Busca una posición cómoda y cierra los ojos… Poco a poco ve dirigiendo tu atención hacia dentro, y alejando el foco de lo que sucede fuera… Ve centrándote en ti, en tu cuerpo, en tu respiración… Y ve alejándote de los posibles ruidos exteriores…*
>
> *Mira hacia dentro, y toma conciencia de tu cuerpo, de tu mente, de tu respiración… y poco a poco ve tomando conciencia de cómo es tu respiración… Fíjate cómo entra el aire… como baja poco a poco… como llega a los pulmones… como se infla tu vientre al inhalar… Y también, fíjate cómo sale ese aire… como se queda tu cuerpo cuando sale…*
>
> *Puedes imaginar que tu respiración es como las suaves olas del mar… mira como llega esa ola, esa inhalación, y como al exhalar el mar arrastra las tensiones, preocupaciones que puedas tener… y así, te relajas todavía*

*un poco más…*

*Ahora vamos a hacer un pequeño viaje… vamos a ir a un lugar fuera de tu vida cotidiana… te pido que te visualices a ti mismo en un día cualquiera, es un día soleado y agradable, de esos que el sol calienta suavemente, pero no quema, y hay unas nubes esponjosas en el cielo… Y te voy a pedir que te imagines que puedes subir hacia el cielo, y quizá sentarte en una de estas nubes…*

*Esta nube es agradable y te permite ver lo que sucede allí abajo… pero esta nube es especial, y también puede moverse en el tiempo…*

*Deja que se vaya moviendo hacia un tiempo pasado, hasta que se pare poco antes de tu nacimiento. Y ahí, fíjate cómo es la vida en ese lugar, cómo es la gente, cómo es el clima, cómo es la vida cotidiana…*

*Tómate unos momentos para tomar conciencia y ver cómo sería esa vida si tú no hubieses llegado a nacer… cómo sería si no hubieses llegado a ser concebido… Y ve fijándote en qué cosas, ¿qué aspectos le hubiese faltado a esa vida?*

*Y deja que surjan ideas…*

*No las analices, no las juzgues, no las censures… Simplemente, deja que sucedan…*

*Date cuenta de cómo hubiese sido la experiencia de tus padres si tú no hubieses venido a este mundo… ¿cómo hubiese sido su vida?, ¿qué les hubiese faltado?*

*Date cuenta también de cómo hubiese sido la vida de tus hermanos, de tus amigos, de tu pareja si tú no hubieses formado parte de su vida…*

*Piensa también en cómo sería la vida de tus compañeros de trabajo, de tus colegas, de tus pacientes, de tus alumnos, o de cualquier persona que se beneficia de tu trabajo, si tu no hubieses estado en este mundo, si no hubieses estado en su mundo… Qué es lo que no habrían recibido, que no se habría hecho, qué no se habría creado…*

*No se trata de pensar quizá en grandes cosas o grandes diferencias… pueden ser pequeñas cosas… Alguien que se encontró en un momento sin ser escuchado, alguien que no recibió un abrazo… algo que se quedó sin hacer o incompleto porque tú no existías…*

*Ve interiorizando todos estos aprendizajes, toda esta sabiduría que estás descubriendo sobre ti y sobre la vida… Tomando conciencia de lo que has aportado… de lo que estás aportando, y de lo que puedes aportar…*

*Y poco a poco te invito a que vayas a un lugar, a un espacio que represente algo central en tu vida: puede ser un espacio de tu casa, tu lugar de meditación o reflexión, puede ser una habitación de tu trabajo, un sillón de descanso agradable o un paisaje amable de la naturaleza… tú decides nuevamente.*

*Y, desde este espacio confortable y seguro para ti toma conciencia de la*

*sabiduría que traes, y desde ahí, pregúntate, ¿cómo quiero que sea mi vida conmigo dentro?...*

*¿Cómo quiero que sean mis relaciones, con mi familia, con mis amigos, con mis compañeros…? ¿Cómo quiero que sea mi tiempo?, ¿mi trabajo? ¿La relación conmigo mismo/a?*

*Y formúlate las siguientes preguntas: Si no lo hago ahora, ¿cuándo lo haré?; si no lo hago yo, ¿Quién lo hará por mí?; Si no lo hago, ¿Qué clase de persona soy?*

*Tomate unos momentos para responder a estas preguntas en tu interior, con sabiduría y serenidad para afrontar la respuesta…*

*Y ante todo esto, ¿puedo comprometerme a algo conmigo mismo?*

*Quédate ahí todavía un poco más… asimilando la experiencia y el aprendizaje…*

*Y ahora, poco a poco ve saliendo hacia fuera, desconectando de la fantasía y volviendo a la realidad presente, trayéndote lo aprendido al aquí y ahora.*

Tras la visualización, se invita a los participantes a realizar un dibujo que represente ese compromiso, o simplemente algo que les ayude a recordar lo aprendido tras la experiencia. Y de ahí se pasa a la reflexión final en la que se incluye una versión de las preguntas conocidas del maestro Hillel, y que se expondrá a modo de conclusiones.

**Conclusiones**

Cada cual tiene que encontrarle el sentido a su propia vida. No hay una respuesta universal válida para todas las personas. Ni siquiera muchas veces, el terapeuta encuentra una respuesta válida para toda su vida…

Como terapeutas hay que estar presentes, animar y no asustarse de la angustia de los pacientes (ni de la propia) ante sus dudas y conflictos existenciales. Hay que estar ahí para que puedan descubrir SU propio sentido vital.

Tan sólo se debe intervenir en aquellas ocasiones en las que se encuentre ante una situación en que su sentido es patológico. Si llegase el caso, se puede confrontar este hecho y ayudarles a encontrar otro sentido más saludable para ellos y para su entorno.

De hecho, lo que sucede muchas veces es que es el propio proceso terapéutico el causante de algunas crisis existenciales. Los viejos patrones se rompen al hacer psicoterapia, y la libertad que se abre ante ellos muchas veces asusta y lleva cuestionarse la propia vida.

Es importante poder trabajar el sistema de valores que tiene la persona. Lo que concibe como deseable y que influye a la hora de elegir, ya que este sistema puede ser un código al cual podemos formular nuestro sistema de actuación, y tener así un esquema de acción. Así, no es tanto el "qué", el "qué le da sentido a mi vida", sino el "cómo", "cómo mi vida tiene sentido".

Muchas veces la falta de sentido vital tendrá relación con la dificultad de la

persona para comprometerse. Y es que sin compromiso, es difícil pasar a la acción. Por eso es importante ayudar a los clientes a comprometerse con cualquiera de las infinitas posibilidades. Comprometerse con la vida, para que sí vayan viéndole el sentido. Y trabajar la autenticidad para que la persona pueda dedicarse a lo que considera significativo.

Como orientación terapéutica final, recordar que Erich Fromm ya dijo en su día "el amor es la respuesta al problema de la existencia. El amor es tratar de vivir de manera que aportemos algo positivo a la vida del otro…" (Fromm, 1973). Y en esta misma línea Gimeno-Bayón (Rosal y Gimeno-Bayón, 2010) recuerda que "el amor es un arma de construcción masiva", y ya que estos dos sabios están bastante de acuerdo, quizá podemos pensar que por ahí deben andar los tiros…

…. Finaliza este artículo tal y como se acabó el taller en el que está basado, con dos preguntas del Rabino Hillel: "Si yo no estoy a favor de mi mismo, ¿quién va a estarlo?. Y si estoy sólo a favor de mi mismo, ¿quién soy yo?".

## Referencias bibliográficas


Berne, E. (1974). *¿Qué dice usted después de decir "hola"?* Barcelona, España: Grijalbo.

Ferrucci, P. (1987). *Psicosíntesis*. Málaga, España: Sirio.

Frankl. V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.

Fromm, E. (1947). *El miedo a la libertad*. Barcelona, España: Paidós.

Fromm, E. (1959). *El arte de amar*. Barcelona, España: Paidós.

Gimeno-Bayón, A y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoriales, cognitivos y emocionales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Gimeno-Bayón, A y Rosal, R. (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista. Volumen II. Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad.* Barcelona, España: Instituto Erich Fromm.

May, R. (1976). *El hombre en busca de sí mismo*. Buenos Aires, Argentina: Central.

Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2010). *La búsqueda de la autenticidad. Reflexión ético-psicológica*. Lleida, España: Milenio.

Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza?* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida*. Lleida, España: Milenio.

Rosal, R. (2012). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica.* Lleida, España: Milenio.

Yalom, I. (1980). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.

Manuel Villegas · Pilar Mallor

# PAREJAS A LA CARTA

## Las relaciones amorosas en la sociedad posmoderna

Herder

# CONSTRUYENDO EN RELACIÓN UN ANTÍDOTO PARA LA VERGÜENZA

## BUILDING IN RELATIONSHIP AN ANTIDOTE FOR THE SHAME

**Mar Gómez Masana**
Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta. Práctica privada.

**Bibiana Martín Corcuera**
Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta.
Directora de Hogar Izarra, Comunidad Terapéutica Integrativa para Personas con Trastorno Mental severo.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez Masana, M. y Martín Corcuera, B. (107). Construyendo en Relación un Antídoto para la Vergüenza. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 23-36.

### Resumen

*Este artículo, que explora la naturaleza de la experiencia de la vergüenza, es una síntesis del taller teórico-experiencial presentado en el I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas, celebrado en Barcelona, en noviembre de 2015.*

*La propuesta del taller invita a la reflexión sobre la teoría y la experiencia personal de los participantes con la vergüenza. Mediante una dinámica de proceso relacional de grupo, se anima a los participantes a nombrar y normalizar experiencias de vergüenza, desde el compartir y el aprender en compañía, en una relación segura, es decir, sin crítica ni humillación. Trabajamos en diferenciar la vergüenza sana de la vergüenza insana, así como facilitar la identificación de los sistemas de afrontamiento y las necesidades relacionales implicadas, co-creando un antídoto y estrategias actualizadas, en el manejo de situaciones potencialmente vergonzantes. Finalmente, se desarrolla la Teoría del Tratamiento de la Vergüenza, desde el marco de la Psicoterapia Integrativa-Relacional.*

Palabras clave: *vergüenza sana, vergüenza insana, necesidades relacionales, dinámica auto-protección, Psicoterapia Integrativa-Relacional.*

### Abstract

*This article, that explores the nature of the shame experience, is a synthesis of the theoretical-experiential workshop presented at the I Humanistic Psychology and Psychotherapies International Conference held in Barcelona in November 2015.*

*The workshop content invites the participants to reflect on the theory and the personal experience with shame. Through a relational group process dynamic, participants are encouraged to identify and normalize shame experiences, sharing and learning in company, in a secure relationship; that is, without criticism or humiliation. We focused on distinguishing between healthy and unhealthy shame, as well as facilitating the identification of coping mechanisms and the relational needs involved, co-creating an antidote and updated strategies, in dealing with potentially embarrassing situations. Finally, the Treatment of Shame Theory is developed, from an Integrative-Relational Psychotherapy framework.*

Keywords: *healthy shame, unhealthy shame, relational needs, self-protection dynamic, Integrative-Relational Psychotherapy.*

Fecha de recepción: 29 de abril de 2017. Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: margmcar@copc.cat
Dirección postal: Areté Psicología – Psicoterapia. Vía Augusta 125, 3º 1º. 08006 Barcelona. España

© 2017 Revista de Psicoterapia

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Este artículo es una síntesis del taller teórico-experiencial presentado en el marco del I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas, celebrado en Barcelona, en noviembre de 2015.

Cuando las autoras iniciaron el estudio del tema de la vergüenza, ambas descubrieron que compartían la experiencia de que la vergüenza había influido en su vida personal y profesional, impidiéndoles, en ocasiones, mostrarse tal como eran, participar en aquellas actividades que podrían exponerlas a la crítica ajena y, en consecuencia, impidiéndoles desarrollar y mostrar sus habilidades espontáneamente.

Porque la respuesta habitual ante la experiencia de vergüenza es querer esconderse y querer escapar de ella. De hecho, el secretismo y el silencio que acompañan a la vergüenza provocan el aislamiento de la persona cuando más necesita el contacto.

Más adelante, descubrieron que esta experiencia era común a muchos de sus compañeros y clientes. La experiencia de vergüenza es un sentimiento común en los seres humanos y aparece transversalmente en muchos de los estilos, patrones y trastornos de la personalidad.

**Explorando Sobre la Vergüenza**

La experiencia de vergüenza es incómoda para el que la experimenta. Se siente vulnerable a los ojos ajenos, la mirada de los otros es como si fuera algo tangible, es como si la propia piel se volviera transparente y otros pudieran ver en el propio interior, provocando ganas de desaparecer.

Y a la vez, tal y como concluyen Potter-Efron & Potter-Efron (1989), es una experiencia que, en **intensidad moderada,** resulta útil y saludable:

- Permite adquirir una mayor conciencia de uno mismo.
- Permite saber que se tienen limitaciones y cuáles son. Conocer los propios límites facilita el apropiarse más de uno mismo, y sacar mayor rendimiento a la energía personal, esto es, aumentar la competencia y el desarrollo de la identidad como seres humanos.
- Es principio de la humildad: mantiene en contacto con la realidad de que se necesita ayuda, y de que no somos omnipotentes.
- Es fuente de espiritualidad, pues hace plantearse que existe algo más perfecto.
- Es fuente de creatividad y aprendizaje, al reconocer la persona que no lo sabe todo.
- Conlleva un sentido de urgencia que motiva a hacer algo para sentirse mejor. Promueve que las relaciones funcionen bien.
- Puede ser una guía para vivir una vida plena y significativa: da una información valiosa relacionada con el propio comportamiento, informa que se está muy expuesto, que se ha roto una norma social muy básica o que se han violado criterios o valores que para uno mismo son muy

importantes.

- Sin la vergüenza no existirían ni la privacidad ni la intimidad. A la vez que protege la privacidad, mantiene a las personas conectadas con la comunidad.
- La mejor vergüenza es un sentido interno de imperfección, que puede revisarse y conectarse con un orgullo saludable.

**Vergüenza Sana**

Así para Greenberg (2000), la vergüenza sana es "La respuesta a violaciones implícitas o explícitas de nuestros criterios o valores personales, como fruto de reflexión valorativa adulta o intuitiva del propio comportamiento" (p.113).

La vergüenza sana se refiere a acontecimientos concretos, mientras que la vergüenza insana se convierte en una identidad (Bradshaw, 2006). Como muchas emociones, la vergüenza sana es una brújula relacional, y es una guía para tener en cuenta a los otros y no dañarlos. Las personas se encuentran conectadas en una red de relaciones en las que influyen y son influenciadas por los demás. La vergüenza sana ayuda a no crear un sufrimiento innecesario en la vida propia, y en las vidas de los demás (Flowers & Stahl, 2013). Es temporal y las personas se avegüenzan de algo que han hecho, "soy humano, cometo errores y en esencia soy valioso". En la vergüenza insana se da una generalización a partir de una conducta, que cuestiona la esencia del Ser, los valores de cómo se quiere ser y cómo se quiere ser visto por los demás, que lleva a una conclusión del estilo, "soy un desastre".

Es necesario distinguir la vergüenza de la culpa. (La culpabilidad también puede ser sana e insana).

> Aunque son similares, consideramos la vergüenza como algo central, o como una emoción fundamental, que está relacionada con la propia valía de uno como persona, mientras que la culpa es un estado más complejo que implica juicios aprendidos en relación a acciones o comportamientos específicos. **(**Greenberg & Paivio, 2000, p.303)

La vergüenza al igual que la culpa, es una emoción interpersonal. En la culpa el fallo está en el hacer, en la vergüenza el fallo está en el Ser. Una tiene que ver con las acciones, la otra con la esencia de la persona, pero en ambas, algo está mal entre uno mismo y el resto del mundo. Es necesaria la presencia real o imaginaria de un otro para sentirse avergonzado.

Según Erickson (2000), el sentimiento de vergüenza se desarrolla en la segunda etapa del desarrollo psicosocial (de los 15 meses a los 3 años de vida), donde el objetivo es encontrar el equilibrio entre autonomía *versus* vergüenza y duda.

El niño (aquí se usará el masculino para referirnos a ambos géneros) necesita de alguien que oriente sus sentimientos, entre ellos el de vergüenza sana, con tiempo, atención y límites, firmes pero comprensivos, que le aporten seguridad y tranquilidad a través de un control externo. Y así, el niño puede, en la relación con

un otro comprensivo, presente, sintónico, implicado en sus necesidades de seguridad y bienestar, desarrollar el aprendizaje del manejo de las experiencias de vergüenza.

> Cuando el natural deseo de afirmación y de ser especial es realizado fácilmente –de las innumerables formas que esto puede ocurrir– el niño se desarrolla tranquilamente, con una segura mezcla de satisfacción y optimismo. Esta estructura del self alcanza consistencia y estabilidad; se desarrolla su auto-estima y una actitud de confianza en los demás. Este fuerte sentido del self refleja lo que yo considero una dotación narcisista positiva. Por otro lado, sin esta temprana afirmación de un sentido de ser especial y significativo, el niño desarrolla una configuración del self poco segura y exigente. Requiere una constante atención y reaseguramiento, y/o se defiende de sus dudas sobre sí mismo con una respuesta rabiosa, una falsa autonomía, y grandiosa beligerancia o se retrae y constriñe su expresión de sí mismo (…).

La severidad e intensidad del narcisismo patológico refleja el grado de indiferencia parental (cuidador) para la demanda de confirmación tan necesaria de ser especial y único, imprescindible cuando el niño se está desarrollando (Morrison, 2008, p. 10).

**Vergüenza Insana**

Sin embargo, mientras una vergüenza moderada es útil y saludable, ser vergonzoso o ser un sinvergüenza no es tan saludable y tiene consecuencias negativas. Es la intensidad emocional insuficiente o excesiva lo que implica una vergüenza insana.

Una vergüenza avasalladora puede dañar a la persona de forma irreparable y le impide desarrollar su potencial: es como un tumor que ataca a la esencia de la persona, a su sentido del Ser. La persona vive encogida, disminuida, escondiendo sus habilidades a sí misma y a los demás.

En términos experienciales:

> La vergüenza es un sentimiento interior de estar disminuido o de ser insuficiente como persona. Es el yo juzgando al yo. Un momento de vergüenza puede ser una humillación tan dolorosa o un desprecio tan profundo que uno siente que le han quitado a uno su dignidad o lo han expuesto como básicamente inadecuado, malo o digno de rechazo. Este penetrante sentido de la vergüenza es la premisa actuante de que uno es fundamentalmente malo, inadecuado, defectuoso, indigno o no completamente válido como ser humano (Fossum & Masson, 1989, p. 23).

En contraste, una dosis insuficiente de vergüenza impide que la persona tenga una idea clara de quién es, como si le faltara el detector del pudor, el cual avisa sobre cuándo se sobrepasan los límites de otra persona y se invade su intimidad haciéndola sentir incómoda. Por eso, la intimidad con estas personas resulta difícil y sus

dificultades de empatía le pueden llevar a una vida de soledad.

Tanto en el caso de una excesiva o insuficiente vergüenza, la persona está desconectada de sí misma y de los otros, sin siquiera saberlo.

**¿Cómo pasa la vergüenza de ser sana y útil a ser insana y excesiva?**

Cuando este sentimiento se interioriza, y deja de funcionar como tal, puede convertirse en un rasgo característico de la personalidad. Como rasgo permanente, puede anular la identidad de la persona y sustituirla. Así, la vergüenza se convierte en tóxica y deshumanizadora.

La persona cree que su verdadero yo es defectuoso. No es capaz de conectar con su esencia, con el diamante en bruto que está en su interior, en el interior de cada ser humano, de saberse único y valioso. Entonces, como necesita un falso yo que no sea defectuoso, se coloca una máscara. Eso le lleva a dejar de existir de forma auténtica, viviendo desconectado de su yo real.

O la persona intenta ser más que humano (perfeccionista), o se muestra menos que humano (patán, oveja negra). Así, por ejemplo, se puede encontrar a la persona que necesita hacer todo perfecto para no sentirse mal y no puede disfrutar de sus éxitos; o, la persona que hace cosas que favorecen el fracaso de sus proyectos (es decir, que de alguna manera se boicotea); o que es el gracioso o el "tonto" del grupo esforzándose por ser aceptado.

De esta manera, como menciona Erskine (2016), la vergüenza y, también en consecuencia, la arrogancia –que es una doble defensa contra la vulnerabilidad ante la humillación– "puede ser una dinámica significativa en la mayoría de las dificultades relacionales, incluidas la depresión, la ansiedad, la obesidad, las adicciones y las manifestaciones caracterológicas" (p. 209).

La vergüenza lleva a la dependencia, porque la persona busca la aprobación y el bienestar en el exterior, al considerar que su interior es defectuoso. Por otro lado, vivir con la máscara, requiere gran cantidad de esfuerzo y energía.

**Componentes de la Vergüenza**

La **causa** de la vergüenza, es una reacción interna ante una interacción externa humillante, de desaprecio. La humillación provocada cuando se es ignorado; cuando se es definido arbitrariamente, sin tener en cuenta a la persona a quien se define; cuando se critica a la persona en lugar de criticar su comportamiento o cuando se ridiculiza a alguien, colocándole en una posición inferior.

Esta humillación coloca al sujeto en una **posición** dolorosa, disminuida y vulnerable, como consecuencia de la pérdida de conexión afectiva, amorosa o de cariño, con un otro significativo.

Ante esta situación, la **función,** la **motivación** de la vergüenza es la **autoprotección**, tal y como define Erskine (2016) "la vergüenza es un proceso de auto-protección utilizado para evitar los sentimientos que se derivan de la humillación y la vulnerabilidad por la pérdida de contacto-en-la-relación con otra persona"

(p. 195).

Expresa la esperanza inconsciente de que la otra persona se responsabilice y repare la ruptura de la relación. Todo ello obedeciendo a la necesidad que Berne (1974) denominó como "hambre de reconocimiento" (p. 37) o hambre de relación.

Este mecanismo auto-protector es un proceso complejo en el que se combinan varios componentes:

La conducta de crítica y/o humillación provocada desde el exterior, desencadena en la persona objeto de esa transacción respuestas a diferentes niveles, tanto a nivel interno, como a nivel externo.

Si tomamos el concepto del *Self* en Relación de O´Reilly-Knapp & Erskine (2003), se puede observar que internamente, en la dimensión afectiva, se da una transformación del afecto de la tristeza y del miedo. Aparece la tristeza de no ser aceptado por quien se es, acompañado de una pérdida dolorosa de la conexión afectiva con ese otro significativo. El miedo a ser rechazado por ser como se es: a no ser que se someta a la humillación de ese otro significativo, va a ser rechazado. Y la desapropiación del enfado: se reprime el enfado para no perder esa relación importante y significativa con ese otro. También están presentes el deseo de pertenencia y la esperanza inconsciente de que ese otro significativo se responsabilizará de reparar la ruptura de la relación.

En la dimensión cognitiva, aparece un auto-concepto disminuido con creencias del estilo "Algo está / va mal en mí". La negación y un sentimiento profundo de no ser digno de ser amado, de estar disminuido o ser insuficientemente bueno como persona.

En la dimensión fisiológica, aparecen reacciones fisiológicas de desensibilización y retroflexión, dónde se retiene o inhibe la respuesta, aquello que de forma natural se expresaría, contrayendo los músculos y guardando en los tejidos corporales las reacciones y las memorias emocionales.

Y en la dimensión espiritual, duda de su valor humano y representación de un fracaso del Ser.

A nivel externo, en la dimensión conductual, aparece una conducta de complacencia, la aceptación sumisa de las definiciones desvalorizantes, una confluencia con la crítica y/o la humillación. La persona se convierte en aquello en la que la definen las personas que la humillan. De ese modo, al esconderse, evita exponer su yo interno real, ante los demás y ante sí mismo, y a la vez, según Erskine (2016) "esta conformidad con la humillación asegura una relación continua y paradójicamente, es también una defensa" (p. 196).

El efecto de la vergüenza en la persona, funciona como un interruptor que apaga las expresiones de interés, el entusiasmo, interfiere en el disfrute de una experiencia, pone fin a la autoexpresión o a las expectativas, deseos e ilusiones, destruye la alegría, para la excitación y lleva a que la persona no reconozca sus propias cualidades y talentos.

Todo ello, para mantener el contacto interpersonal, para estar en la relación,

para pertenecer.

Así, tomando el diagrama del *Self* en Relación de O´Reilly-Knapp y Erskine (2003), se puede presentar de manera gráfica los componentes de la vergüenza en la forma que aparece en la figura 1:

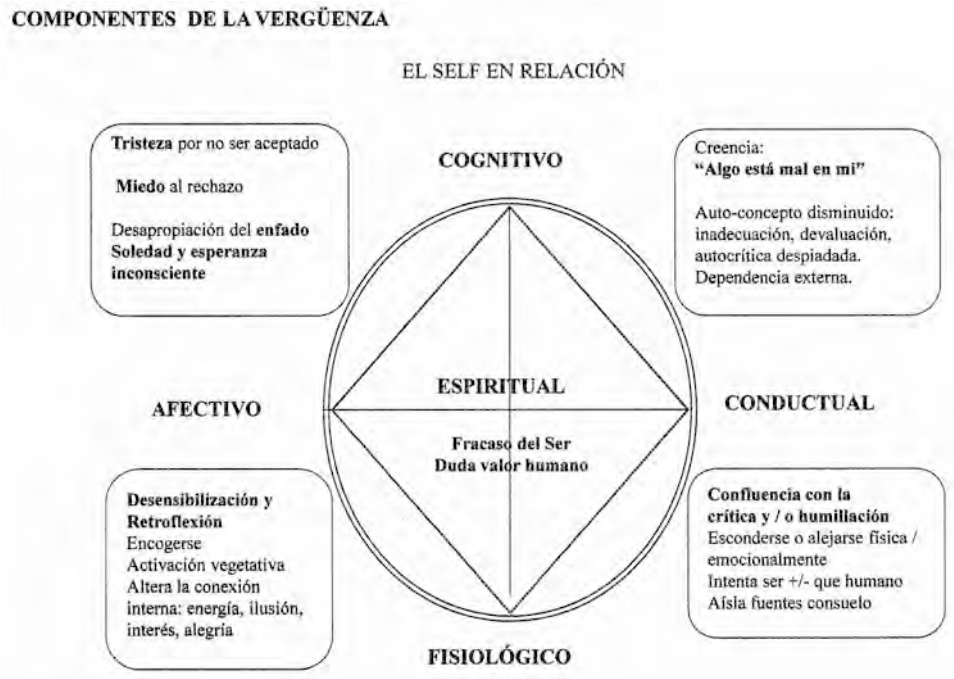


***Figura 1***
**Componentes de la vergüenza. Elaboración propia**

## Plan de Tratamiento de la Vergüenza desde la Psicoterapia Integrativa

Para planificar el tratamiento de la vergüenza**,** hay que partir de la naturaleza humana: somos seres sociales con una serie de necesidades relacionales (Erskine, 2016). Para poder desarrollarse saludablemente hay que tener en cuenta:

La necesidad de hacer contacto, de conexión afectiva con otros.

La necesidad de aceptación y valoración (aprecio) tal como se es.

La necesidad de que se alegren del propio bienestar y del desarrollo del propio potencial (que celebren cómo es uno y que está bien como es).

El "Ojo de la cerradura" de Erskine, Moursund & Trautmann (2012) –figura 2– nos muestra gráficamente, el proceso de la psicoterapia, desde los métodos relacionales. La indagación del psicoterapeuta, guiado por la sintonía y la implicación, puede abordar los distintos aspectos de la experiencia del cliente.

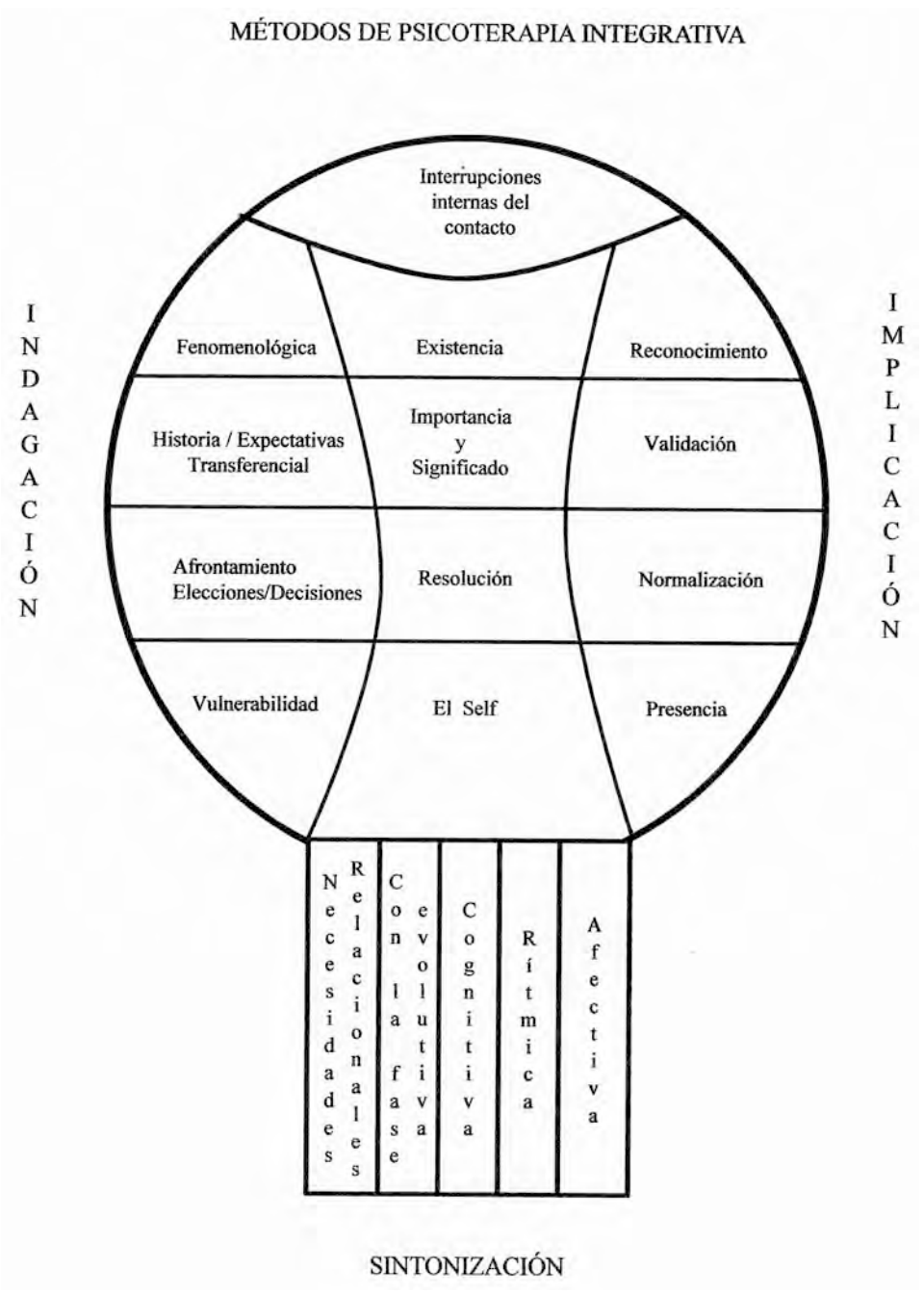


***Figura 2***
**El "Ojo de la cerradura" (Keyhole) Erskine, Moursund & Trautmann (2012).**

La vergüenza y la arrogancia son procesos defensivos en los que la valía de un individuo se descuenta, y la existencia, la importancia y/o la solvencia de una alteración en la relación se distorsionan o niegan. La implicación del terapeuta que utiliza el reconocimiento, la validación, la normalización y la presencia, disminuye la interrupción interna del que es parte de la negación defensiva que acompaña a la vergüenza. (Erskine, 2016, p. 211).

El concepto de descuento, del modelo del Análisis Transaccional (Mellor y Schiff, 1986), hace referencia a un mecanismo interno dónde la persona cree o actúa como si algún aspecto de sí misma, de otras personas o de la realidad fuera menos significativo de lo que realmente es.

Y así, si el psicoterapeuta se enfoca en la dinámica auto-protectora de la vergüenza y los distintos niveles de descuento, se puede orientar el tratamiento de la vergüenza, de la siguiente manera, (figura 3):

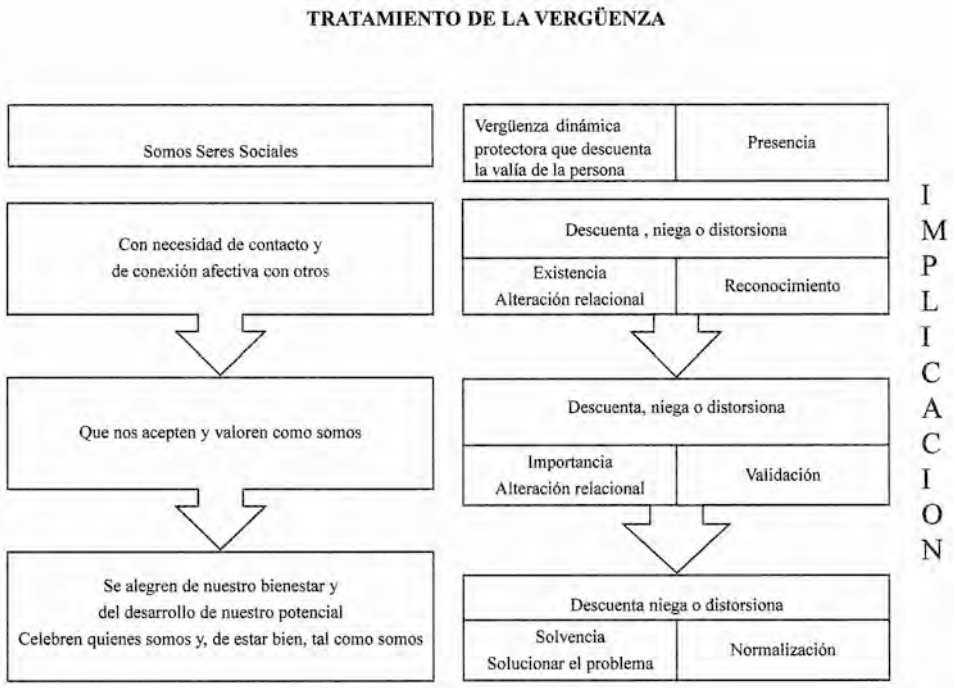


***Figura 3***
**Tratamiento de la vergüenza. Descuento. Elaboración propia.**

1. Se descuenta la valía personal.

Para contrarrestar este descuento se precisa de la **presencia** del terapeuta, que el cliente se sienta mirado y visto: un terapeuta que esté ahí para él, interesado en su bienestar. Y, a través de la **implicación** y una **indagación** fenomenológica y

**sintónica** con las necesidades, las emociones, el nivel evolutivo, con los pensamientos y ritmo, se deje impactar por la experiencia del cliente, y así, le facilite apreciar su auténtico valor.

Y la persona con vergüenza, a veces también…

a) Descuenta, niega o distorsiona la **existencia** de alteración en la relación. "No, yo no tengo problemas con mi padre. No nos vemos desde hace 2 años, pero nos llevamos bien". El **reconocimiento** por parte del terapeuta de los sentimientos y las necesidades de su cliente, le da permiso a éste para reconocerlas, expresarlas e integrarlas. Y de esta manera toma conciencia de la alteración de la relación y puede disolver la negación del afecto y la negación de las necesidades desde un reconocimiento interno.

b) Otros clientes reconocen la existencia de la alteración de la relación, pero le quitan **importancia**. "Sí mi padre me pegaba, pero era por mi bien, porque me quería". En este caso, cuando el terapeuta **valida** la experiencia fenomenológica del cliente, presentándola como una consecuencia de las perturbaciones relacionales con personas significativas, el cliente tiene la sensación de que su vergüenza, su baja autoestima, sus experiencias internas cobran sentido, no es que algo falle en él. Y esto aumenta su autoestima y le hace consciente de la influencia y la dimensión de los fallos relacionales.

c) Finalmente, hay personas que se culpabilizan por los fallos en la relación y se descuentan por su incapacidad para **solucionar** el problema. La responsabilidad por el fallo o ruptura relacional fue erróneamente colocada en el niño y no en el cuidador adulto. Pudieron decirle al niño, de modo explícito o implícito, "algo está mal en ti" o le responsabilizaron del bienestar de sus padres que, como tal, es una misión imposible para el niño y éste llegó a la conclusión de que "algo está mal en mí". En este caso, se utiliza la **normalización**, es decir, comunicarle que su experiencia de vergüenza, de autocrítica, de ridículo anticipado, son reacciones normales ante las experiencias acumuladas de humillación sufrida. Y el reconocimiento de responsabilidades, empezará por el terapeuta, (Guistolise, 1996) que asumirá su responsabilidad ante cualquier fallo en la relación terapéutica. Así, libera al cliente de la carga de responsabilidades ajenas.

**La vergüenza y las necesidades relacionales.** También se ha dicho que la vergüenza es una dinámica auto-protectora ante los fallos o rupturas relacionales, como resultado de la crítica y/o la humillación externa, que, entre otros aspectos, dejan de cubrir necesidades relacionales (Erskine, 2016).

Las rupturas relacionales, las necesidades relacionales y los antídotos relacionales aparecen en la figura 4.

Cuando ignoran a la persona, las necesidades que deja de cubrir son la necesidad de hacer impacto en el otro y la necesidad de reciprocidad. El antídoto sería el **reconocimiento**.

Cuando definen a alguien, la necesidad sin cubrir es la de autodefinición. Y el antídoto, la **indagación sintónica**. Ayudar al cliente a apropiarse, adueñarse de su

***Figura 4***
**Tratamiento de la Vergüenza. Rupturas y Necesidades Relacionales. Antídoto. Elaboración propia**

experiencia. El terapeuta, acompaña al cliente a que pueda auto-descubrir cómo da sentido a su experiencia, poniendo especial atención a si, en sus intervenciones, pueda estar implícito "algo está mal en ti" y mostrando respeto por los intentos de autodefinición y autonomía del cliente.

Cuando se es criticado, la necesidad por cubrir es la de seguridad y aceptación. El antídoto sería la **crítica del comportamiento**, no la crítica a la persona, junto con investigar el significado y el sentido de ese comportamiento, qué función cumple.

Cuando se ridiculiza a alguien, que también es una crítica, las necesidades pendientes son el respeto/validación y el ser tomado en serio. Y aquí, el antídoto es la **validación** y la **normalización**.

## Diseño y desarrollo del taller

**Objetivo.** En el diseño del taller, el objetivo de las autoras, era crear una propuesta para invitar a la reflexión sobre la teoría y la experiencia personal de vergüenza. Mediante una dinámica de proceso relacional de grupo (Erskine, 2015), se quería animar a los miembros del grupo a nombrar y normalizar experiencias de vergüenza, desde el compartir y el aprender juntos, en una relación segura, es decir, sin crítica ni humillación.

**Caldeamiento.** El taller se inició con aportaciones teóricas para diferenciar la

vergüenza sana de la vergüenza insana. Se buscó presentar las aportaciones de manera visual, auditiva, cinestésica…, con el propósito de facilitar la integración cognitiva de los participantes.

***Introspección.*** Tras esta introducción, se invitó a cada participante, a una introspección, para contactar internamente con recuerdos de una experiencia vergonzante vivida para que la pudiera observar, identificando aspectos fisiológicos, afectivos, cognitivos, espirituales y/o conductuales, implicados en la vivencia.

**Desarrollo y acción.** En el proceso relacional de grupo, los participantes compartieron, y se recogieron las dimensiones que cada uno identificó de su vivencia y su estilo personal de afrontamiento. Para ello, se dispuso de la *Figura 1*, Componentes de la Vergüenza*,* tomando el diagrama del *Self* en Relación de O´Reilly-Knapp y Erskine (2003), en la que los participantes completaron con sus propios contenidos los aspectos fisiológicos, afectivos, cognitivos, espirituales y/o conductuales, implicados en la vivencia. Los participantes, que así lo quisieron, compartieron el efecto de "apagarse" de esa vivencia de vergüenza.

A continuación, se les invitó a identificar y mencionar qué hubieran necesitado "del otro", en esa situación, para no experimentarla como vergonzante, nombrando lo necesitado. En los contenidos que compartieron se identificaba el reconocimiento, la validación, la normalización, así como una presencia respetuosa y atenta, por parte "del otro". Y posteriormente, se les invitó a identificar las necesidades relacionales implicadas, para cada uno de los participantes. Entre ellas nombraron la necesidad autodefinición, aceptación, validación, reciprocidad, ser tomado en serio…

**Integración.** Las autoras propusieron al grupo co-crear, nombrar y redactar, un antídoto y estrategias actualizadas ante la experiencia de vergüenza. Y como cierre del taller, trasladar esos contenidos, a un lenguaje simbólico, en un dibujo-mural con colores, que representara el antídoto en el manejo de situaciones potencialmente vergonzantes.

El desarrollo del taller se ayudó con los gráficos elaborados por las autoras que constan como *Figura 1* Componentes de la Vergüenza*, Figura 3* Tratamiento de la Vergüenza. Descuento y *Figura 4* Tratamiento de la Vergüenza. Rupturas y Necesidades Relacionales, Antídoto.

El "Ojo de la cerradura" (Keyhole) Erskine, Moursund & Trautmann (2012) (*Figura 2)*, resultó útil para ejemplificar los métodos relacionales de indagación, implicación y sintonización.

Al finalizar, se realizó una foto del dibujo-mural para los participantes del taller.

## Conclusión

Cómo se decía al inicio de este artículo, la experiencia de vergüenza sana es un sentimiento común y útil para los seres humanos y, a la vez, la vergüenza insana puede aparecer transversalmente en muchos de los estilos, patrones y trastornos de

la personalidad.

El tratamiento de la vergüenza necesita de un enfoque relacional, para restablecer y mantener el contacto-en-la-relación. Será vital no dar nada por supuesto, explorando la dinámica única en cada persona, ¿cómo se muestra en este cliente el deseo de relación, el dolor, la tristeza, el miedo, el enfado, la confluencia, la retroflexión, la/s creencia/s básica/s…?

Y será fundamental, que el psicoterapeuta, mediante los métodos relacionales de la indagación, sintonía e implicación, facilite el descubrimiento a/con la persona: que pueda revelar esa dinámica auto-protectora; conocerla y que se conozca a sí misma, desde las dimensiones fisiológica, afectiva, cognitiva, espiritual y conductual, antes que la búsqueda del cambio. De este modo, el psicoterapeuta favorecerá una disminución del descuento interno relacionada con la calidad de la relación y ayudará al cliente a disolver esa dinámica, y es pronosticable que aumentará su contacto interno y externo y, en consecuencia, su autoestima.

Además cabe subrayar que, cuando el psicoterapeuta aborda su propia experiencia de vergüenza en su psicoterapia personal estará en mejor disposición para comprender y sintonizar con la experiencia del cliente.

## Referencias bibliográficas


Bradshaw, J. (2006). *Sanar la vergüenza que nos domina* (3ª ed.). (M. Porti, trad.). Barcelona, España: Obelisco (Traducción del original en inglés de 1988).

Berne, E. (1974). *¿Qué dice Usted después de decir Hola?* (N. Daurella, trad.). Barcelona, España: Grijalbo (Traducción del original en inglés de 1973).

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. (R. Sarró, trad.). Barcelona, España: Paidós (Traducción del original en inglés de 1997).

Erskine, R. G. (2015). Proceso relacional de grupo: desarrollos en el modelo de Análisis Transaccional de psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia, 26*(101), 139-159. http://revistadepsicoterapia.com/rp101-07.html

Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa*. (A. Pérez Burgos, trad.) Londres, Reino Unido: Karnac Books (Traducción del original en inglés de 2015).

Erskine, R. G., Moursund, J. P. & Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación.* (N. Mestre, trad.). Bilbao, España: *Desclée de Brouwer* (Traducción del original en inglés de 1999).

Flowers, S. & Stahl, B. (2013). *Vivir abiertos de corazón: Mindfulness y compasión para liberarnos de la desvalorización personal.* Barcelona, España: Kairós.

Fossum, M. A. & Masson, M. J. (1989). *La Vergüenza, como enfrentarla y resolverla*. (F. González, trad.). México: Editorial Pax. (Traducción del original en inglés de 1986).

Guistolise, P. G. (1996). Failures in the Therapeutic Relationship: Inevitable *and* Necessary? *Transactional Analysis Journal, 26*(4), 284-288.

*Greenberg, L. S. (2000). Emociones: Una Guía Interna. (M. Blasco, trad.). Bilbao, España: Desclée de Brouwer* (Traducción del original en inglés de 2000).

Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia.* (C. Mateu y M. Blasco, trad.). Barcelona / Buenos Aires: Ediciones Paidós / Editorial Paidós (Traducción del original en inglés de 1997).

Mellor, K. y Schiff, E. (1986). Descuento. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, 16*, 31-38.

Morrison, A. P. (2008). Fenómenos Narcisistas y Vergüenza. *Clínica e Investigación Relacional, 2*(1), 9-25. Recuperado de: http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen2(1)Mayo2008/CeIR_V2N1_2008_1Morrison.aspx

O'Reilly-Knap, M. & Erskine, R. G. (2003). Core Concepts of an Integrative Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal, 33(2), 168-177.*

Potter-Efron, R. & Potter-Efron, P. (1989*). Letting Go of Shame: Understanding How Shame Affects Your Life*. Center City, MN: Hazelden Publishing.

# FILOSOFÍA DEL CUERPO, FENOMENOLOGÍA, DOLOR Y *FOCUSING*[1]

## PHILOSOPHY OF EMBODIMENT, PHENOMENOLOGY, PAIN AND FOCUSING

**Iván Ortega Rodríguez**
Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ortega Rodríguez, I. (2017). Filosofía del Cuerpo, Fenomenología, Dolor y *Focusing*. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 37-50.

### Resumen

*En este trabajo se busca determinar los desafíos que para la práctica del* focusing *supone el dolor físico desde la consideración que sobre el mismo hace el análisis fenomenológico. De ser ciertos los resultados de dicho análisis, el* focusing *puede tener sin duda un campo de aplicación para abordar el dolor, pero restringido a algunos tipos de dolores, en particular aquellos que permiten despejar un espacio y cuya perspectiva de duración hace que tenga sentido indagar por su significado. No obstante, aún con esta limitación se siguen planteando muchas y muy interesantes aplicaciones, encaminadas sobre todo a reconfigurar el sentido de sí mismo y de la propia vida cuando se vive con dolor crónico. Con esta exposición, se pretende también mostrar, con un ejemplo concreto, la relevancia de la filosofía fenomenológica para la comprensión del* focusing*, e inversamente lo que la práctica del* focusing *puede aportar a la fenomenología.*

Palabras clave*: Focusing, Fenomenología, Filosofía del cuerpo, Dolor.*

### Abstract

*In this contribution the aim is to indicate the challenges that physical pain, as described in phenomenology, poses to the practice of focusing. If the results of the phenomenological analyses are right, then focusing has undoubtedly a field in which it can be useful to approach pain; but this field will be restricted to some types of pain, particularly those that admit a "clearing of space" and whose estimated duration make it sensible to ask for a meaning. Nonetheless, even with this restriction in mind, many interesting applications of focusing become manifest, especially as far as the reconstitution of the sense of one's self and one's life when living in pain is concerned. With this exposition, it is also the intention to show, with a particular example, the relevance of phenomenological philosophy for the understanding of focusing, as well as what the practice of focusing may contribute to phenomenology.*

Keywords: *Focusing, Phenomenology, Philosophy of Embodiment, Pain.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 30 de abril de 2017. Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: ivan.ortega79@gmail.com
Dirección postal: Avenida Gran Vía del Sureste, 33, 3-4-C, 28051 Madrid. España

© 2017 Revista de Psicoterapia

Este breve trabajo debe empezar con una suerte de exposición de motivos a favor de su justificación. Se trata, en su origen, de un trabajo de alguien que no es psicólogo y que se presenta en un congreso de psicólogos. Esta contribución tiene sus raíces remotas en 2010. Por aquel entonces, el autor de este texto conoció esta técnica casi por casualidad. Vio un folleto en julio anunciando un curso introductorio al *focusing* para septiembre, le atrajo lo que decía y se apuntó. Tras la lectura del librito básico sobre el enfoque corporal de Gendlin (Gendlin, 2002), empezó a practicarlo de modo autodidacta. Cuando por fin hizo el curso del nivel I, se acabó de convencer y siguió adelante con todos los niveles. Desde entonces, la práctica del *focusing* ha sido una constante en su vida y ha podido comprobar de primera mano sus beneficios. Hubo además otra circunstancia decisiva: el autor es filósofo de formación y vive una clara vocación filosófica. Pues bien, desde esa vocación para la filosofía, encontró en el *focusing* un excelente ejemplo de filosofía aplicada.

Esto último se dice en sentido riguroso: dentro de la filosofía el autor de este trabajo se ha dedicado a la fenomenología. Este modo de filosofar, iniciado por Husserl a comienzos del siglo XX, pretende precisamente arrancar de la experiencia: se trata de prestar atención a nuestra conciencia, partiendo de cero, sin supuestos teóricos previos, y ver "qué da de sí". En este sentido, hablan (un tanto provocadoramente) de "volver a las cosas mismas". Se trata de volver a lo que encontramos en la experiencia, a las cosas tal y como se nos dan de entrada, "en sí mismas", sin añadirle interpretaciones que no se basen por completo en la misma experiencia. Desde ahí, ciertamente, se aspira a un salto audaz, como es determinar estructuras esenciales de la vida subjetiva, que finalmente es el ámbito de manifestación de todo lo que se nos da (Serrano de Haro, 2016b, p.166). No es, por tanto, ni generalización empírica ni descripción de casos particulares, sino una determinación de esencias a partir de lo que se tiene por análisis de la vida "sin supuestos". Esto último es sin duda problemático, pero en el camino se nos ofrecen unos ricos análisis de la vida consciente desde un punto de vista "interior" (desde el yo que los vive, y no desde una impersonal tercera persona, que es todos y nadie, como se hace, y debe hacer, en el enfoque objetivista científico); y estos análisis han demostrado ser enormemente fecundos en los algo más de cien años de historia de este movimiento filosófico. Y es que, en efecto, el punto de partida en el vivir consciente concreto, aparentemente modesto, abre caminos inexplorados[2].

Muy en particular, la fenomenología pone en valor el cuerpo en tanto "cuerpo vivido". Tiene claro que el cuerpo es algo más que una realidad objetiva con unos sistemas y unos modos de funcionamiento. El cuerpo es también cuerpo vivido, es cuerpo sentido por dentro, y nuestro estar en el mundo (y quedar entremezclados con él) tiene una inevitable componente corporal vivida. Con este trasfondo, no sorprende que el *focusing*le llamara la atención. Y menos sorprende aún que haya visto en el *focusing* un ejemplo de filosofía aplicada.

La tesis de que el *focusing* tiene mucho de fenomenología aplicada se refuerza si consideramos brevemente los fundamentos filosóficos en sentido estricto de esta

técnica. El *focusing*, en efecto, fue pensado por el filósofo y terapeuta Eugente T. Gendlin[3]. En su forma básica, cree que los significados y sentidos de la vida tienen su génesis en el plano de las vivencias corporales, del "cuerpo vivido", esto es, sentido por dentro y parte de la vida de conciencia. Es en ella donde se sitúa "lo implícito" y es en lo implícito desde donde ulteriormente, por un proceso de clarificación y simbolización, se obtienen los significados simbólicos y conceptuales. Se trata pues, de una teoría a la vez filosófica y psicológica, pues se ocupa de la génesis fáctica de los conceptos, pone el foco en los conceptos y sus símbolos, en cómo ellos *aparecen* a la vida de conciencia, pero a la vez lo integra en una teoría propia sobre la existencia humana y el conjunto de lo real que Gendlin ha ido desarrollando cada vez más y que aún sigue perfilando en sus tesis sobre un "modelo del proceso" (*A Process Model*). El asunto es que puede ocurrir que muchos sentidos queden en el plano implícito y que se opere con ellos sin tomar plenamente conciencia. De hecho en muchos casos ocurre así, pues resulta imposible manejar conscientemente todos los significados relevantes para llevar adelante la vida. Sin embargo, en ocasiones hay algunos significados que permanecen en lo implícito y cuya aclaración y simbolización ayudarían grandemente a la persona a mejorar su relación consigo misma, llevando a cabo su vida de una manera más sana. Precisamente, para ayudar en esta tarea de aclarar y simbolizar ideó Gendlin la técnica del *focusing*, estructurada originalmente en torno a seis pasos y que luego ha conocido otras variantes, como la de Anne Weiser Cornell (1999).

La afinidad que se plantea aquí entre la fenomenología y el *focusing* no es en absoluto accidental. Pues ocurre que Gendlin era filósofo, que conocía la fenomenología, y que los análisis fenomenológicos sobre el cuerpo vivido —junto con otras fuentes, como el vitalismo de Dilthey o en psicología la obra de Carl Rogers— estuvieron entre sus inspiraciones para su propia filosofía y para su técnica del enfoque corporal.

Esto ha llevado al autor de este trabajo a indagar en la posible fundamentación filosófica y epistémica del *focusing* desde la fenomenología. Se parte de la convicción de que la fenomenología puede aportar a la fundamentación teórica del *focusing*[4], y al revés: que el *focusing* puede aportar numerosos datos para la conceptuación fenomenológica, pues las experiencias ya acumuladas en innumerables sesiones de *focusing* y consignadas por numerosos *trainers* son un estupendo "cuaderno de campo" para la meditación fenomenológica sobre el cuerpo vivido.

En este contexto, el autor de este trabajo ha tenido la oportunidad de participar en un proyecto de investigación sobre filosofía del cuerpo y análisis del dolor. Al hacerlo, advirtió que el asunto del dolor físico tiene especial interés. En primer lugar, hay ciertos aspectos de los análisis fenomenológicos del dolor que parecen cuestionar el *focusing*, al menos parcialmente; no obstante, en segundo lugar, también parece haber margen para el *focusing*, incluso con unas aplicaciones prácticas y terapéuticas importantes para mejorar la vida de las personas con dolor, especialmente aquéllas que han de vivir con dolor crónico.

Este breve trabajo tiene también la intención de estimular la investigación en un campo a nuestro juicio relativamente poco trabajado, como es el del *focusing* y dolor. Hay ya algunas propuestas interesantes en el campo práctico-terapéutico, que se indicarán más abajo. Sin embargo, en primer lugar aún están muy ligadas a ciertas experiencias puntuales cuya generalización (y consiguiente elaboración de pautas más o menos aplicables en general) está aún por hacer. En segundo lugar, especialmente, creemos que estas propuestas no han abordado el asunto desde un punto de vista teórico, esto es: cómo el dolor obliga a replantear la base teórico-filosófica del *focusing*, y cómo dicha teoría convenientemente reformulada puede dar pistas para entender qué significa el dolor en la vida de una persona —más allá del enfoque biomédico, necesario pero insuficiente— y qué hacer para ayudarle con él, más allá de las técnicas estrictamente biomédicas, de nuevo imprescindibles pero también insuficientes. Y es que, en efecto, como se verá, el *focusing*, al menos allí donde es posible, puede ayudar a quien sufre dolor a abordar y *reparar* (o dejar que se repare, o sane) su relación con el dolor en cuanto éste afecta a la dimensión del *sentido de su vida*, que es diferenciable del dolor estrictamente físico (y de la enfermedad como dolencia); una sanación y reconstrucción de sentido que, con permiso de los fisicalistas más acérrimos, no parece resolverse sólo con farmacología u otra intervención médica, sino que exige que el sentido conmovido o roto por el dolor sea reconstruido *conscientemente en calidad de tal sentido*.

**Algunos elementos del *focusing* y su importancia**

D**espejar un espacio, relación con un "asunto" y descubrimiento de un sentido.** No es objetivo de este trabajo relatar en detalle la técnica del *focusing*. Entre psicólogos de orientación humanista es bastante conocida y en cualquier caso otros hay aquí que la saben contar mucho mejor que el autor. Baste señalar la división clásica en seis pasos, por más que haya otras variantes: en primer lugar, el paso de despejar un espacio, o dejar que desde el cuerpo se destaque algún asunto correspondiente con una situación vital; el segundo paso es el de encontrar un *feltsense* o significación sentida, el tercero es encontrar un asidero (*handle*), generalmente un símbolo que exprese correctamente el *feltsense*; por su parte, el cuarto paso, "resonar", consiste en verificar la corrección del asidero yendo de él a la vivencia corporal y de vuelta hasta asegurarse de la concordancia; asimismo, el quinto paso consiste en "preguntar y avanzar", de manera que se indaga desde el asidero y el *feltsense* a ver qué más nos dice el cuerpo desde ellos y si se nos invita a algo (siempre atentos a que sea un auténtico escuchar el cuerpo); finalmente, el sexto paso consiste en agradecer lo vivido, buscando una actitud amable hacia sí mismo y el propio cuerpo, cerrando así la sesión.

Más interesante que la descripción de los pasos, con todo, es llamar la atención sobre tres aspectos básicos de la práctica del *focusing* que luego se ven interpelados por la realidad del dolor.

El primero es el *despejar un espacio*. Es el "primer paso" de los seis de la

técnica básica. En éste, se invita a quien enfoca a preguntarse si hay algún asunto que en este momento despierte alguna reacción corporal. Una vez que quien enfoca localiza algún asunto con su sensación, no se entra inmediatamente, sino que se dan dos pautas: la primera de ellas es "abrir un espacio interior" con el asunto, no dejarse invadir por él, tomar conciencia de que "yo tengo este asunto, pero yo soy más que él"; la segunda consiste en dejar momentáneamente a un lado el asunto en cuestión y comprobar si hay otros que también despierten la atención[5]. Si la interpretación del autor de este trabajo es correcta, aquí hay una importante presuposición teórica: sólo si se da una *distancia* que permita objetivar la sensación puede continuarse con el proceso, lo cual presupone evidentemente que las vivencias corporales son objetivables, al menos las que pueden cristalizar en significados.

El segundo aspecto que cabe destacar es el de la relación con un asunto. Generalmente son preocupaciones aunque también puede tratarse de aspectos más "positivos". Desde ellos, se pregunta por la sensación que viene asociada a ellos; esta sensación es la que Gendlin denomina *feltsense* y que aquí se va a traducir como significación sentida, aunque también podría muy bien denominarse "sentido vivido" (Zirión, 2010, p.76). La clave para el tema que nos ocupa es que, al menos en principio, *no debe partirse de la pura sensación*.

El tercer aspecto importante es que la significación sentida descubierta es portadora de sentido. Lo es en sí misma en tanto significado, como ya se ha dicho, y lo es también porque ofrece una mejor comprensión de sí y de las posibilidades de acción que se le abren[6]. Esto resulta claro, especialmente, al considerar el quinto paso ("preguntar").

La importancia de estos tres aspectos se ve más claramente si se relaciona con lo que cabe describir como "tres momentos transformadores" del *focusing*, esto es, aquellos momentos que suponen un cambio interior. El primero es el mismo "despejar un espacio": una objetivación que contribuye a recuperar una conciencia de sí mismo como diferente de los asuntos que preocupan. Este paso supone ya un gran avance, pues frecuentemente los problemas tienen como aguijón el que invaden la atención hasta el punto de que ya sólo parece existir dicho problema. No en vano, este paso de despejar un espacio se practica frecuentemente como técnica aparte.

El segundo momento transformador es la formación (o determinación) de la significación sentida en referencia a un símbolo que hace de "asidero". Supone un grado mayor de objetivación, lo que incide en la separación del asunto y el nivel de autoposesión del yo (si se permite la expresión)[7]. La práctica del *focusing* confirma que una vez se logra determinar la significación sentida y el asidero hay un inmediato alivio, que sin necesidad de dar más pasos ya faculta para, fuera de la sesión, abordar la situación de una manera más confiada.

El tercer momento transformador es el del quinto paso, el de preguntar para profundizar y avanzar. Si en los pasos anteriores se avanzaba en la determinación de un significado que estaba borroso, aquí en cambio el movimiento es habérselas

con la situación y buscar nuevos caminos de acción y de despliegue de la existencia.

La presencia de estos tres momentos ayuda a entender la eficacia del *focusing*. En efecto, no es necesario llegar al quinto paso para que resulte efectivo. Ya el mero despejar un espacio tiene virtualidades terapéuticas. Es más, el proceso puede ser retomado en otro momento donde se había quedado detenido, por lo que en ningún momento puede hablarse realmente de una sesión "perdida".

Más en general, la práctica frecuente del enfoque corporal genera un verdadero hábito de estar más atentos a lo que se vive en el plano del cuerpo vivido. Además, la práctica frecuente del paso de "despejar un espacio" genera el hábito de intentar un distanciamiento respecto de lo sentido. Estos dos hábitos redundan en un mejor ajuste de las propias reacciones y en una menor probabilidad de verse invadidos y superados por los acontecimientos. Por ello, este hábito puede tenerse por una habilidad o incluso por una virtud en el clásico sentido aristotélico, como cuando se dice que un pianista es virtuoso.

Supuesto esto, el problema ahora es que frente a estas posibilidades del *focusing*, el dolor plantea algunas paradojas, centradas sobre todo en que el dolor parece ser él por sí mismo un asunto y en que dificulta, o incluso impide, el despejar un espacio. En cambio, si se logra mostrar que el *focusing* es posible por poder haber margen para despejar espacio, o por mostrar que el dolor en sí mismo puede relacionarse con sentidos vividos simbolizables, entonces pueden abrirse importantes posibilidades terapéuticas.

## *Focusing* y dolor

**Los tres momentos transformadores frente a la clasificación fenomenológica de los dolores físicos.** Nos preguntamos entonces si con el dolor puede haber un despeje de espacio, si puede haber determinación de una significación sentida con "asidero", y si puede haber profundización y avance. En todo ello, además, hay una progresión, donde el elemento anterior es condición del siguiente. Es decir: sólo si puede haber despeje de espacio puede haber significación sentida y profundización, y sólo si hay significación puede haber profundización.

### Clasificación fenomenológica de los dolores

Para poder responder a estas preguntas, conviene presentar primero algunos resultados elementales de la fenomenología del dolor físico. Para ello, pueden tomarse, como primeras referencias, los estudios relativamente recientes de Christian Grüny (2004) y Agustín Serrano de Haro (2011 y 2016b). De acuerdo con ellos, cabe clasificar los dolores físicos conforme a dos criterios: por una parte, según ocupen el campo de atención, dividiéndose en dolores atentos (en el centro) co-atentos (junto a lo que ocupa nuestra atención) o inatendidos (en los márgenes del campo de atención); por otra, pueden clasificarse los dolores según tengan una duración limitada (dolores agudos) o se prolonguen en el tiempo (dolores crónicos).

En el caso de Serrano de Haro, según su última exposición (Serrano de Haro,

2016b), puede hablarse con mayor precisión de tres tipos de dolores según su ocupación del campo de atención: primero están los dolores que están *en el centro* del campo de atención, que incluso invaden y que apenas dejan margen para ocuparse de otra cosa o siquiera considerarlos más allá de su pura aflicción. En casos extremos, el dolor no deja atender a nada más, él parece ser todo el asunto de la vida. Así, al menos, parece inferirse a partir de las experiencias narradas por algunos autores en primera persona y que se han empleado como base para el análisis fenomenológico, como por ejemplo los clásicos análisis de la tortura realizados por Elaine Scarry (Scarry, 1985, pp. 27-59), aunque otros autores rechacen la tesis de la "ocupación total" del campo de atención y afirmen la conservación de una mínima distancia necesaria (Serrano de Haro, 2016b).

Tras los dolores atentos, están los dolores que están en *la esfera de coatención*, esto es, que forman parte de lo co-presente cuando se les presta atención concentrada a otra cosa pero que a la vez amenazan con ocupar el centro, son esos dolores que molestan pero que se puede, siquiera en parte, dejar a un lado y seguir con las propias ocupaciones; y por último los dolores inatendidos, que son aquellos que permanecen sin problema aparente fuera del foco de atención, que se pueden notar en los márgenes de la conciencia pero que no parecen amenazar con ocupar el centro: son las "molestias" que apenas pueden calificarse de dolores, aunque ciertamente puedan ser "recordatorio" de lo que el dolor puede suponer de disruptivo en nuestras vidas.

Por otra parte, el segundo criterio distingue por un lado los "dolores agudos": son aquellos que se viven como teniendo un final próximo. La variedad de ejemplos es muy grande (y admitiría más clasificaciones). Está por ejemplo el dolor de pillarse la mano con la puerta y notar que la mano queda resentida un buen rato; o está también, especialmente, el dolor de cuando van a hacer una prueba médica que comporta dolor, como un análisis de sangre o el dentista. En todos estos casos, el dolor es vivido como más o menos intenso, pero acaba por desaparecer. Además, en numerosos casos, se sabe que el dolor acabará, por lo que se vive ya con la anticipación de su final. Obviamente, no siempre se sabe que acabará, a veces se siente un fuerte dolor del que se ignora su naturaleza pero que acaba al poco —es el caso sobre todo de los dolores que irrumpen en la zona del tronco o abdomen— ; no obstante, cuando terminan les ocurre lo mismo que al resto de dolores agudos, a saber, que se restablece la vida corriente, aunque quizá con la confianza básica en el mundo un tanto conmovida.

Muy distinto es el caso de los "dolores crónicos". Éstos acompañan a quien los vive todo el rato. Puede haber variaciones de intensidad, pero siempre se encuentran en el trasfondo. No hay aquí perspectiva de alivio en el futuro. Más aún, un relativo alivio del dolor se vive con conciencia de que tarde o temprano puede volver a intensificarse. En estos casos, el único modo en el que parece posible afrontar este dolor es "hacerle un hueco" en la vida, aprender a vivir con él, hacer que, en lo posible, quede integrado tanto en el propio esquema corporal como en el horizonte

de posibilidades ante el que siempre se vive la vida.

La sucinta descripción que hemos hecho puede quedar sintetizada en este sencillo esquema (tabla 1):

**Tabla 1.**
***Clasificación de los tipos de dolor***

| Criterio de calificación. | Ocupan el centro de atención. | Ocupan parcialmente el campo de atención. |
|---|---|---|
| **Tienen un final predecible.** | Dolores agudos atentos. | Dolores agudos co-atentos o inatentos. |
| **Carecen de final predecible** | Dolores crónicos atentos. | Dolores crónicos co-atentos o inatentos. |

A partir de lo anterior, parece claro que uno de los grandes desafíos viene dado por el dolor crónico atendido o coatendido, especialmente aquél que se hace lo suficientemente intenso como para ocupar una parte importante de nuestro campo de atención, si es que no llega sin más a plantarse permanentemente en el centro, o a hacerlo intermitentemente. En este sentido, merece la pena señalar otro efecto advertido en la fenomenología del cuerpo respecto del dolor: los procesos de "des-personalización" y "re-personalización" que conllevan (Geniusas, 2016, pp.147-165, especialmente las pp.153-158). El dolor crónico conlleva en primer lugar una "des-personalización" en tanto descoloca o incluso desmonta la percepción de sí y la estructuración que el sujeto había elaborado de su vida e identidad. Causa disrupción en la relación entre el sí mismo y su cuerpo vivido, pues ya no se le presenta como "aliado" sino "rebelde" en su proceso vital. Causa disrupción en la relación de la persona consigo misma, al quedar conmovida su autoconfianza: "ya no se puede bajar las escaleras, llevar una taza de café a la mesa o darle la mano a alguien" (Geniusas, 2016, p.153). Causa disrupción también en las relaciones con el mundo, tanto perceptivas, afectivas y conceptuales, llegando incluso a amenazar con aislarnos:

La blefaritis nos ciega, la migraña nos dificulta contemplar nuestros pensamientos, un ataque de asma nos obliga a olvidar nuestra relación afectiva con otros. El dolor crónico se convierte en una muralla viviente que se interpone entre el sí mismo y el mundo alrededor (Geniusas, 2016, p.153).

Finalmente, causa también disrupción en la relación con otros: por una parte, tiende a aislar, pues no puede ser compartida por otros; además, por esta misma razón resulta difícil de entender por los demás, planeando siempre el peligro de creer que quien sufre dolor "está exagerando" y que "no es para tanto"; y por último, la relación con los otros queda alterada al hacer a quien lo vive dependiente de los demás.

No obstante, el dolor también comporta una "re-personalización" en tanto quien lo vive se ve en la necesidad de reconstruir las relaciones perturbadas o rotas

por el dolor (Geniusas, 2016, p.156). Tiene que reconstruir su relación con su cuerpo, consigo mismo, con el mundo y con los demás. La diferencia, claro está, se encuentra en los modos de hacerlo, y ahí el *focusing* puede jugar un papel crucial aunque para ello haya que preguntarse previamente por su posibilidad.

**La posibilidad del *focusing* en situaciones de dolor**

Supuesto lo anterior, podemos ahora preguntarnos por la aplicación del *focusing* al dolor físico. La tesis de este trabajo es que el *focusing* presenta posibilidades interesantes tanto para vivir la realidad del dolor físico como de cara a su conceptuación teórica. Contamos además ya con experiencias interesantes en este sentido. No obstante, a nuestro juicio también hay algunas dificultades que requerirían una atención especial.

Estas breves notas pueden articularse en torno a los cinco pasos y los tres "momentos transformadores" antes mencionados. En este sentido, hay que recordar que el primer paso (y momento transformador) es el de despejar un espacio. Pues bien, aquí podría verse una potencialidad y un límite del *focusing*. Siguiendo las consideraciones de Grüny (2004) y Serrano de Haro (2016b) cabe decir que hay margen para "despejar" un espacio con aquellos dolores que no llegan a ocupar todo el campo de atención. En cambio, en aquellos dolores que ocupan todo el campo de atención y que impiden atender nada más —o que si acaso dejan un margen estrictamente mínimo— puede haber un serio problema a la posibilidad de despejar un espacio. Quizá incluso haya que decir que aquí hay que buscar otras técnicas, o al menos la aplicación de analgésicos hasta que puedan darse las condiciones. Con todo, tampoco hay que concluir que sea imposible sin más, pues puede que la práctica del *focusing* encuentre algún camino, aunque sea apartándose de la técnica "ortodoxa".

El segundo punto que podemos tener en cuenta es la determinación de la significación sentida y del "asidero". Aquí volvemos a encontrarnos en una situación parecida. No obstante, en este punto es preciso introducir la otra distinción descrita hace un momento, a saber: la diferencia entre dolores agudos y crónicos. Respecto de los dolores agudos que ocupan el centro de atención, habría que decir de nuevo que no parece haber posibilidad de significación sentida y asidero, al no darse la primera condición de despejar un espacio. En cuanto a los dolores agudos coatentidos o inatendidos, sí que hay posibilidad de despejar un espacio y por tanto, en principio, sería posible la significación sentida y el asidero. No obstante, como los dolores agudos se viven anticipando su final precisamente esto puede hacer que no se le vea sentido a descubrir significación (o mejor dicho, que "se viva" que no tiene sentido).

En cambio, en el caso de los dolores crónicos, el panorama puede ser diferente: en aquellos que permiten "despejar un espacio" o "tomar la distancia justa", dan pie a abordarlos desde la técnica del enfoque corporal. Es aquí, a mi juicio, donde pueden situarse experiencias muy interesantes que ya se han hecho, por ejemplo por

parte de Bev Stevenson (1998) Elena Frezza (2016) o Eugenia Resmini[8].

Muy estrechamente relacionado con lo anterior están las posibilidades en lo que toca al quinto paso, al profundizar y avanzar (el "tercer momento transformador"). Aquí, si la interpretación aquí planteada es correcta, se repite la situación anterior: el *focusing* puede tener cierta aplicación en los dolores agudos coatentidos o inatendidos, pero sobre todo en los crónicos que permiten un distanciamiento. Además, en el caso de este quinto paso, sí que puede haber margen para encontrar un sentido a partir de la misma vivencia del dolor, algo que percibamos que necesitamos o a lo que nos sintamos invitados. Si es así, entonces podría haber una posible "corrección" a la negativa rotunda que —si es cierta la interpretación del autor— hacen planteamientos fenomenológicos como los de Grüny a encontrar sentido en la experiencia del dolor (Grüny, 2004, pp.260-266).

**Posibilidades para enfoques terapéuticos globales**

Para concluir puede echarse una mirada más amplia y considerar las posibilidades terapéuticas globales del *focusing* en situaciones de dolor. Así, puede decirse que el *focusing* puede contribuir a un proceso sano de "re-personalización" de la subjetividad de quien vive con dolor crónico. Como se señaló anteriormente, el dolor conlleva una experiencia de "des-personalización", lo que fuerza a reelaborar la propia experiencia en una re-personalización. Obviamente, esta re-personalización puede tomar caminos poco sanos: puede adoptar los rasgos de una vida castigada por una culpa, entre otras posibilidades dañinas (Geniusas, 2016, p.156). En este sentido, el *focusing* puede ayudar a encontrar una re-personalización sana. En especial, recuérdese que uno de los factores que quedan perturbados y que requieren reconstitución es la relación del sujeto con su propio cuerpo, que incide inmediatamente en su relación consigo mismo. Precisamente, como el *focusing* invita a dirigir una mirada amable al cuerpo, también al cuerpo doliente, puede contribuir decisivamente a que la indispensable reconstrucción de la relación con el propio cuerpo se haga por vías sanadoras.

Estas potencialidades del *focusing* respecto de la des-personalización y re-personalización ganan en importancia si vemos que pueden aportar de cara a un enfoque psicoterapéutico de las personas que viven con la enfermedad, enfoque que puede ser útil también para todo profesional que trabaje en relación de ayuda (profesionales de la enfermería y medicina, psicoterapeutas, etc.), o sencillamente toda persona que se vea acompañando a alguien que pasa por una enfermedad o vive con ella (Geniusas 2016, pp.159-161). En efecto, el dolor crónico suele ser un fenómeno concomitante a la enfermedad, en concreto a la enfermedad como situación vital del paciente; o en todo caso es él mismo una patología que hace que la persona se viva como enferma. Aquí se hacen estas precisiones sobre patología y enfermedad como situación vital porque desde el clásico trabajo de Kay Toombs (1992)[9] sobre fenomenología de la enfermedad, se distingue entre enfermedad como patología (*disease*) y la enfermedad como situación vital (*illness*). La primera

es un desarreglo orgánico, la segunda es un cambio en cómo se vive la persona en su vida y le da sentido; la primera sencillamente se "cura" (*cure*) mientras que la segunda necesita "sanar" (*heal*). No se trata de una contraposición dicotómica, sino de un entremezclamiento de ambas dimensiones, de manera que por un lado difícilmente puede sanarse la situación de enfermedad de alguien si no se aborda la patología, pero tampoco parece suficiente abordar la patología para ayudar a sanar a la persona que vive una situación de enfermedad. Parece que la sanación de una persona enferma va mucho más allá de su *curación*: hace falta que la persona *reconstruya su sentido*; y para ello, el *focusing* puede ser un poderoso aliado, al fomentar una escucha paciente al cuerpo, viendo si hay algo a lo que se ve invitado, por ejemplo a corregir ciertas pautas de acción, por atención a lo que le pide su cuerpo necesitado de cuidados amables.

Igualmente, en relación con el proceso que acabamos de señalar, es un hecho establecido que el uso del símbolo certero ayuda a quien vive con dolor crónico a un mejor afrontamiento del mismo. Así es cuando su dolor puede recibir en palabras un diagnóstico preciso, o cuando puede decirse con palabras qué proceder tiene este dolor y por tanto cómo puede ajustar su actuar para vivir con él, esto es, en cierto modo, darse cuenta de lo que el cuerpo pide que ajustemos. Esto además le permite reajustar su concepto de sí mismo, aceptando que no puede hacer todo lo que su autoconcepto anterior le requería, a la vez que sigue pudiendo forjarse un autoconcepto que le permite verse como alguien con capacidades, distintas a las de antes pero alejadas también de la temida imagen de sí mismo como completamente incapacitado. Igualmente, el papel del símbolo se da también cuando a la paciente se le permite hacer uso de metáforas con las que decir su dolor, lo que conlleva sentir que escucha su cuerpo, y que los demás le escuchan a ella y a lo que ella tiene que decir de su dolor:

Al intentar encontrarle un sentido al dolor, la sola información frecuentemente no basta. En su lugar, los significados compartidos contenidos en nuestras expresiones metafóricas tienen la capacidad de facilitar una comprensión científicamente informada del dolor en un nivel dotado de sentido. Las metáforas tienen la capacidad de sacar orden del caos (Stewart, 2016, p. 326).

Estas metáforas, con todo, no están exentas de peligro, pues también pueden ahondar a quien tiene dolor en una autoimagen negativa o falseadora: "sin embargo, ellas [las metáforas] tienen también la capacidad de desconcertar, magnificar las preocupaciones u obstaculizar la recuperación" (Stewart, 2016, p.326). En este sentido, la advertencia de Susan Sontag contra el uso de metáforas del tipo "guerra" o "combate" en enfermedades como el sida o el cáncer sigue siendo pertinente (Sontag, 1989). En todo ello, el *focusing*, con su insistencia en los pasos 2, 3 y 4 por escuchar amablemente el cuerpo vivido y buscar el símbolo certero, siempre asegurando que se corresponde con lo sentido, puede ser de una gran ayuda para encontrar símbolos y metáforas que respondan a lo real y corporalmente vivido.

**Conclusión.**

Con todo lo dicho no se han agotado las interlocuciones entre fenomenología del cuerpo y *focusing*. En el plano del análisis fenomenológico del dolor, hay un resultado que no deja de plantear, a nuestro juicio, una sugerencia interesante para el *focusing*. Se trata de la "materialización" que, en buena parte a pesar de quien lo vive, se da con algunos dolores (agudos, pero sobre todo crónicos). En efecto, cuando sentimos un dolor, vivimos una auténtica objetivación y explicitación de esta parte del cuerpo. Por ejemplo, normalmente no sentimos los órganos internos, sin embargo, cuando se sufre un dolor abdominal, en ese momento se nos presenta como un objeto el abdomen. Lo mismo puede decirse de otros órganos. Lo que no suele aparecer, y en realidad *no debe*, se nos pone delante al modo de un objeto; y lo hace en cierto modo como adquiriendo cierta autonomía, no como algo que sin más somos nosotros sino como algo que se presenta *delante de nosotros* (Grüny, 2004, pp.212-258). Más aún, no sólo se objetiva, esto es, se perfila en sus contornos y se nos presenta como algo delimitado; además se *materializa*, es decir, experimentamos que una parte de nuestra corporalidad vivida adquiere masa, peso, se hace algo material, incluso un "trozo de carne" o un órgano, al modo como considera el cuerpo un cirujano (el cirujano ve nuestro cuerpo como un ente orgánico, como "carne" en la que él debe intervenir, pero nosotros, precisamente, no nos vivimos así, salvo cuando el dolor nos obliga a ello).

¿Por qué cabe decir que aquí se plantea algo interesante al *focusing*? Porque en cierto modo, es como si la significación sentida se nos diera ya objetivada, como algo definido, que pide —o reclama, o implora— un asidero. Sería muy interesante que el *focusing* abordara esta realidad de un dolor en el que ya se nos objetiva una parte de nuestro cuerpo, que preste atención a ella, que despeje un espacio, le busque un asidero a esa significación sentida y le pregunte si necesita algo.

Aparte de todo lo anterior, hay otra cuestión que es importante para el *focusing* tanto a nivel teórico como práctico. Se trata de una particularidad que a nuestro juicio puede advertirse en el tratamiento del dolor desde el *focusing*. Consiste en que —al menos en la técnica básica— debe haber una relación entre lo sentido y algún asunto vital. Generalmente se parte de los asuntos y problemas que uno tenga y se presta atención a cómo son vividos corporalmente; a lo sumo, se puede partir de una sensación pero ésta debe conectar con algún asunto. Sin embargo, en el caso del dolor, las mismas experiencias prácticas del *focusing* apuntan a algo distinto: en ellas nos situamos ante ese dolor, tratando de estar junto a él, pero no se intenta inmediatamente ponerlo en relación con algún "asunto" de la vida. En realidad, al arrancar el proceso, puede decirse que *el dolor es el asunto*. Y en este caso, el proceso consistirá en atender a ese dolor desde una cierta toma de distancia; desde ahí, se atenderá a la posible formación de una significación sentida y, llegado el caso, se procederá a la profundización y avance. De esta manera, lo que al menos en principio quedaba excluido, la atención a una "pura" vivencia corporal, parece ahora en cambio ser portador de significación. Esto podría conllevar una

reconsideración de la misma técnica del *focusing* pero también de la filosofía que lo sustenta.

Estas consideraciones son forzosamente provisionales. Con todo, el autor de este trabajo espera haber podido mostrar que el *focusing* o enfoque corporal constituye una perspectiva interesante a nivel teórico y práctico. Espera haber mostrado también que podría ser muy fructífera una interlocución con las filosofías del cuerpo en general y la fenomenología del cuerpo vivido en particular. Por una parte, el enfoque corporal puede mostrarle a las filosofías del cuerpo un camino de realización práctica (y puede que incluso de "verificación" de sus tesis). Por otra, el enfoque corporal podría encontrar en la filosofía, y sobre todo en la fenomenología de la corporalidad, un apoyo para decir que su base está en una rigurosa consideración del existir humano en el mundo. Por más que estos desarrollos sean muy provisionales, y seguramente necesitados de muchas correcciones, si se ha logrado despertar interés en estos asuntos, el autor se da por satisfecho.

## Notas:

1 Este trabajo se inscribe en el proyecto Fenomenología del cuerpo y análisis del dolor (FFI 2013-43240-P), con Agustín Serrano de Haro, científico titular del CSIC, como investigador principal.

2 El lector interesado puede consultar una excelente introducción a la fenomenología husserliana y sus caminos inexplorados en Serrano de Haro, (2016a).

3 Lo que sigue es una síntesis muy apretada basada sobre todo en dos obras fundamentales de Gendlin: su tesis doctoral, El experienciar y la creación de significado (Gendlin, 1997) y Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal (Gendlin, 2002). Un tratamiento más completo debería considerar otras obras que aquí no se tienen en cuenta por razones de espacio y tema del trabajo.

4 Esta relación entre focusing y fenomenología ha de diferenciarse de la exposición de la filosofía propia de Gendlin en cuanto pensamiento original suyo, lo cual es objeto de un trabajo distinto al que figura aquí. Esta lectura fenomenológica del focusing es aquí sobre todo una hipótesis propia, con decisiva influencia de A. Zirión (2010), por lo que el autor de este trabajo es el único responsable de sus eventuales deficiencias.

5 Con mayor precisión, la indicación de prestar atención a más asuntos no es seguida por algunos expertos; la que en cambio sí es aceptada unánimemente es la de poner a distancia la sensación ("desidentificarse" de ella).

6 En realidad, el concepto de sentido que se maneja aquí es el heideggeriano. Heidegger, en efecto, entiende "sentido" como aquello que está de fondo y que permite comprender con claridad lo dado, en su terminología: el "fondo sobre el cual" algo resulta comprensible (Heidegger, 2003, §65, p.341). En el caso de la existencia humana, ese fondo hace también comprensible el que se esté ante posibilidades comprensibles y entre las que hay que elegir.

7 Esto, por cierto, distanciaría al focusing de otras técnicas que invitarían a disolver el yo. Aquí se invita al "desapego", pero para saberse a sí mismo siendo "más" que lo que apega.

8 De Eugenia Resmini no nos constan publicaciones. El conocimiento que el autor de este texto tiene de su trabajo es el fruto de haber participado en un excelente taller monográfico sobre focusing y dolor crónico en Barcelona en noviembre de 2015.

9 Aunque la diferencia entre disease y illness está tomada de Toombs, la descripción que viene a continuación es elaboración del autor, por lo que las eventuales discrepancias con lo dicho por Toombs son reconocidamente responsabilidad de dicho autor.

## Referencias bibliográficas


Frezza, E. (2016). *Focusing y dolor crónico*. Recuperado de http://focusingargentina.com.ar/focusing-y-dolor-cronico

Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the Creation of Meaning* (2ª ed.). Illinois: Northwestern University Press.

Gendlin, E. T. (2002). *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal* (2ª ed.). Bilbao, España: Mensajero (Traducción del original en inglés de 1981).

Geniusas, S. (2016). Phenomenology of Chronic Pain: De-Personalization and Re- Personalization. En S. Van Rysewyk, (ed.), *Meanings of Pain* (pp.147-164). Cham (Suiza): Springer International Publishing,

Grüny, C. (2004). *ZerstörteErfahrung. EinePhänomenologie des Schmerzes*. Würzburg: Königshausen y Neumann.

Heidegger, M. (2003). *Ser y tiempo*. (J.E. Rivera, trad). Madrid, España: Trotta.

Kay Toombs, S. (1992). *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient.* Dordrecht: Springer Science+Business.

Scarry, E. (1985). *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*. Oxford-New York: Oxford University Press.

Serrano de Haro, A. (2010). Atención y dolor. Análisis fenomenológico. En A. Serrano de Haro, (ed.), *Cuerpo vivido* (pp. 123-161). Madrid, España: Encuentro.

Serrano de Haro, A. (2016a). *Paseo filosófico en Madrid. Introducción a Husserl*. Madrid, España: Trotta.

Serrano de Haro, A. (2016b). Pain Experience and Structures of Attention: A Phenomenological Approach. En S. Van Rysewyk, (ed.), (2016). *Meanings of Pain* (pp. 165-180). Cham (Suiza): Springer International Publishing.

Sontag, S. (1989). *Illness as Metaphor.Aids and Its Metaphors*. Nueva York: Picador.

Stevenson, B. (1998). *Una destacable sesión de focusing con dolor debido a daño físico severo*. (L. Robles Campos trad.). Recuperado de: https://focusingresources.com/downloads/fisico_severo.pdf. (Traducción del original en ingles de 1998).

Stewart, M. (2016). Seeking Order Amidst the Chaos: The Role of Metaphor Within Pain Reconceptualisation. En S. Van Rysewyk, (ed.). *Meanings of Pain* (pp. 325-353). Cham, Suiza: Springer International Publishing.

Van Rysewyk, S. (ed.) (2016). *Meanings of Pain*. Cham, Suiza: Springer International Publishing.

Weiser Cornell, A. (1999). *El poder del focusing.* Barcelona, España: Obelisco.

Zirión Quijano, A. (2010). El enfocamiento (*focusing*) y la fenomenología. *Eikasia. Revista de Filosofía*, *5*(33), 73-99.

# LAS TERAPIAS DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR: UN ENFOQUE NARRATIVO

## FAMILY REUNIFICATION THERAPY: A NARRATIVE APPROACH

**Ricardo Ramos Gutiérrez**
Unidad de Psicoterapia. Hospital de Sant Pau, Barcelona, España.
Psiquiatra, Terapeuta Familiar, Supervisor-Docent en Terapia Familiar.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ramos Gutiérrez, R. (2017). Las Terapias de Reunificación Familiar: Un Enfoque Narrativo. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 51-64.

### Resumen

*Las Terapias de Reunificación Familiar son tratamientos familiares indicados de forma más o menos imperativa a las familias que buscan el retorno de menores que les han sido previamente retirados por sospecha o evidencia de maltrato. Habitualmente la relación de la familia con los servicios es problemática y esta relación alcanza al terapeuta que es visto como una prolongación de los Servicios de Protección. En este contexto el proceso terapéutico no puede limitarse a tratar la reacomodación de las relaciones de los padres y los hijos después de haber vivido separados por periodos de tiempo habitualmente largos. El terapeuta debe incluir en su foco la mejoría de las relaciones entre la familia y los profesionales, así como la de las relaciones interprofesionales, dado que la terapia es una condición necesaria, pero no suficiente para el retorno, por lo que algunos de esos profesionales van a seguir estando presentes en la vida de la familia. Basado en un Modelo denominado Narrativo y Temático, que se desglosa en el texto, se desarrolla una Guía para la intervención que trata de tener en cuenta la complejidad de estos casos problemáticos y multiasistidos, y que se ilustra con un ejemplo clínico.*

Palabras Clave: *Maltrato Infantil, Protección de Menores, Reunificación Familiar, Psicoterapia Narrativa y Temática.*

### Abstract

*Family Reunification Therapies are recommended families treatment indicates for those families that want their children to return alter having been moved away because of abuse suspicion or evidence. Such therapies are more o less mandatory depending on the case. The relationship between the famiy and protection services is usually problematic and such relationship affects the therapist, who is seen as an extensión of that services. In this context, and given the fact that therapy is a requirement, but not enough for a child return's because professionals wil remain presente in the family life, the therapeutic process cannot be limited to deal with the adjustment of parent-child relationships. Hence, the therapist must incluye in her/his focus the improvement of the relationship between the family and professional, as well as relationship between professionals. Based on the so called Narrative Thematic model analysed in this text, an intervention guide is developed. It tries to keep in mind the complexity of these problematic and multi-assisted cases, andi t is ilustrated with a clinical example.*

Keywords: *Child Abuse, Child Protection, Family Reunification, Narrative and Thematic psychotherapy.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 5 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 10 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: ramosgutierrez@gmail.com
Dirección postal: Ada. Mare de Deu de Montserrat 149, esc. A, 2º1ª. 08041 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

Por Terapia de Reunificación Familiar entendemos aquellas terapias que tienen como objetivo ayudar al retorno al seno de la familia de uno o mas miembros de la misma que han sido previamente separados de ella debido a la recomendación y/o la intervención imperativa de uno (o mas) servicios profesionales, en una situación en la que hay menores involucrados.

En estos casos se dan dos tipos de situaciones básicas. Una en la que la persona que ha sido separada y a cuyo retorno se pretende ayudar es el maltratador, normalmente un adulto, aunque puede tratarse también de un menor que ha abusado de alguno de sus hermanos; la segunda cuando quien se pretende retornar ha sido un menor al que se había retirado por los servicios de Protección al Menor con el objetivo de protegerlo. Excluimos, sin embargo, los menores retirados por abuso sexual de un progenitor, en tanto que en estos casos la terapia, tanto con el perpetrador como con la víctima y con la familia, ha comenzado antes de la propuesta de reunificación y el proceso global debe seguir una serie de etapas (Clarificación-Reconexión-Reunificación) mas articuladas (Tabachnick y Pollard, 2016).

El mandato de los Servicios de Protección es garantizar la seguridad de los niños en riesgo, evitar la retirada, reducir su duración y promover la reunificación de la familia. Sin embargo, es frecuente que se vuelquen en la investigación del riesgo y que, una vez decidida la retirada y supuestamente garantizada la seguridad del menor, los profesionales consideren que su trabajo se ha cumplido; tanto la ayuda a la familia para recuperarse como el trabajo para facilitar la reunificación quedan en un segundo plano. El resultado es que las retiradas se multiplican, las estancias se alargan y las reunificaciones resultan poco trabajadas.

En España, en el 70% de los casos de maltrato denunciados no sería necesaria medida administrativa alguna, y en el 44% bastarían medidas de apoyo a la familia. Los casos restantes, en los que se ve necesaria alguna medida, en el 20% se trataría de acogimiento familiar (en familia propia o ajena), en el 7% sería un acogimiento residencial y el 3% restante se trataría de una adopción. En el año 2011 había en nuestro país 32.285 menores tutelados por la administración, de los que 18.000 estaban en acogimiento familiar (el 80% en familia extensa) y 14.059 viviendo en hogares y residencias de protección. (Observatorio de la Infancia, 2012).

Entre los que se llegan a internar, la duración media de la medida residencial es de 16.5 meses. De ellos, el 70% vuelven a vivir con una familia, 1 de cada 5 con la propia y el resto bien con familias adoptivas, bien con familias de acogida que, aunque la acogida fue planteada como una medida temporal, acaban funcionado como una pseudoadopción (López y cols., 2010). Pero un 30% continúa ingresado durante largo tiempo, a veces hasta la mayoría de edad; la gran mayoría de niños que sobrepasan los dos años en acogida residencial ya no vuelven (Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas, 2003).

La prolongación de la retirada lleva fácilmente a la pérdida de las conexiones familiares, afecta al sentido de la identidad, y dificulta la transición fuera del

Servicio de Protección; el paso por varios acogimientos origina dificultades en el apego que conlleva problemas emocionales y conductuales (Fernández y Jung-Sook, 2013).

La probabilidad de reunificación es menor en niños con incapacidades o problemas conductuales, en familias pobres o que viven en entornos conflictivos, familias con problemas de enfermedad mental, adicciones o violencia doméstica y en familias monoparentales, en las que es tres veces menor la posibilidad de retorno. Y la probabilidad aumenta cuando se mantiene el contacto del menor acogido con la familia y cuando se establece una relación de coparentalidad entre la familia biológica y la de acogida (Linares, Rodes y Montalto, 2010), o una implicación activa de la familia en el contexto residencial (Del Valle, 2009).

Y la reunificación se puede, además, saldar con un fracaso a veces bastante temprano. Alrededor de la tercera parte de las reunificaciones han fracasado en los 6 primeros meses, 3 de cada 5 niños han vuelto una o mas veces a los Servicios de protección y solo 1 de cada tres se ha mantenido en su casa con continuidad. Los factores que contribuyen a este fracaso son, por parte del menor, la persistencia de problemas de comportamiento y/o el retorno simultáneo de varios hijos que estaban acogidos; y por parte de la familia la insuficiencia y/o inestabilidad de la mejoría de la familia (sobre todo si el maltratador principal sigue viviendo en casa) y la falta de preparación y de servicios de apoyo a la reunificación (Wade, Biehal, Farrelly y Sinclair, 2010).

Se entiende, por tanto, el interés de la Terapia Familiar en esta situaciones.

**Las dificultades del trabajo con Protección**

Las familias que acuden a Terapia Familiar para un proceso de Reunificación, raramente lo hacen por iniciativa propia. Normalmente lo hacen por indicación, cuando no por prescripción imperativa, de los profesionales que llevan el caso, con los que la relación suele haber sido larga y conflictiva; no resulta extraño, pues, que reciban la indicación con distintos grados de renuencia. Lo que para los profesionales puede ser uno de los últimos requisitos, para la familia puede resultar un obstáculo mas en el camino de la recuperación de su hijo y, a veces, de su imagen.

Ello conlleva una serie de problemas para los terapeutas. El primero tiene que ver, justamente, con la posibilidad de hacer terapia en esas condiciones; frente a terapeutas que plantean la imposibilidad de una terapia sin libertad y sin motivación interna (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) hay otros que sostiene que personas tan carenciadas como suelen ser unos padres maltratadores nunca accederían voluntariamente a pedir ayuda y la imposición como requisito para recuperar a su hijo puede ser la única vía de acceso a su alcance (Cirillo, 2012).

El segundo es el uso de la presión terapéutica para mantenerlos en la terapia. De nuevo el deseo de recuperar a su hijo es la palanca para presionar a favor de la continuidad y el cambio, así como para ayudar a la familia a comprender la perspectiva de los profesionales y dar así los pasos necesarios para responder a las

preocupaciones de estos (Mackinnon, 1998), aún en casos que se mantienen en la negación del maltrato (a veces por consejo de sus abogados) (Turnell y Essex, 2006).

El tercero es como ayudar a la familia para que pase de la mera presencia a la cooperación en la terapia. En un principio el terapeuta es visto como una prolongación de los Servicios de Protección; para diferenciarse de ellos debe ganarse su confianza y evitar que se vuelvan a sentir traicionados. La construcción de una alianza terapéutica precoz y la transparencia en cuanto a la información que se tiene que compartir con otros servicios y la que se puede mantener confidencial son los instrumentos claves en este empeño.

Pero son justo los que abocan al terapeuta al cuarto problema, que es la relación con otros profesionales, frecuentemente acechada por la incomprensión y el conflicto. Para los profesionales de Protección los terapeutas solo quieren familias fáciles y motivadas y priorizan la relación con los padres antes que la seguridad de los menores; para los terapeutas los de Protección tratan de controlar la terapia, no tienen en cuenta sus opiniones y albergan expectativas irreales acerca de los resultados posibles, esperando que unos "malos padres" se transformen en ideales.

En estas condiciones la colaboración interprofesional es uno de los mayores obstáculos para la terapia, salvo que pase a ser considerada como una parte esencial de la misma.

**El Sistema Determinado por el Problema**

El primer paso para caminar desde las relaciones intrafamiliares como eje de la terapia a la relación profesionales-familia-terapeuta como foco de la misma viene dado por el concepto de Sistema Determinado por el Problema (SDP) (Anderson y Goolishian, 1988). Estos autores, partiendo de un Modelo Sistémico, postularon que en contra del planteamiento funcionalista de que el Problema era el resultado de la Disfunción de un Sistema, había que considerar que era el Sistema el que se constituía como resultado de la Difusión de un Problema.

En vez de ser un grupo con historia y con futuro, un Sistema era el resultado de una red conversacional autoperpetuante que se erigía a raíz de la extensión de una Alarma suscitada en un miembro de un Sistema Profesional, dotado de predicamento, ante una conducta observada en un miembro de un Sistema Natural (familia) que no podía sustraerse a ese predicamento. La alarma, y con ella la red conversacional que había generado y que incluía a cada vez mas miembros de los sistemas profesionales que se sentían incapaces de desactivarla, se mantenía con relativa independencia de la evolución la conducta que la justificó.

En este contexto explicativo la terapia no es sino una conversación mas en el marco y en el flujo de las conversaciones que se producen en todo el SDP, que está in-formada (afectada en sus temas y en las formas en que estos se plantean) por todas las conversaciones que la preceden y que puede in-formar al conjunto de conversaciones que la suceden (Ramos, 2008). El cambio terapéutico, para ser sostenible,

debe extenderse mas allá de del despacho del terapeuta y debe afectar no solo a las relaciones de la familia, sino también a su fama. Y debe anclarse en una narración terapéutica que haga transmisible el proceso de cambio.

Y ello resulta particularmente importante en el campo de Protección de Menores en el que el maltrato se puede suponer que ha cesado, al menos en su dimensión mas directa, en base a la retirada del menor, pero el riesgo (que no es un hecho sino una posibilidad) resulta mucho mas difícil de eliminar.

**El Modelo Narrativo-Temático**

El esquema del trabajo en los casos de reunificación que vamos a presentar en este artículo se basa en un modelo de intervención, el Modelo Narrativo-Temático que propone una síntesis y un desarrollo de la terapia Narrativa (Carey, Walther y Rusell, 2009; White y Epston, 1990) y la Dialógica (Anderson, 2012; Anderson y Goolishian, 1988). Sus principios son los siguientes (Ramos, 2001, 2008, 2015):

a) las personas, las familias o los grupos no tiene una historia, sino un pasado. No hay mas historia que la contada (hablada o escrita), y la historia se cuenta en el presente, por el presente y para el presente.
b) cada entrevista, y el conjunto de las mismas, puede concebirse como una narración conversacional en la que el paciente-familia ilustran una serie de temas que les afectan a través de anécdotas-episodios.
c) la historia que nos cuenta el paciente-familia es el significante singular (de cada caso) de un significado pragmático universal (para todos los casos) que se puede parafrasear como: "…por todo lo que le he (hemos) contado es por lo que estoy (estamos) AQUÍ y ASÍ, y ahora que se lo hemos contado, a Vd. le toca hacer algo al respecto"; la función de la historia es delegar el cambio en el terapeuta.
d) esta historia se nos cuenta en el contexto de SDP; el flujo de las conversaciones que en el se producen y la implicación de los distintos profesionales de las mismas incide en los acontecimientos que se han de considerar relevantes y los temas que se han de considerar prioritarios.
e) se pueden distinguir tres dimensiones en la intervención, que no son sucesivas sino intercaladas, aunque con distinto peso en distintos momentos de la terapia: la dimensión Deconstructiva, la Conversacional y la Reconstructiva.
f) En la Dimensión Deconstructiva el terapeuta trata de contrarrestar el efecto de delegación de la lógica narrativa (después de, luego a causa de) a dos niveles: a nivel de la sucesión de los acontecimientos contraponiendo a la Posición Enunciativa de Necesidad del paciente (pasó tal y tuve que hacer cual) la Posición Enunciativa de Contingencia del terapeuta (lo entiendo, pero que pena que una persona como Vd. no pudiera hacer otra cosa que esa); y a nivel del personaje complejificando su caracterización (no se acaba de entender que una persona como vamos viendo que Vd. es

no pueda acabar de enfrentar la situación como la que a Vd. le inquieta).

g) En la Dimensión Conversacional el terapeuta trata, a través de proponer los temas que considera adecuados en las sesiones, emplazar a los miembros de la familia a hablar de lo que el cree que tienen que hablar con quien tiene que hablarlo, en este momento de su vida y en este punto de su trayectoria asistencial.
h) En la Dimensión Reconstructiva el terapeuta trata de ir seleccionando, promoviendo, articulando y testimoniando, entre los acontecimientos significativos que van ocurriendo durante el propio transcurso de la terapia, aquellos con los que se pueda ir construyendo una nueva historia (la "historia no vivida todavía") que pueda alcanzar el mejor final posible, dadas las circunstancias.

La historia terapéutica que se pretende construir con este modelo, y en el que se juega su eficacia, no tiene que ver con la reinterpretación y ampliación de la historia del pasado que la familia nos cuenta al comienzo de la terapia, ni con las "historias no contadas todavía" que los conflictos interpersonales han dejado en el limbo de "lo no dicho", sino con la historia de los esfuerzos y avatares de la familia en la persecución de los objetivos que se marcaron al comenzar la terapia. Se trata, en suma, de la historia de la transformación de un Trayecto en un Proyecto (Ricoeur, 1986).

**Los instrumentos del Modelo**

Se han elaborado una serie de instrumentos terapéuticos que consideramos consistente con el modelo y que pasamos a enumerar:

a) El Plan Temático de la Sesión. Consiste en una serie de temas que el terapeuta propone a la familia al comienzo de cada sesión, como temas que le preocupan y de los que le gustaría hablar. Son temas elegidos entre los que el terapeuta percibe como candentes en la red y/o en la familia, presentados de manera no arbitraria sino estratégicamente articulada en pos de una intención deconstructiva y de manera que apunten a capacidades y futuro siempre que sea posible; su número es de 3 a 5 para que puedan ser retenidos por la familia, y se plantean de forma preferencial, no imperativa, animando a la familia a que los trate en el orden y longitud que quieran y añadiendo los temas que ellos crean oportuno (Ramos, 2012).
b) La Posición de Aliado Apreciativo. Es la posición que el terapeuta está tratando continuamente de alcanzar y mantener y que se concreta en mantenerse siempre que pueda al lado de la familia, reconociendo y testimoniando sus esfuerzos y logros. Se trata de conseguir una Conexión Compasiva utilizando como pilares la Conexión, el Respeto, la Esperanza y el Interés (Madsen, 2007).
c) El uso de la Convocatoria. La elección de con quien se habla (y consecuentemente de qué) y a quien se excluye (y consecuentemente quien deberá

informarle o negarle el conocimiento de lo que se ha dicho) es un elemento terapéutico importante, bien aquilatado en las terapias del maltrato (Cirillo, 2012; Sheinberg y Fraenkel, 2001). Una variante es la Convocatoria Condicional que es una convocatoria abierta en la que le toca a la familia decidir quién vendrá en función de su evaluación del proceso y del cumplimiento, en su caso, de las tareas.

d) La activación de los Foros Conversacionales. La conversación terapéutica, mas que cerrar los temas de los que trata, lo que tiene es que abrirlos, que dar que hablar de ellos. Los temas tratados en la sesión se deben redirigir para in-formar las conversaciones acerca de ellos con los miembros del SDP que los pueden tratar con mayor propiedad.
e) El uso de la Comunicación Escrita. Las cartas a la familia y los informes a los otros profesionales acerca de la familia (y con conocimiento de esta) son un instrumento clásico de la Terapia Narrativa, una de cuyas preocupaciones es crear un público que sostenga la historia terapéutica. Una variante es la Carta de Presentación del Equipo (Ramos, 2015) que es una carta que el terapeuta escribe a la familia antes de la primera visita, con la petición de que la muestra a los profesionales que la están atendiendo y en la que se le pone al corriente del plan temático de la primera sesión y con la que hacemos pública nuestras preocupaciones y posicionamiento acerca de algunos de los temas candentes en el SDP.
f) La búsqueda de los Motivos Inaugurales de la Historia Terapéutica. Se trata de buscar en las primeras sesiones un acontecimiento ubicable en el pasado reciente de la familia que sirva como punto de inflexión de la historia pasada y como punto de arranque de la Historia por vivir.

## Una guía para la Terapia de Reunificación

Con la pretensión de agilizar la exposición presentaremos una serie de epígrafes a través de los cuales indicaremos algunos ejes que ayuden a orientar las intervenciones terapéuticas en estos casos. La numeración de los epígrafes es un mero artilugio expositivo, no implicando una sucesión temporal de los aspectos en ellos reseñados, aspectos que se entrecruzan y se complementan a lo largo de todo el proceso terapéutico.

## Los objetivos de la terapia

**La recuperación de los hijos.** Es el objetivo básico dado que la filosofía que subyace a la intervención es que el bienestar del menor maltratado no se consigue proporcionándole la mejor familia a nuestro alcance (lo que llevaría a abogar por la adopción) sino reintegrándolo a su familia y a su medio en unas condiciones de seguridad suficientes.

No obstante no es un objetivo siempre alcanzable, bien por no conseguir los cambios suficientes, bien porque la edad del menor no lo haga aconsejable (como

en adolescentes y/o hermanos mayores de una fratría numerosa de una familia en situación de precariedad). En casos así el objetivo alternativo es la elaboración del duelo por la pérdida de ese hijo.

**La redefinición de la relación de pareja.** La demanda habitual de los servicios es incrementar las habilidades de los padres; pero de acuerdo con la filosofía del modelo se apunta a cuantos miembros del SPD podamos llegar a convocar en consonancia con el proverbio africano que dice que "hace falta toda una tribu para cuidar a un niño".

No obstante, la pareja, cuando existe, es el locus privilegiado de intervención; y la redefinición, cuando menos parcial, de su relación (quienes somos ahora, y quienes pretendemos ser en adelante, el uno para el otro después de todo lo que nos ha pasado) es un objetivo insoslayable.

**La nueva parentalidad**. La dimensión de futuro que entraña una nueva parentalidad es otro objetivo de la terapia; el fracaso actual en la misma no tiene porqué sellar un destino. El trabajo del terapeuta sobre ese tema tiene una doble dimensión: de fuente de progresión para los padres (¿qué errores reconocen haber cometido con sus hijos que están seguros que no volverían a cometer si tuvieran otro, y en que errores habría que seguir trabajando porque no lo están?), y de fuente de activación para los servicios (mas vale que les ayudemos a recuperar a los hijos retirados, porque no hay fuerza humana que les impida tener otro)

**La Política de Alianzas**

**Alianza precoz con la familia**. La desconfianza, cuando no animosidad, con que la familia accede a la terapia hace necesario un esfuerzo temprano para que nos sientan de su lado, aunque no a su servicio; es importante establecer que la alianza que se busca es con las personas, no con el abuso (Turnell y Edwards, 1999)

Medidas para ello pueden ser: a) requerir a la familia su versión de lo que ocurrió y otorgarle, en principio, tanta credibilidad como a cualquier otra (Mackinnon, 1998; Turnell y Essex, 2006); b) ofrecerles elecciones, como sobre que hablar en la sesión y que y cuando compartirlo con los miembros no presentes (Sheiberg y Fraenkel, 2001); c) considerar sus ideas y planes para mejorar la situación (Berg y Kelly, 2000), sumándolas a las que el terapeuta proponga; d) dejar claras desde el comienzo las reglas de confidencialidad y transparencia con las que el terapeuta se va a mover con otros profesionales (Mackinnon, 1998; Ramos, 2013); e) utilizar la Carta de Presentación del Equipo (Ramos, 2015).

**Alianza preferencial con la Red**. El trabajo interprofesional con familias multiasistidas proscribe dejarse arrastrar a la descalificación de los colegas incluidos en el caso, pero no prescribe comulgar con todo lo que estos siguen haciendo. El impacto que las situaciones familiares traumáticas dejan en los profesionales que las atienden es duradero y predictivo; tiende a buscar confirmación y a desestimar la nueva información que no la ratifica (Munro, 2005)

El terapeuta tiene que alimentar sus alianzas (evitando las coaliciones) con

aquellos profesionales involucrados (o involucrables en el futuro) mas salvaguardados de esa impresión inicial y con los que pueda establecer sinergias operativas

**La Convocatoria**

**La convocatoria a los hijos**. La inclusión de los hijos en las sesiones es uno de los ejes mayores de la terapia; no son seres imaginarios de los que hablar sino niños concretos con los que interactuar. Eso no quiere decir que su presencia sea constante, pero si que debe ser precoz. Su inclusión es un claro ejemplo de entrecruzamiento de los aspectos que estamos desarrollando en tanto que: a) permite visualizar el objetivo primero de la terapia, la reunificación; b) fortalece la alianza precoz con la familia (no deja de ser una especie de encuentro extra, mas allá de los protocolos de visitas); c) activa la red y sacude su inercia, ya que obliga a movilizarse para traer y recoger a los niños de la sesión y permite ser testigo del encuentro de la familia en un contexto diferente.

**La Convocatoria Ampliada**. Se refiere al uso de la facultad del terapeuta de extender la convocatoria mas allá de la demanda explícita de los servicios de trabajar con los padres y estableciendo así de forma concreta que los menores, mas que propiedad de los padres, son miembros de una familia que tiene algo que hacer y decir en la producción del cambio requerido.

**La Convocatoria a la Red**. Más que referirse a las inevitables, y no siempre productivas, reuniones de coordinación, nos referimos a la presencia continua de la red en la mente y en la acción del terapeuta. Este tiene que preguntarse continuamente quien además de el debería conocer lo que a el le están diciendo en la sesión, y quien igual o mejor que el podría hacer lo que el cree que habría que hacer en relación con lo tratado en la sesión; y dar el curso oportuna a estas respuestas.

**Los temas**

Como temas específicos de estas terapias, a añadir a los genéricos de la historia de la familia y la situación concreta incluiríamos.

**La Separación de la pareja.** Esta opción es una eventualidad en cualquier terapia de pareja. Pero en estos casos es necesario un planteamiento a dos niveles: con la pareja que nos referimos a una separación afectiva, de hecho, no de derecho, quedando a su criterio la forma de llevarlo a cabo, si así lo deciden, según sus posibilidades. Se trata de que, en su caso, redefinan la relación y las reglas recíprocas.

Con los servicios se trata de que tomen nota de que la posibilidad está sobre la mesa y se definan acerca de si eso cancelaría el proyecto de retorno. Hay que emplazar a los servicios a den el paso de pretender una "familia ideal" a reclamar una seguridad suficiente para los hijos, la proporcione quien la proporcione

**Los Motivos de la Historia**. Hayden White (1973) plantea que construir una historia es seleccionar e hilvanar una serie de acontecimientos de entre todos los que ocurren en un periodo histórico (o en un fragmento de vida). Para ello hay que

empezar por elegir uno o varios Motivos Inaugurales, acontecimientos en los que la historia puede arrancar; a continuación hay que ir hay que ir eligiendo y articulando lo que llama Motivos de Transición, que son acontecimientos que se ve que son importantes, pero cuya importancia y significado final no se sabrá hasta que la historia concluya; y por último seleccionar un Motivo Terminal que sería un acontecimiento con el que se puede cerrar una serie de acontecimientos dotados de cierto sentido.

En nuestro caso el acontecimiento inaugural se debe buscar en el pasado reciente de la familia, los de transición pueden ser pasos en el proyecto de la reunificación (conseguir una vivienda, un trabajo y otros hitos entre los requerimientos que se le hace a la familia en el Plan de Mejora de protección), pero también otros pasos importantes en la terapia (como podría ser la reconciliación entre familiares enfrentados…); por último el motivo terminal puede ser la celebración del retorno de los hijos (o el momento de la renuncia a recuperarlos)

**El Ritual de Bienvenida**. Se trata de un tema que podría ser, a la vez, el Motivo Terminal. Se trata de hablar de la posibilidad ritualizar el regreso a través de una celebración de bienvenida que marque el comienzo de una nueva etapa.

**La Explicación a los Hijos.** El planteamiento de que los hijos agradecerán y necesitarán alguna explicación acerca de esta etapa de su vida es un tema reiterado en las sesiones. Se trata de ayudar a los padres a salir del papel de víctimas y ofrecer a los hijos no una imagen de un mundo donde te pueden perseguir impunemente, sino la de un mundo en el que hay gente que se preocupa por pedir a los padres que lleguen, en lo tocante al cuidado de sus hijos, a donde podían no haber llegado.

**El *Timing***

**Agilizar el estancamiento**. La familia llega a terapia en una situación de tiempo congelado por el estancamiento conflictivo con los servicios. El terapeuta debe agilizar esta inercia aprovechando los eventos temporales que jalonan el tiempo cotidiano (por ejemplo, usar las vacaciones o las Navidades para ampliar el tiempo de estancia con la familia), o de los eventos familiares (enfermedades, nacimientos en la familia…) para pedir encuentros extra de la familia con los niños para que los pongan al corriente de estas situaciones.

**La Activación de la Red.** El estancamiento temporal focaliza las interacciones de la familia con unos servicios y pone en sordina sus interacciones con otros. El terapeuta debe hacer circular los eventos y la información que se genera en los servicios fuera de foco para diversificar la información y quebrantar el estancamiento (por ejemplo, interesándose por el desempeño escolar y preocupándose de que la información llegue a Protección)

**La Interrupción como movilización de la red.** Una vez fraguada la alianza terapéutica con la familia y conseguido algún progreso constatable, si el ritmo de la reunificación no se pone al paso del ritmo de la terapia el terapeuta puede amagar con interrumpir su trabajo hasta que el proceso se acelere alegando que se está

quemando la posibilidad de cambio, a fin de romper la inercia institucional.

**Un ejemplo clínico**

Finalizaremos con el resumen da un caso que ayude a ilustrar algunos de los conceptos propuestos en esta artículo. Se trata de una pareja de cerca de 40 años con una hija mayor de 5 años, que en su solicitud de terapia pone como problema principal "Recuperar nuestra pareja", y como segundo problema "recuperar a la niña". Esta se encuentra acogida por los padres de él, debido al consumo de tóxicos por parte de ambos padres, a la problemática de pareja, que no preserva a la niña de sus peleas y a la problemática con las familias extensas, lo que dificulta su apoyo.

Después de la acogida, y a raíz de una septicemia que puso en peligro la vida de la madre, la pareja se separó durante casi un año, marchándose la madre con su familia que reside en otra ciudad. Desde la separación la madre se mantiene abstinente, aunque los especialistas que la habían atendido se muestran escépticos por anteriores incumplimientos. Hace unos meses la pareja reanuda su relación con el objetivo de recuperar a su hija; la relación con los abuelos acogedores ha mejorado y la niña reclama volver con sus padres. Se les envía a terapia tras un cambio del referente del caso en Protección y la ampliación de la acogida familiar por 6 meses, "para que puedan tomar una decisión respecto a su futuro como pareja que permita valorar las opciones de retorno". En el Plan de Mejora que han firmado se hace mención específica, entre otras cosas a "no consumir ningún tipo de tóxicos durante las visitas que mantienen con su hija".

Previo a la primera visita se les envía la siguiente Carta de Presentación:

*Apreciados Beltrán y Teresa:*

*Somos el Equipo de Terapia Familiar del Hospital X que os visitará el día tal para atender vuestra solicitud de ayudaros a recuperar vuestra pareja y, con ello a recuperar a vuestra hija.*

*Como el Plan de Mejora que habéis firmado se cumple (en cuatro meses), os escribimos esta carta para que sepáis los temas que queremos hablar con vosotros en la primera visita a fin de aprovechar el tiempo lo máximo posible, ya que no nos queda mucho margen para avanzar y conseguir que para esa fecha la recuperación pueda ser un éxito.*

*Por lo que sabemos, vuestra pareja ha sufrido altibajos. A finales de (hace año y medio) decidisteis separaros, aunque 1 año después volvisteis a intentar seguir juntos. Al menos parece que la separación ayudó a Teresa a dejar el consumo. Nos gustaría hablar de por qué eso no funcionó con Beltrán, qué ayudó a Teresa a conseguirlo y qué pensáis los dos que, ahora, puede ayudar a Beltrán.*

*En el Plan de Mejora queda muy claro que no se puede consumir estando con la niña. Queremos hablar con vosotros sobre qué podría hacer cada uno para proteger a la niña si, en el momento en que estéis mas tiempo con ella, el otro tuviera un momento de debilidad.*

*Queremos pediros que preguntéis a los padres de Beltrán, que en este momento cuidan de la pequeña, qué esperan poder ver en cada uno de vosotros para aceptar un aumento substancial del tiempo que paséis con la niña. También queremos que sepan que la convocaremos pronto a las visitas, y que os digan si algún día podemos contar con verlos a ellos.*
*Y queremos hablar con vosotros de qué os ha impedido llegar a ser la pareja que quisisteis ser y de qué creéis que podemos hacer para ayudaros a conseguirlo; también queremos pediros que os informéis, a fin de que nos lo podáis contar, de qué pasaría con la niña si acabarais separados porque uno de los dos consigue mejorar y el otro no lo consigue.*

Comentaremos algunos aspectos de la carta que nos parecen ilustrativos de algunos aspectos desarrollados en este artículo.

La carta, que no es sino la presentación anticipada y por escrito del Plan Temático de la primera sesión, se empieza con una ligera reformulación (una simple articulación) de los motivos de la solicitud en los mismos términos en los que los formula la familia, para mantenernos en el lenguaje de la misma. Y en el párrafo siguiente nos ponemos de su lado en su objetivo, a la vez de que empezamos a establecer discontinuidades temporales (fecha del cumplimiento del plan) en la historia interminable de su implicación con los servicios.

El punto siguiente pretende resumir lo que ya sabemos de la historia de la pareja, pero tratando de apuntar a recursos y futuro; se subraya que la separación ayudó a Teresa a dejar el consumo y se plantea que, de esa experiencia, podría ayudar a Beltrán de ahora en adelante.

En el tercer párrafo tratamos de alinearnos con un objetivo de los servicios, buscando la sinergia, pero manteniendo a apuntar nuestra especificidad; Protección alude a no consumir durante los contactos mientras que nosotros apuntamos, no tanto a la supresión del consumo (que ningún profesional responsable podría certificar en menos de dos años, lo que alargaría significativamente el proceso de reunificación) sino al eventual uso responsable. La familia no tiene necesariamente que cambiar, dejando el consumo, sino garantizar la seguridad de la niña, consuma o no.

En el siguiente párrafo planteamos las bases de la ampliación de la convocatoria a los abuelos acogedores, a la vez que imprimimos un ritmo mas vivo al *timing* anunciando la convocatoria de la hija. La hija va a venir pronto; si, sabiendo eso, los abuelos quieren venir que sepan que tendremos en cuenta sus ideas (que cambios querrían ver en la pareja para poder confiar en ellos); pero si no, que sepan que la niña va a venir de todas maneras y que el proceso no se detiene.

Y en el último párrafo aludimos al núcleo de cualquier terapia de pareja y de cualquier intervención de protección. La terapia de pareja no se hace para potenciar habilidades o aprender a poner mejor los límites (aunque es esperable que algo así ocurra si el proceso funciona), sino para redefinir su relación y sus expectativas; y eso entraña la posibilidad de separación, pero no como un riesgo indeseable sino

como una opción legítima.

Por ello se les pide que se lo planteen a los servicios para que se les reconozca el derecho, en su caso, de separarse porque uno de ellos ha mejorado y está en mejores condiciones de garantizar la seguridad de la niña, en tanto que es la seguridad (y no los problemas de los padres o sus estilos de crianza) el único motivo justificado para retirar o mantener la retirada de los menores.

Durante la visita nos enteramos de que Beltrán ya lleva también varios meses sin consumo y de la septicemia que había sufrido Teresa, que no constaba en el informe de derivación y que fue enfatizado en la terapia como una experiencia de vida o muerte, con potencial de erigirse como Motivo Inaugural de la historia del cambio.

## Conclusión

A lo largo de este artículo nos hemos esforzado en mostrar que el mandato de los Servicios de Protección al Menor de preservar los vínculos de la familia (y/o restituirlos en cuanto sea posible) en casos de maltrato infantil, no se pueden quedar en mera palabrería sino que se tiene que traducir en un proyecto de intervención concreto y responsable. Y que la terapia familiar que extienda su foco más allá de las fronteras de la familia, fronteras diluidas, a veces precisamente, por la intervención poco cuidadosa de servicios bienintencionados pero alarmados, constituye un instrumento útil para ayudar en esta empresa.

Pero que solo es un instrumento entre otros, porque la reunificación y posterior viabilidad de estas familias no se debe al esfuerzo personal de un terapeuta heroico sino a la sinergia pragmática de múltiples profesionales.

### Referencias bibliográficas


Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E. y Mesas, A. (2003). *Familias Canguro: una experiencia de protección a la infancia.* Colección de Estudios Sociales nº 13. Barcelona, España: Fundación La Caixa.

Anderson, H. (2012). Collaborative Relationship and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive practice. *Family Process*, *51*(1), 8-24.

Anderson, A. y Goolishian H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems. *Family Process*, 27, 371-393.

Berg, I. K. y Kelly, S. (2000). *Building Solutions in Child Protective Services*. Nueva York: Norton y Company.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P (1987). *Milan Systemic Family Therapy.* Nueva York: Basic Books.

Carey, M., Walther, S. y Rusell, Sh. (2009). The absent but implicit: A map to support Therapeutic Enquiry. *Family Process*, *48*(3), 319-331.

Cirillo, S. (2012). *Malos Padres.* Barcelona, España: Gedisa.

Del Valle. J. (2009). Como potenciar la reunificación familiar desde los centros y hogares de protección. En A. Bravo y F. Del Valle (coor): *Intervención Socioeducativa en acogimiento residencial* (pp. 115-132). Santander, España: Gobierno de Cantabria.

Fernandez, E. y Jung-Sook L. (2013). Accomplishing family reunifcation for children in care: An Australian study. *Children and Youth Services Review*, *35*, 1374-1384.

Linares, L., Rhodes, J. y Montalto, D. (2010). Perceptions of Coparenting in Foster Care. *Family Process*, *4*(49), 530-542.

López, M., Del Valle J., Boada, C. y Bravo, A. (2010). *Niños que esperan. Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial.* Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Mackinnon, L. (1998). *Trust and Betrayal in the treatment of child abuse.* Nueva York: Guilford Press.

Madsen, W. (2007). *Collaborative Therapy with Multi-stressed Families.* Nueva York: Guilford Press.

Munro, E. (2005). Improving practices: Child protection as a System Problem. *Children and Youths Services Review, 27(*4), 375-391.

Observatorio de la Infancia (2012). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia.* Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas.* Barcelona, España: Ed. Paidós.

Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona, España: Gedisa.

Ramos, R. (2012). El Plan temático de la sesión. Una guía para la planificación de la conversación terapéutica. *Redes,* 27, 73-90.

Ramos, R, (2013). Entre el control i la teràpia: teràpies de reunificació familiar. *Revista de Treball Social*, 198, 86-91.

Ramos, R. (2014). Terapias de Reunificación familiar: entre la espada de la familia y el muro de los servicios. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (coor.), *Pensamiento Sistémico* (pp. 383-406). México: Litteris.

Ramos, R. (2015). *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas.* Madrid, España: Morata.

Ricoeur, P. (1986). *Du Texte à l'action.* París, Francia: Ed. du Seuil.

Sheinberg, M. y Fraenkel, P. (2001). *The Relational Trauma of Incest.* Nueva York: The Guilford Press.

Tabachnick,J. y Pollard, P. (2016): *Considering Families Reconnection and Reunification alter Child Sexual Abuse: A road map for advocates and service providers.* NSVRC: US, Departament of Justice.

Turnell A. y Edwards S. (1999). *Sings of Safety: A Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection Casework.* Nueva York: Norton Company.

Turnell, A. y Essex S. (2006). *Working with denied child Abuse: The Resolution Approach.* Nueva York: Open University press.

Wade, J., Biehal, N., Farrelly, N. y Sinclair, I. (2010). *Maltreated Children in The Looked After System: A Comparison of Outcomes for those who go home and those who do not*. Londres, Reino Unido: Research Brief, Departament of Education.

White, H. (1973). *Metahistory: The Historical Imgination in the Nineteenth-Century Europe.*, Barltimore-London: Jonh Hopkins University Press.

White, M. y Epston D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* Nueva York: Norton.

# ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y POSTMODERNIDAD

## TRANSACTIONAL ANALYSIS AND POSTMODERNITY

**Lluís Casado Esquius**
Psicólogo clínico, psicoterapeuta, certificado por la
International Transactional Analysis Association

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Casado Esquius, L. (2017). Análisis Transaccional y Postmodernidad. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 65-73.

## Resumen

*El presente artículo desarrolla la ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas celebrado en Barcelona en noviembre de 2015.*

*El artículo presenta una reflexión sobre la siempre dinámica relación entre los momentos sociales, históricos y culturales y las corrientes psicológicas y psicoterapéuticas a partir del ejemplo del Análisis Transaccional.*

*A partir de un análisis de nuestra sociedad postmoderna y de su impacto en las personas del mundo occidental actual se plantea una necesaria revisión teórica del modelo transaccional para facilitar una mejor respuesta a las necesidades sociales actuales y se propone una integración del cuerpo teórico del Análisis Transaccional desde la perspectiva de los sistemas complejos.*

Palabras clave: *Psicología Humanista, Análisis Transaccional, Postmodernidad, Complejidad, Construccionismo.*

## Abstract

*The present article develops the paper presented at the First International Congress of Psychology and Humanistic Psychotherapy, held in Barcelona in November 2015.*

*The article presents a reflection about the ever-changing relationship between social, historical and cultural movements and the psychological and psychotherapeutic currents, based on the example of Transactional Analysis*

*On the basis of analysis of the postmodern society and its impact on the people in today's Western World, a necessary theoretical revision of the transactional model is proposed to facilitate a better response to current social needs. It also proposes an integration of the theoretical body of Transactional Analysis from the perspective of complex systems.*

Keywords: *Humanistic Psychology, Transactional Analysis, Postmodernity, Complexity, Constructionism.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 12 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: casado@copc.cat
Dirección postal: Via Augusta 106, 08006 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

A los habitantes del mundo occidental de inicios del siglo XXI les ha correspondido una etapa histórica que, como todas, tiene sus características diferenciales. Estas características son bien diferentes de las que imperaban en Centroeuropa a finales del XIX o en California a mitad del XX, por citar, a modo de ejemplo, dos lugares y dos épocas claramente relacionadas con el Psicoanálisis y la Psicología Humanista. Nuestra etapa histórica podemos etiquetarla para simplificar como Postmodernidad.

En el apartado siguiente se verá cuáles son esas características diferenciales y qué repercusión pueden tener en lo seres humanos, y por tanto interpelan a las teorías psicológicas que pretender explicar las cuestiones humanas, individuales y colectivas.

**La tormenta perfecta**

En primer lugar, se puede hablar de la aceleración del ritmo de cambio social o, si se prefiere, del cambio en el concepto de tiempo. Las ideas, las noticias, las modas, los productos, quedan obsoletos rápidamente. Toda información debe estar a un "click" de distancia (*Google*), la comunicación debe ser instantánea (*WhatsApp*), el mundo globalizado es un mundo pequeño, al menos en nuestro imaginario y en Internet.

La "hiperconectividad" caracteriza nuestra vida social. *Facebock, Linkedin, Twiter*, e *Instagram* son los "espacios" de interacción social de nuestra época, en la que la identidad digital convive con la individual y social analógicas. La cantidad de contactos, "likes" y "retuits" configuran autoestimas y relaciones. La red se ha convertido en el principal lugar del mundo para buscar pareja.

Se puede hablar también de la "hipersubjetividad" de un mundo individualista en el que la "marca personal" y la reinvención individual para competir mejor están a la orden del día, y en la que los inevitables procesos de distorsión perceptiva y construcción de la realidad se ven reforzados por la crisis de los grandes relatos sociales compartidos.

Finalmente, la diversidad cultural en nuestros barrios o reuniones de trabajo y los nuevos modelos sociales (familiares, de pareja, nuevas formas de participación social) dibujan un entorno de una diversidad y unos matices impensables hace unas décadas.

Todo ello ha confluido en una tormenta perfecta que los norteamericanos han venido en llamar el mundo VUCA, acrónimo de las cuatro características que según ellos caracterizan nuestro mundo actual: *volatibility, uncertainbility, complexity y ambiguity*.

En realidad estas características coinciden en lo fundamental con las de los sistemas abiertos complejos. La tormenta perfecta ocasionada por la confluencia de los factores citados ha provocado un aumento acelerado de la complejidad.

En realidad, no debería sorprendernos tal aumento ya que –si pensamos un poco– todos los procesos evolutivos exitosos se han caracterizado por dos o tres

características comunes: aumento de la complejidad y por tanto de la diversidad, especialización y coordinación, todo ello para aumentar la capacidad de adaptación al entorno. Esta apreciación vale para la biología, por ejemplo, si pensamos en la evolución de las especies, desde las bacterias y las algas hasta el *homo sapiens*, y también para los sistemas sociales, desde las pequeñas comunidades de los primeros asentamientos neolíticos, hasta el mundo globalizado del siglo XXI.

Pero esta tormenta perfecta (le llamemos VUCA, o le llamemos sistema de alta complejidad) no es inocua, tiene sus efectos, ya que buena parte de las personas que viven en ella (excepto las más jóvenes) han sido socializados en un mundo distinto, un mundo que era más complicado que complejo, de causalidades más lineales que circulares, en el que no era absurdo creer en el progreso y en un futuro inevitablemente mejor, en el que llegar a ser una persona autónoma era el paso necesario para ser una persona socialmente útil.

Esa mirada positiva y optimista de la que la Psicología Humanista era deudora y al mismo tiempo impulsora, se fue evidenciando incompleta: la individualidad no era fruto del crecimiento, sino que también surgía de la crisis de los sistemas comunitarios, cuando no del narcisismo consumista, el declive de las grandes instituciones sociales dejaba un legado de falta de sentido compartido, y todo ello se acaba por manifestar en una identidad fragmentada.

Estamos hablando de un mundo en el que "... se espera, se empuja y se estira a los hombres y las mujeres individuales, para que busquen y encuentren soluciones individuales a los problemas creados socialmente" (Bauman, 2009, p. 99).

Siguiendo con el pensador polaco recientemente fallecido: "los mensajes procedentes de las sedes del poder... presentan el eslogan de "mayor flexibilidad" como el único antídoto para una inseguridad insoportable" (Bauman, 2007, p.26), y por tanto, como expresa el psicólogo construccionista K. Gergen "las personas existen en un estado de construcción y reconstrucción permanente; es un mundo en el que todo lo que puede ser negociado vale (Gergen, 2010, p. 27*)*. Aunque todo ello no deja de tener sus repercusiones, también para el clínico, como se verá en el apartado siguiente.

**Psicología Humanista y sistemas complejos**

Si el mundo ha cambiado parece razonable que se reconsidere la visión del Ser Humano, y también que se reflexione sobre la consistencia teórica de nuestros modelos psicológicos para dar respuesta a los retos que supone este nuevo mundo.

La primera cuestión nos llevará a revisar conceptos nucleares de la Psicología Humanista, como el concepto de crecimiento psicológico, o sus conceptos hermanos como la tendencia actualizante, la persona autorrealizada en el sentido de Maslow, o la persona autónoma en el sentido de Berne. La segunda nos invita a efectuar una lectura de nuestros modelos desde la mirada de los sistemas complejos.

En cualquier caso, como advierte Edgar Morin cuando nos habla del pensamiento complejo, "no se trata de retomar la ambición del pensamiento simple de

controlar y dominar lo real. Se trata de ejercitarse en un pensamiento capaz de tratar, de dialogar, de negociar, con lo real" (Morin, 2011, p.22).

Recordemos, siguiendo a Morin (2009), la dinámica de los sistemas complejos: los sistemas se auto-organizan (buscan nuevas formas de adaptación) a partir de las interacciones entre los elementos. En este proceso el orden y el desorden se suceden, en una secuencia de causalidades circulares. La autoorganización evolutiva implica la aparición de un emergente, fenómeno que no puede explicarse en el nivel de complejidad inferior. Los sistemas se auto-regulan (un sistema en estado de orden se regula autónomamente). Finalmente, un sistema complejo no puede ser estático: o evoluciona o involuciona.

Si enfocamos nuestra mirada hacia la Psicología Humanista, Maslow (1973, p.83) advertía que

> el proceso de desarrollo saludable es una serie ininterrumpida de situaciones de libre elección a las que cada individuo se enfrenta continuamente a lo largo de su vida, en las que debe escoger entre la seguridad y el desarrollo, entre la regresión y la progresión, entre la inmadurez y la madurez (Maslow, 1973, p. 83).

Esta visión no es incompatible con la mirada del ser humano como sistema complejo. Podemos considerar el proceso de desarrollo como un proceso autoorganizado, en el que una serie de elementos (estímulos internos i externos, emociones, recuerdos, cogniciones, creencias, etc.) interaccionan entre sí. Este proceso no es lineal y en él se suceden los momentos evolutivos y los momentos regresivos. En cualquier caso es un proceso siempre dinámico y difícilmente estable.

Como expresó el autor hace unos años (Casado, 2004), la tendencia actualizante presenta una serie de características:

- Sus finalidades son tanto la supervivencia (la salud) como el desarrollo.
- Es una tendencia selectiva y direccional, no busca desarrollar todas las potencialidades posibles, o algunas predeterminadas como "superiores", sino las que más facilitan la adaptación a las sucesivas situaciones vitales y aspiraciones de cada persona.
- Sus finalidades evolucionan en el sentido de ser más complejas, significando retos mayores, porque busca satisfacer necesidades progresivamente superiores.
- El proceso se caracteriza por un aumento paulatino de la autorregulación y menor dependencia externa. Parece seguir una "secuencia" que podemos agrupar en los siguientes estadios: dependencia, independencia, interdependencia y trascendencia.
- Es una tendencia precultural, pero la cultura modela sus manifestaciones y fines.

Y podemos añadir, siguiendo a Bühler (1973, p.88).

> el más importante de estos principios es orientar las persones para que

> aspiren al desarrollo de sus mejores posibilidades o potencialidades y ello de tal manera que hagan justicia, tan bien como sea posible, a la satisfacción de sus propias necesidades y también de sus capacidades expansivas creadoras (Buhler, 1973, p 88).

y esta idea nos lleva a un concepto que nos acerca las dos miradas, las de los sistemas complejos y la de la Psicología Humanista en boca de uno de sus autores básicos, Eric Berne. Este concepto es la *Physis.*

Para los presocráticos *Physis*, es el proceso de nacimiento y desarrollo de lo existente, pero también la realidad subyacente del mundo que percibimos. En Morin (2009) es la fuerza de la naturaleza que mueve el eterno ciclo entre orden y desorden, y en Berne (1987, p. 68) la fuerza de la naturaleza que busca el crecimiento y la perfección. Sintomática confluencia: el desarrollo, el crecimiento busca el crecimiento, para ello el orden pero también el desorden son necesarios.

Vemos como uno de los conceptos nucleares de la Psicología Humanista como es el concepto de crecimiento psicológico puede ser leído desde el pensamiento complejo como el proceso adaptativo gracias al aumento de la complejidad, sea este proceso individual, como defendían los autores humanistas como Maslow o Rogers, sea colectivo, faceta menos presente en estos autores, aunque no en la Psicología Humanista, como prueban estas dos citas correspondientes a dos autores de generaciones distintas: *"*La relación humana debería tener en todo momento un carácter afirmativo de nuestro ser, comportando una expansión y un enriquecimiento de nuestras capacidades personales" (Blay, 1963, p. 374). "Construir un sistema complejo de significado parece implicar enfocar la atención alternativamente en la personalidad y en el otro" (Csikszentmihalyi, 2007, p. 330)

Como se puede ver en ambas citas, la relación, el otro, están íntimamente unidos a la idea de crecimiento, al igual que en Berne y su concepto de persona autónoma. Para Berne la persona autónoma es aquella que tiene tres capacidades (Berne, 1985, p.190):

- Consciencia o vivir en el "aquí y ahora" conectada con los estímulos internos y externos
- Espontaneidad o la libertad para responder a esos estímulos de forma flexible y adaptada
- Intimidad o la capacidad de vivir las relaciones sin juegos y de forma completa

En el apartado siguiente se verán, precisamente aplicado al Análisis transaccional, las posibilidades de integración entre la Psicología Humanista y los sistemas complejos.

**Aplicación al Análisis Transaccional**

Si revisamos el cuerpo teórico transaccional desde la perspectiva de los sistemas complejos identificaremos los tres grandes momentos a los que se refería Morin: interacciones en el desorden, proceso de autoorganización i nuevo orden en

un nivel de complejidad superior. Todo ello se resume en el cuadro siguiente, en el que se incluyen los principales instrumentos transaccionales.

**Tabla 1**
***Principales instrumentos transaccionales: Elaboración propia***

| INTERACCIONES (DESORDEN) | PROCESO DE AUTOORGANIZACIÓN | EMERGENTE |
|---|---|---|
| Estímulos internos y externos<br>Experiencias, decisiones, recuerdos | Representaciones generalizadas , descuentos<br>Construcción del relato personal (identidad) que da continuidad y sentido a la experiencia | Estados del yo<br>Guión de vida (posición existencial, miniguión, *rackets*) |
| Diálogos internos | Estado del yo activo | Transacciones |
| Rituales, pasatiempos, extorsión de caricias, conductas pasivas | Roles y vínculos repetitivos<br>Conductas autónomas | Juegos psicológicos, relaciones simbióticas, juegos de poder<br>Intimidad, relaciones cooperativas |
| Interacciones de dinámica grupal, ajuste de las imagos grupales | Procesos grupales de estructuración: límites, autoridad estructura de límites (Berne) | Guión grupal, pentágono del juego, procesos de liderazgo, organizaciones sinérgicas |

A continuación, se puede ver el proceso integrativo, desde lo individual hasta lo psicosocial mediante unos ejemplos de cada momento de autoorganización:

En el modelo transaccional un estado de Yo activo (Padre, Adulto o Niño) es el estado del Yo que interviene en una transacción (comunicación entre dos personas). La cuestión que nos aclara muy bien la mirada desde los sistemas complejos es que la "elección" de ese estado y no otro es el resultado autoorganizativo de un sistema interno en el que se producen muchas interacciones entre los tres estados (diálogos internos).

Esos estados activos, en todas las personas que se comunican en ese momento, darán lugar a una serie de transacciones, que progresivamente pueden organizarse de tal manera que se genera un vínculo estructurado que implica unos roles estables para las diferentes personas.

Finalmente esos vínculos y roles pueden dar lugar a un emergente más complejo si acaban por estructurar un guión grupal, por ejemplo familiar.

Por tanto a las condiciones bernianas de la persona autónoma que son individuales y relacionales debemos añadir un tercer nivel (de complejidad) que es el psicosocial y ello no resulta neutro para la intervención, sea ésta educativa, organizacional o clínica.

**Impacto en la práctica clínica**

Lo expuesto hasta ahora implica una serie de consecuencias que afectan a la práctica clínica:

No puede solventarse un dilema o problema en un nivel inferior de complejidad a aquél en el que se ha originado. Un problema grupal, familiar por ejemplo no puede abordarse con éxito relacionalmente, y uno relacional, de pareja por ejemplo, no puede abordarse con éxito individualmente. Esta cuestión lleva a la necesidad de abordajes multinivel.

Las llamadas patologías corresponden a tres tipos de situaciones sistémicas: las etapas de desorden (como en algunos trastornos de ansiedad), un orden de un sistema que se autoregula rígidamente y pierde la capacidad de adaptación al entorno (como sucede en los trastornos de personalidad), o bien a un orden involutivo (regresivo).

En un sistema complejo los problemas no se "solucionan", se acompaña al sistema hacia un nuevo orden evolutivo, con lo cual los problemas en realidad se "diluyen" ante la aparición de un estadio nuevo de crecimiento.

La dinámica salud – patología es un proceso en buena parte autoorganizado que implica la apertura o cierre del sistema, y una mayor o menor capacidad de adaptación. Un sistema muy cerrado orientado al control y la seguridad es patológico, pero un sistema muy laxo y sin elementos de arraigamiento fragmenta la identidad al nivel individual, diluye los vínculos al nivel relacional o debilita los principios, creencias y valores en el nivel grupal o social.

En la intervención en el nivel social, no sólo se busca la evolución, el cambio y el crecimiento, sino que todo ello deberá ir acompañado de formatos de intervención que doten de estabilidad al sistema.

Se puede pensar en grupos de diálogo para crear espacios de orden mediante acuerdos sobre las cuestiones que la postmodernidad ha convertido en líquidas, que deberían formar parte de la práctica del clínico. En cierta manera significa incluir el concepto de crecimiento colectivo para acordar cómo se definen roles (de género, familiares, laborales, sociales), qué valores se decide que nos regulen y cómo se definen, qué principios de cooperación y sinergia sociales se quieren implementar en las propias familias, escuelas o empresas. Lo que en la modernidad venía dado por la tradición, ahora es preciso crearlo mediante la participación y la inteligencia colectiva.

**Revisión teórica del Análisis Transaccional**

Otra cuestión, en la que no se entrará aquí en profundidad y que el autor desarrolla en otro lugar (Casado, 2016) es que el Análisis Transaccional necesita una cierta ordenación y clarificación de su núcleo teórico para poder integrarse sin estridencias con la mirada de los sistemas complejos, y especialmente en tres ámbitos:

a) El Análisis Transaccional debe desarrollarse como teoría del desarrollo

humano, no solo como modelo y método clínico, para evitar convertir en psicopatológicos desajustes entre el modelo y la realidad postmoderna.
Los conceptos transaccionales pueden ser interpretados como instrumentos clínicos o como elementos del proceso de desarrollo. El origen y la experiencia de la mayoría de los transaccionalitas ha producido que sean mayoritariamente vistos en la primera acepción, pero la segunda es totalmente válida y respetuosa con el modelo berniano. Como ejemplo paradigmático y en palabras del propio Berne:" la mayor parte de la programación es negativa. Todos los padres llenan las cabezas de sus hijos con estas restricciones. Pero también les dan permisos" (Berne, 1980, p.143).

b) El Análisis Transaccional necessita una mirada constructivista, no determinista, para focalizarse en la capacidad adaptativa (evolutiva o involutiva) fundamental en una época de cambio permanente .
Berne, desde una perspectiva clínica, tenía razón cuando consideraba el guión como un "destino" fruto de las decisiones de supervivencia tomadas en un entorno adverso, y cuando planteaba su mantenimiento a lo largo de la vida como una repetición compulsiva, porque se refería a las situaciones clínicas. Como escribió Steiner: "El guión es el resultado de una decisión prematura y forzada, ya que ha sido tomada bajo presión" ( Steiner, 1991, p. 107)
Las visiones narrativas tienen razón en tanto consideran el guión como un proceso existencial, una de cuyas posibilidades es una narración cerrada, de final predecible, pero que puede manifestar también cualquier otro tema narrativo, sano y de final abierto a la autonomía.
Como expresa Newton en un párrafo que integra la mirada constructivista y la de desarrollo de un manea muy clara: "la formación, refuerzo y actualización del guión pueden ser vistos como series de 'ciclos de aprendizaje' que recrean continuamente nuestras narrativas" (Newton, 2006, p.193).

c) El Análisis Transaccional necesita vocación psicosocial, no reduccionista a lo individual y relacional para incluir el "nosotros" en las respuestas a los retos postmodernos, ante los que el postulado humanista transaccional de la modernidad centrado en el crecimiento individual resulta insuficiente e incluso peligroso. El modelo transaccional contiene numerosos instrumentos de nivel psicosocial, más allá del nivel relacional.
Entre otros podemos recordar la estructura y dinámica de grupos (Berne), la ley de economía de caricias y los juegos de poder (Steiner), las teorías sobre el liderazgo y el poder (Krausz), el pentágono del juego (Summerton), el contrato triangular (English), o las visiones sistémicas del AT de Massey, o Cardon). Como escribió precisamente Massey: "los individuos y los sistemas se interconectan mediante los procesos psicosociales…" (2007, p.61).

## Conclusión

El Análisis Transaccional puede dar respuesta a los nuevos retos de la postmodernidad. Se trata de ampliar la manera de entenderlo, no de crear una nueva escuela. Pero para ello necesita, como cualquier otro modelo surgido en la Modernidad, una adaptación a los retos de la Postmodernidad.

En el caso del Análisis Transaccional esta revisión teórica nos refiere a integrar una visión como teoría del desarrollo no solo clínica, sino también constructivista y psicosocial. Además el modelo transaccional se integra también con suma coherencia con la perspectiva de los sistemas complejos que permite:

- Actualizar el mensaje del Análisis Transaccional
- Responder a las nuevas demandas sociales de una manera más holística (individual, relacional y psicosocial)
- Integrar de una forma más coherente los distintos instrumentos transaccionales

### Referencias bibliográficas


Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre.* Barcelona, España: Tusquets.

Bauman, Z. (2009). *L'art de la vida.* Barcelona, España: Paidós.

Berne, E. (1980). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona, España: Grijalbo.

Berne, E. (1985). *Juegos en que participamos.* México: Diana.

Berne, E. (1987). *A Layman's guide to Psychiatry and Psychoanalysys.* Nueva York: Ballantine.

Blay A. (1963). *La personalidad creadora.* Barcelona, España: Dharma.

Bühler, C. (1973). *Psicología de la vida activa.* Buenos Aires, Argentina: Psique.

Casado, L. (2004). Crecimiento personal: un proceso natural, aprendido y decidido. En Rodríguez-Zafra (ed). *Crecimiento personal: aportaciones de Oriente y de Occidente*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Casado, L. (2016). *El Análisis Transaccional ante los nuevos retos sociales.* Madrid, España: CCS.

Csikszentmihalyi, M. (2007). *Fluir (Flow).* Barcelona, España. Kairós.

Gergen, K. (2010). *El yo saturado.* Barcelona, España. Paidós.

Massey, R. (2007). Reexaminig Social Psychiatry as a foundational framework for Transactional Analysis: considering a social-psychological perspective. *Transactional Analysis Journal, 37*(1), 51-79.

Maslow, A. (1973). *El hombre autorrealizado.* Barcelona, España. Kairós.

Morin, E. (2009). *El método 1. La naturaleza de la naturaleza.* Madrid, España: Cátedra.

Morin, E. (2011): *Introducción al pensamiento complejo.* Barcelona, España: Gedisa.

Newton T. (2006). Script, Psychological life plans and the Learning Cycle. *Transactional Analysis Journal, 36*(3), 186-195.

Steiner, C. (1991). L*os guiones que vivimos.* Barcelona, España: Kairós.

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

# DE LA NECESIDAD AL DESEO. LA PSICOTERAPIA HUMANISTA: "LABORATORIO", Y EXPERIENCIA DE HUMANIDAD

## FROM NEED TO DESIRE

**José Antonio García-Monge**
Universidad Comillas ICAI-ICADE, Madrid, España
Profesor emérito (Psicología) de la Universidad Comillas ICAI, ICADE, Madrid, España
Director del Instituto de Interacción (Madrid) y co-director (Barcelona)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Monge, J.A. (2017). De la necesidad al deseo. La psicoterapia humanista: "laboratorio", y experiencia de humanidad. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 75-84.

### Resumen

*El artículo describe el proceso psicoterapéutico como una relación de personas. Terapeuta y paciente protagonizan una relación de "sujeto".*

*No se trata de "sanar" algo sino a alguien. Esta relación pasa por la exploración del manejo de necesidades humanas (comprender, amar, crear) y aprender a integrarse en su universo.*

*El mundo de las necesidades no debe clausurar el crecimiento personal. La mujer, el hombre, son sujetos de deseos. Sólo alcanzar el nivel del deseo puede dar la auténtica estatura humana.*

*El amor, en el lenguaje auténtico y correcto, sana. Aprender a conocerse, amarse y amar ampliando horizontes personales es terapéutico y humaniza.*

*De la terapia del "objeto" a la del "sujeto" hay un camino terapéutico que la Psicología Humanista recorre en la relación y alianza o vínculo psíquico.*

Palabras clave: *Sujeto. Objeto. Persona. Necesidad. Deseo. Amor. Terapeuta. Trascendencia. Yo-Tú. Nosotros.*

### Abstract

*This article describes the therapeutic process as a relationship of persons whereby both therapist and patient engage in a relationship of the "subject". The goal of this relationship is not to heal "something"; rather it is to heal someone. The relationship explores the management of our human needs (to understand, love, create) and learn to integrate them into the patient´s universe.*

*This world of needs does not shut down personal growth. Man and woman are subjects of desire, and only the achievement of this level of desire gives authentic human stature.*

*Love, authentically and correctly understood, heals. Learning to love, to love oneself, and to love in a way that expands our personal horizons is both therapeutic and humanizing.*

*From a therapy centered on the "object" to that of one focused on the "subject", there is a therapeutic road that Humanistic Psychology travels in the alliance or psychic link between therapist and patient.*

Keywords: *Subject. Object. Person. Need. Desire. Love. Therapist. Transcendence. I-You. We*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 10 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 15 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: jagmonge@yahoo.es
Dirección postal: c/ Santísima Trinidad 32. 28010, Madrid. España

© 2017 Revista de Psicoterapia

Cuando aquí se habla de "laboratorio" no hay que pensar en probetas, microscopios, centrifugadoras… no se trata de biomedicina o física, ni siquiera en un laboratorio de la humana conducta. Se trata de un espacio interpersonal en el que, de una manera protegida, y experiencial, el sujeto investiga el: ¿quién soy yo?, ¿Cómo me está afectando lo que impacta mi vida? ¿Qué aprendo de mí? Y ¿quién quiero ser?: cómo vivir coherente, pacíficamente conmigo mismo y con los demás desde lo que soy.

El hombre, la mujer, acuden al psicoterapeuta con una demanda concreta o indefinida. Juntos creamos *una terapia del sujeto,* no del "objeto": enfermo que hay que sanar. Esa persona nos trae también su dimensión de salud a la que hay que prestar una atención y cuidado. Si crece su espacio de salud, relativamente disminuirá el de enfermedad. El sujeto ampliará sus recursos y capacidades para elegir sus conductas, configurar actitudes mas sanas.

En este escrito se desarrollan un par de triples necesidades que a nivel experiencial acontecen en la vida del sujeto terapéutico y dejan huella, a escala, en la relación paciente-terapeuta. Necesidades que son antesala del deseo humano, libre, que subyacen al devenir personal, que nunca es un fenómeno individual aislado, sino que acontece en la comunidad psicosocial, en el grupo humano del cual formamos parte. La psicoterapia es un encuentro de personas más que un contacto de roles. La intención del escrito es patentizar que lo que el paciente relata, sucede "transferencialmente" o no, a escala, en el aquí y ahora de la terapia humanista, a través del vínculo o alianza de ayuda.

**Necesidades**

La persona es un ser en relación: "Toda vida verdadera es encuentro" dice Martin Buber (1984) el filósofo más citado en Psicología Humanista. La persona es un "ser- en-- relación". Yo no puedo hablar de mí sin que "el otro", "los otros" que me constituyen en un yo-tú entren en mi relato existencial. ¿Qué necesita el yo, psicológicamente hablando y qué sigue necesitado cuando deviene conscientemente un "nosotros"? ¿Cómo pasar en psicoterapia humanista de la "necesidad" al "deseo", que es lo que con mayor profundidad define lo humano?

Se pueden enumerar las necesidades en la siguiente forma**:**

**Necesidades del yo individual**

I.- 1º Amar y ser amado.
2ª Comprender su "universo vital".
3º Crear: ser útil.

Cuando alcanza o es alcanzado por un "nosotros" (camino de madurez) aparecen las:

**Necesidades del "nosotros"**

II.- 1º: Inclusión (estar-en-contacto grupal).
2º: control: (¿tengo poder?),
3º: Afecto. (¿a quién quiero o amo; quien me quiere o ama?

Estas necesidades humanas, forman el "reino de la necesidad" al cual pertenecemos. El punto de inflexión de la maduración humana se da cuando pasamos de la necesidad al DESEO.

Al hablar de "necesidades", hay que entender que éstas no se dan tan sólo en la cotidiana vida del sujeto terapéutico, sino que acontecen también con el psicólogo en el contexto relacional de la alianza de ayuda, del vínculo terapéutico. Si el paciente, por ejemplo, subraya la necesidad de autocomprensión, o de afecto, además de en su vida cotidiana, "átomo social", acontece en la terapia delante y con una persona (terapeuta) que puede ayudarle con su comprensiva, lúcida, sabia cercanía y afecto verdaderamente hondo. En el proceso no se da, tan sólo, un encuentro de roles, sino, de mayor calado, un encuentro de personas. Y eso ocurre con las demás necesidades mientras van madurando como deseos sanos y auténticos.

Aquí se va a distinguir metodológicamente, por razones de claridad: el yo en relación y la relación del yo. Puede parecer lo mismo, pero se va a proponer como dos ángulos de visión.

Primero: qué necesita el yo, psicológicamente hablando. Segundo: qué sigue necesitando cuando ha devenido conscientemente un nosotros.

**Las necesidades del yo**

Hay tres necesidades fundamentales que motivan hacia su satisfacción y hacen emerger el deseo humano. Su frustración hay que negociarla, asumirla, lo más sanamente posible o, al menos, tolerarla y convivir con ella, sin demasiado menoscabo de la calidad personal de vida

1ª Amar y ser amado

2ª Comprender el propio universo vital: entenderme y entender.

3ª Crear. En dimensión más sencilla y también valiosa: ser útil.

Estas tres necesidades humanas, motivadoras, son susceptibles de ser leídas en una primera aproximación o, más hondamente, en sus raíces con vocación de trascendencia. Aquí, a pesar de que al autor le gustaría hacerlo, la reflexión se quedará en la primera opción.

**Amar, ser amado**

Se trata de una necesidad fundamental: ¿A quién le intereso yo?, ¿Quién me quiere?, ¿A quién amo? Dimensión profunda sin la cual el cachorro humano no se desarrollará armónicamente. La caricia, el contacto, es esencial para un crecimiento seguro, protegido, expansivo.

Su frustración acarrea muchos y severos problemas en la evolución humana, en el proceso de crecimiento personal, en la supervivencia.

Parece fácil la realización de la persona con esta necesidad gratificada, pero amor, siendo la palabra más profunda de nuestro vocabulario existencial es, tal vez, la más adulterada. No llamemos "amor" a cualquier cosa que se le parezca: amor

es elección, opción seria y constante, susceptible de ser cuidada, regada, emoción motivadora, olvido de sí y entrega al otro, a los otros. Es solicitud, afecto e intimidad. Sembrado en la paciencia, mantenido en la motivación, cosechado en la reconciliación y la mirada adulta, la palabra y la escucha. Es contacto y respeto. Comprende, perdona, siente, alegra, acompaña, acaricia y supera el egocentrismo malsano. Uno de los lenguajes del amor es la empatía y, si me permitís ir más hondo, la compasión.

**Comprender**

El hombre, la mujer necesita consciencia y comprensión. Experimentar una lectura comprensiva sobre nosotros mismos y el mundo, la cultura, los paradigmas, la globalización, que nos rodea y en la que estamos inmersos, en la que vivimos mal o bien. Esta necesidad básica arranca de la racionalidad del ser humano y eso que solemos llamar sentido común. Aunque, como protesta a ese imperio de la racionalidad muchos hoy afirman: "Siento luego existo".

¿Quién soy? ¿De donde vengo? ¿A dónde voy? Saber que lugar ocupo en el universo psicosocial, económico, cultural, familiar, político (en sentido original de esa palabra que debemos a Aristóteles y Platón: ciudad-estado), grupal, laboral, religioso. Tener una mirada que me sitúe en mi personal galaxia grande o pequeña.

**Crear**

El hombre necesita, siempre lo ha hecho, dejar una huella de su paso por la historia, por la tierra. Crear algo o, dicho más modesta, pero valiosamente: "Ser útil".

La sensación de no valer o no ser útil para nadie, tarea o personas es muy frustrante. Deja sin realizar una necesidad básica. Eric Fromm (1971, p. 38) escribía: "el que no pasa por la vida creando, pasa destruyendo" (o destruyéndose).

El ser humano tiene necesidad de ver reflejado su poder: *homo faber*. Por eso el trabajo no es una maldición, aunque, en ocasiones lo vivamos así. Pertenece a la condición humana.

En Altamira nuestros remotos antepasados no sólo sobrevivieron cazando, sino que dejaron, tal vez por razones mágicas o simplemente artísticas, su huella en las pinturas de la cueva.

Ser útil es una necesidad importante. Todo hombre tiene derecho a un trabajo digno. Y para ello a una educación (*educere*) que saque de cada uno lo mejor de sí mismo. El paro es una enfermedad de la sociedad y de la economía basada en el dinero, no en el ser humano: un doloroso fracaso.

Cuando no satisfacemos la necesidad de crear, sobreviene una desorientación personal o la nostalgia de la vida anterior al paro o la jubilación. Si además se carece de los bienes necesarios para vivir dignamente no es preciso explicar el sufrimiento personal y familiar. Ocasiona un estado de ánimo con sintomatología angustiosa y depresiva, además de otras enfermedades psicosomáticas.

Los *hobbies*, tareas creativas, los voluntariados solidarios, el apoyo social, familiar, amistoso, despiertan la autoestima del que temporalmente ve frustrada su necesidad de crear.

El trabajo no sólo se califica y justifica por el salario, sino que pertenece a un radical humano. La expansión creativa, útil y/o lúdica, laboriosa, deportiva (del *homo ludens*), fatigosa, comunicadora de bienes, hablan del bíblico sudor de la frente no sólo en la necesidad de pan, sino en el deseo de ser plenamente humano. La familia, la profesión, requieren creatividad y esfuerzo.

**Las necesidades del nosotros**

Se han expuesto tres necesidades básicas: amar y ser amado, comprender y crear.

Pero el ser humano no es un ente individual, aislado. Desde su separatividad, tiene vocación de ser-en-relación. Su identidad más profunda y tal vez su única identidad es: ser con-otro, con otros.

Martín Buber escribía en ese maravilloso libro: "Yo y Tú", que nuestra profunda identidad no la configura un "yo" sino un "yo-tú". Soy yo cuando encuentro un "tú" o un "nosotros". La persona es "en relación" o, más profundamente: es relación. Para poder decir, de verdad: "yo" con autenticidad, hemos tenido, previamente, que aprender a conjugar el "yo-tú".

Buber, abrió un inmenso horizonte a la Psicología Humanista. Esto resonará, años más tarde J. L. Moreno en *Invitación a un encuentro* (1914). Carl Rogers redactará su breve y original *Grupos de encuentro*. En Harward, Schutz escribirá su libro: *FIRO. Orientaciones fundamentales de las relaciones interpersonales,* en el que ahonda que el ser humano llega a la relación con otros desde necesidades esenciales de orden psico-social.

Autores clásicos contemporáneos de Freud, Adler, Jung, como el Dr. Fritz Künkel escribirán para psicoterapeutas: "Tan pronto como se logra el –hallazgo de sí–, se ha logrado también el –hallazgo del nosotros– y está en buena vía lo tercero y último que acaece en la esfera de Psicoterapia: el "hallazgo de Dios". En este momento el psicoterapeuta enmudece y acompaña como testigo. Hasta aquí Künkel (1972).

Aparecen aquí otro manojo de necesidades básicas que dinamizan la relación con el otro, los otros:

1ª Inclusión.

2ª Control.

3ª Afecto.

Esto no es nada nuevo. Se puede haber experimentado en las Dinámicas de Grupo, en la Terapia de Grupo y también en el proceso individual.

**1ª. Inclusión**

Todos recordamos en la pirámide de Maslow la necesidad de pertenencia. El sujeto humano, necesita estar incluido en un mundo relacional: familia, amigos, trabajo, comunidad solidaria, etc… Ser alguien en medio de los otros cercanos. Conjugar mi vida en plural, ampliar mis límites (cf. López-Yarto, S.J., 2014). Ser yo interaccionando con otros. Esta necesidad satisfecha que exige una madurez, deja paso a otra que aparecerá pronto:

**2ª. Control**

La necesidad de vivir mi parcela de poder que limita al norte, sur, este y oeste con el poder de los otros.

Si la pregunta a la necesidad de inclusión era: "¿Cerca o lejos?", en este momento de encuentro es: "¿Arriba o abajo?". ¿Tengo, en relación con el otro, los otros: mucho, poco poder? No tener nada de poder es prácticamente imposible.

¿Cuáles son mis fronteras y dónde empiezan las de los otros? El niño, el bebé, en su debilidad, tiene mucho poder, el adolescente anda por la pubertad tanteando su poder, el adulto lo ejerce con límites.

Quien entra en un grupo, rápida y, en ocasiones inconscientemente, evalúa su cuota de poder: su saldo positivo o negativo.

En cualquier proceso psicoterapéutico esta necesidad o dimensión humana tarde o temprano aparece siempre. El psicoterapeuta evidentemente tiene un poder (que le otorga su formación universitaria, conocimientos, experiencias vitales, rol). Ha de ejercerlo en beneficio del que solicita ayuda, pero, esto es importante, tiene que reconocer seriamente la libertad, conciencia y el poder del paciente.

**3ª. Afecto**

Se ha hablado antes de la necesidad de amar y ser amado. En la relacionalidad del sujeto la pregunta es: ¿Me quieren o no me quieren? ¿Me siento cerca o lejos? Detrás está la posibilidad y necesidad de expresar y acoger sentimientos positivos. De sentirse aceptado y respetado y, más o menos amado.

Aprender a desear tiene radicalmente que ver con aprender a amar. Toda vida es un largo aprendizaje, afortunado o desafortunado de la arraigada actitud amorosa. Un amor no cimentado en la necesidad sino creciente en la tierra del deseo. Solicitud, afecto, intimidad. El proceso psicoterapéutico se alimenta secretamente del amor: real, respetuoso, consciente de la situación, del otro, de sus circunstancias, de su ética y opciones vitales. A algo, =Alguien", se refería Víktor Frankl al nombrar el "supra-sentido" de la vida. Horkheimer (2000, p. 195), hablará de "anhelo de lo totalmente otro".

El psicoterapeuta tiene el silencio y la palabra, el corazón y la sabiduría. Como la representa o anhela el paciente que busca, en sus crecientes recursos su palabra, su elección humana.

**De la necesidad al deseo**

Hasta ahora se ha hablado aquí empíricamente de necesidades humanas. Pero las necesidades humanas que aparecen en el proceso psicoterapéutico y que ayudamos a sanar son la antesala del DESEO que pasa por ellas y las trasciende. Podemos tener deseos de llenar nuestras carencias y completar el ciclo de satisfacción de las necesidades que impulsan direccionalmente. Son deseos de corto alcance, de exiguo recorrido. "deseíllos". "La sed que yo siento no me la calma el beber", escribía Machado (1917-2017, p. 84).

No somos sólo un manojo de necesidades sino sujetos de deseos que, sanados y madurando nos abren al horizonte infinitamente libre del Amor. El hombre, escribía Nieztsche es un "animal enfermo". Enfermo de un cierto vacío, enfermo de separación, de deseo de relación. De que resuelva bien o mal ese movimiento incontenible del deseo dependerá prácticamente todo: su felicidad o infelicidad, su humanidad o in-humanidad.

El deseo tiene, como la humana conciencia del bien o del mal, una impronta ética. Somos configurados por nuestros deseos, de ahí su ambigüedad. El deseo tiene una "estructura mimética", puede ser diseñado desde fuera. (René Girard, 2006). Eso no es bueno ni malo. Nos enseñan a "desear". Aprendemos miméticamente a desear. No sólo el niño sino el adulto (que no equivale a maduro). ¿Deseo yo o desea el "otro" (sociedad, cultura, poderes, mercados, medios, publicidad) en mí? Hacer emerger el deseo mimético (René Girard), adaptable, dinámico, personal, nos lleva a elegir quienes somos y quienes queremos ser.

Pero lo radical en el hombre es que puede discernir y elegir sus deseos. Puede dar alas al corazón humano, sede del deseo, y centro unificador de toda la persona, que le lleven a quemarse y estrellarse como Ícaro o a volar libre en busca del otro, de la tierra prometida.

Somos seres constitutivamente separados e in-completos, relativos a otros, por eso tenemos deseos. Se trata de superar el aislamiento y la fusión, para llegar a lo sanamente maduro: autonomía relacionada. La soledad es buena y sana si es un anclaje de la búsqueda del otro: en una palabra, del AMOR.

Búsqueda amorosamente trascendida y, profundamente, sepámoslo o no: Trascendente.

Agustín de Hipona, uno de los más grandes pensadores de la humanidad (finales siglo IV, principios del V), exclamaba: "Nos hiciste, Señor, para ti, y, nuestro corazón está inquieto hasta que descanse en Ti" (397/1969, Conf. 1,1,1). Si algo constituye el deseo, ese anhelo sentido, es que va siempre más allá de lo conseguido. Gente no religiosa como Horkheimer (2000) hablará de: "anhelo de lo totalmente otro". Nietzsche dirá: "que el gozo, término del deseo, quiere ser eterno". Ernst Bloch afirma que la finalización del inacabable dinamismo humano del deseo apunta a la "patria de la identidad" (Bloch, 2007, p. 254): reconciliación perfecta del hombre consigo mismo, con la naturaleza, con los otros. (Cf. García SJ, 2011).

En lo humano la necesidad, las necesidades que venimos describiendo, llevan

la impronta del deseo. El deseo del otro tiene su origen en la necesidad del otro, pero no es reducible a esta pura necesidad. Lo radical del hombre es que puede elegir sus deseos, como apuntaba Agustín de Hipona (397/1969), uno de los más antiguos padres de la introspección.

Ernst Bloch afirma que la finalización del inacabable dinamismo humano del deseo apunta a la "patria de la identidad": reconciliación perfecta del hombre consigo mismo, con la naturaleza, con los otros.

En lo humano las necesidades que se han descrito llevan la impronta del deseo mas allá de mi necesidad, ya que el deseo no es reductible a la pura necesidad. Y se trata de no destruirlo con mi voracidad, ni banalizarlo.

Desear es renunciar a hacer del otro "objeto". La palabra revela en el otro un sujeto interlocutor, no un "objeto" devorable. No es útero ni quimera, es encuentro real que nos abre a un horizonte inabarcable (Vasse, 1969).

Zygmunt Bauman (premio príncipe de Asturias 2010) habla de una "modernidad líquida" Ya casi no hay referencias estables, nada es definitivo, sólido. ¿Dónde podemos agarrarnos en la vocación y tarea de ser humanos? Si lo hacemos al reino de la necesidad, fracasaremos o, todo lo más, sobreviviremos. Si edificamos nuestra vida sobre el deseo, maduro, bueno, realista (y utópico a la vez), podremos diseñar un proyecto vital humano y humanizador, maduramente compartido.

El sentido sanador de la vida del que hablaba Víktor Frankl (2004) puede acontecer en el proceso terapéutico, en la relación humana paciente-terapeuta. Y acontece en forma de deseo, desde nuestra esperanzada pobreza o desde nuestros trastornos egocéntricos.

El psicoterapeuta humanista depositario de la esperanza de sanación, maduración, crecimiento personal asiste al parto, en el sujeto de la terapia de deseos que siguen el itinerario: yo-tú-nosotros y horizonte inabarcable del deseo humano.

Desear al otro, es quererlo por lo que es (diferente a mí) y que yo no soy o no tengo, "Desearlo" es renunciar a hacer del otro un objeto de mi necesidad. No reducirle a eso. No destruirlo con mi voracidad.

En estos temas reconozco que Fritz Perls se queda corto de miras. La *Gestalt* ofrece herramientas terapéuticas muy útiles, pero no tiene una filosofía de fondo que toque hondamente al ser humano.

El otro no está solamente para satisfacer mis necesidades (eso sí lo dice la *Gestalt*). Puede haber una etapa evolutiva en que este vínculo se dé. Si el otro sirve sólo para satisfacer mis necesidades no es el otro, es lo otro. Es, en el lenguaje de Buber, "el yo-ello". No se trata ni de perderse en el otro, ni aislarse del otro, de los otros. Encontrar la propia intimidad habitada y recibida. ¡Busquemos la Fuente de nuestro ser!

Encontrarme y encontrarnos, en los otros, a través del deseo es: muerte y vida, desierto y oasis, renuncia y gozo. Alteridad insondable y cercanía vivificante. Cuando llegamos a entrar en la profunda dinámica del bueno, saludable, maduro y auténtico deseo estamos configurando o siendo configurados en nuestra más

profunda identidad humana: devenimos más grandes que nosotros mismos. ¡Somos libres para amar/amarnos! (cf. Vasse o.c).

Este es el camino en el que "acompañamos cuidando" (en griego *terapeuo*) escuchando, amando.

Agustín de Hipona (397/1969) nos invitaba hace 16 siglos: "No quieras huir hacia fuera, vuelve a ti mismo, en el hombre interior habita la Verdad". El deseo auténtico, no prestado ni colonizador, te hará consciente de la Verdad que te constituye: ¿quién eres de verdad?

Jean Paul Sartre escribía que: "el hombre escoge su pasado". En cierto modo es verdad cuando en terapia (que, en sujetos, viene bien que sea ecléctica: terapia a medida del paciente) hacemos una re-lectura y re-interpretación de nuestro pasado que tantas huellas deja en nuestro presente y futuro. Venimos de Alguien, recibimos la vida y nuestra libertad elige, con realismo y madurez quienes somos y qué deseamos para nuestro (plural) futuro. De lo que deseemos dependerá quienes somos.

A la sana y honda humanidad fecunda se le puede llamar "tesoro escondido" del que muchos están viviendo y todos llamados. Teilhard de Chardin (1957) afirmaba: "Nada es profano en la tierra para quien sabe ver". Y yo añado aquello de que: "Lo que el árbol tiene de florido vive de lo que tiene de escondido"

El deseo, portador del amor, tiene la palabra, la auténtica, última, definitiva. Aunque en la "modernidad líquida", que analiza profundamente el galardonado con el premio Principe de Asturias en 2010, Zygmunt Bauman (2002) (premio Príncipe de Asturias 2010), ya casi no existen referencias estables. Nada es definitivo, sólido; no podemos agarrarnos al agua, a los fluidos, para establecer, sobre roca, un proyecto vital basado en el deseo maduro, compartido, realista y bueno.

Llegamos así, en el acompañamiento terapéutico, hasta la frontera en la cual, nuestra palabra más elocuente será el cordial silencio respetuoso.

El supra-sentido de la vida, que diría Víktor Frankl (2004), puede acontecer, en el proceso terapéutico, en nuestra frecuentemente dolorosa, pobreza y, en situaciones, "esperanzada pobreza", como deseo, más grande que nosotros mismos. Y nosotros, psicoterapeutas, somos asombrados testigos más que coautores.

Siendo motivadores de su espera saludable, asistimos a la gratuidad de la Esperanza en la existencia personal de esa mujer, ese hombre, que nos dio el modesto poder de acompañarle en su devenir yo-tú-nosotros. Asistimos al parto, no sin dolor, de auténticos, libres, buenos, sanos y enraizados deseos.

El ámbito de la terapia no está exento de "guerras", "escaramuzas" en el interior del sujeto y en su entorno. Hay que acompañarle en los duelos, sufrimientos, desencuentros, relaciones, autoconcepto, ayudándole a que, sanando sus heridas, encuentre la Paz dentro y fuera en el continuo ir y venir por su vida (en el límite de contacto). Esta paz es un horizonte sin límites hacia donde mira su deseo más profundo. Si la palabra AMOR auténtico, no basado en la necesidad sino en el deseo verdadero, teje nuestra existencia, la PAZ, basada en la Justicia, nos hará libres para

recibirla como un don y cultivarla como una tarea.

En el panorama de una cultura inhumana, el famoso psicólogo y filósofo francés Michel Foucault, (autor mas citado del mundo en 1987, en el ámbito de las Humanidades), se preguntaba: "¿Todavía existe el hombre?" Los lectores tienen la PALABRA.

## Referencias bibliográficas


Agustín de Hipona (397-1969). *Confesiones.* Madrid, España: EDAF.

Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica de España.

Buber, M. (1984). *Yo y Tú.* Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Bloch, E. (2007). *El principio esperanza*. Madrid, España: Trotta.

Chardin, T. (1957). *Le milieu divine. Essai de vie interieure.* París, Francia: Ed. du Seuil.

Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas*. México DF, México: Siglo Veintiuno.

Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.

Fromm, E. (1971). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana.* Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.

García, J. A. (2011). *Ventanas que dan a Dios. Experiencia humana y ejercicio espiritual.* Santander, España: Sal Terrae.

Girard, R. (2006). *Los orígenes de la cultura: conversaciones con Pierpaolo Antonello y João Cezar de Castro Rocha*. Madrid, España: Trotta.

Horkheimer , M. (2000). *Anhelo de Justicia. Teoría Crítica y Religión*. Madrid, España: Trotta.

Künkel, F. (1972). *Del yo al nosotros. Nuevas orientaciones de la psicoterapia dialéctica.* Barcelona, España: Ed. Luis Miracle.

López-Yarto, L. (2014). Del yo al nosotros. Fundamentos psicológicos de la alteridad. *Manresa, 86*, 109-121.

Machado, A. (1917-2017). *Poemas.* Barcelona, España: linkgua-digital.

Rogers, C. (1979). *Grupos de encuentro.* Santiago de Chile, Chile: Amorrortu.

Sartre, J. P. (1979). *La náusea.* Buenos Aires, Argentina: Losada.

Schutz, W. (1966). *FIRO: A Three Dimensional Theory of Interpersonal Behavior*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Vasse, D. (1969). *Le temps du désir*. París, Francia: Seuil.

# LOGROS, ERRORES Y RESPONSABILIDADES PARA EL FUTURO DE LA PSICOLOGÍA HUMANISTA

## ACHIEVEMENTS, MISTAKES, AND RESPONSIBILITIES FOR THE FUTURE OF HUMANISTIC PSYCHOLOGY

**Ramón Rosal Cortés**
Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rosal Cortés, R. (2017). Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la Psicología Humanista. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 85-126.

## Resumen

*Se presenta aquí el texto que se ofreció como ponencia en el I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas que tuvo lugar, en noviembre de 2015, en Barcelona. El artículo se ocupa de responder a tres cuestiones principales: 1ª Desde que se inició públicamente el Movimiento de la Psicología Humanista, en 1961, al crearse la* American Association for Humanistic Psychology *y el* Journal of Humanistic Psychology, *¿cuáles podemos considerar sus principales logros hasta la actualidad? ¿Qué influencias beneficiosas ha producido en el colectivo de los psicólogos, psicoterapeutas y otros profesionales de la salud?; 2ª Dentro del pluralismo de modelos terapéuticos relacionados, en algún grado, con la Psicología Humanista, ¿qué principales errores –o, al menos, deficiencias– se pueden señalar en una parte de sus profesionales? ¿Qué infidelidades respecto a las aspiraciones originales del Movimiento? ¿Se ha logrado superar plenamente lo que Rollo May (1986, p. 33) calificó como "período de infancia y de adolescencia" de la Psicología Humanista? 3ª Finalmente, ¿qué nuevas posibilidades se ofrecen a los implicados en las psicoterapias existencial-humanistas, teniendo presentes algunos de los principales problemas actuales experimentados por individuos y sociedades? ¿Serán capaces los psicólogos humanistas de influir beneficiosamente no sólo respecto a los primeros, sino también respecto a las segundas? El objetivo era seleccionar –sobrepasado el medio siglo de historia del Movimiento de la Psicología Humanista– un conjunto de materiales idóneos para futuros trabajos sobre historia de las psicoterapias humanistas.*

Palabras clave: *Psicología Humanista, logros de la Psicología Humanista, errores de la Psicología Humanista, responsabilidades de la Psicología Humanista, Historia.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 15 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: ramonrosalc@gmail.com
Dirección postal: c. Madrazo 113, enlo. 2ª. 08021 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

## Abstract

*Presented here is the text that was offered as a presentation at the First International Congress of Psychology and Humanistic Psychotherapies which took place in November of 2015, in Barcelona. The article is occupied to answer three main questions: 1st since the movement of humanistic psychology was publicly launched in 1961, at the American Association for Humanistic Psychology and the Journal of Humanistic Psychology created, What can be considered its main achievements until now? What beneficial influences has it produced in psychologists, psychotherapists and other health professionals? 2nd Within pluralism related therapeutic models, to some degree, with humanistic psychology, what major mistakes, or at least-noted deficiencies, can be seen in its professionals? What infidelities from the original aspirations of the Movement? Has it been able to fully overcome what Rollo May (1986, p. 33) called "childhood and adolescence" of Humanistic Psychology";3rd Finally, thinking about the future, what new opportunities are offered to those involved in the existential-humanistic psychotherapies, bearing in mind some of the main problems experienced by individuals and societies? Will humanistic psychologists be able to beneficially influence not only with the first, but also with regard to the latter?*

Keywords: *Humanistic Psychology, achievements of Humanistic Psychology, mistakes of Humanistic Psychology, responsabilities of Humanistic Psychology, History.*

Se presenta aquí el texto que se ofreció –en forma abreviada– como ponencia en el I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas que tuvo lugar, durante el mes de noviembre de 2015, en Barcelona, en la Universitat Ramon Llull. El objetivo era seleccionar –sobrepasado el medio siglo de historia del Movimiento de la Psicología Humanista– un conjunto de materiales idóneos para futuros trabajos sobre historia de las psicoterapias humanistas. Materiales que respondiesen a tres cuestiones: a) cuáles pueden considerarse logros innovadores de las psicoterapias humanistas que, a su vez, han sido reconocidos e integrados como válidos –al menos en parte– fuera del ámbito del Movimiento de la Psicología Humanista; b) cuáles pueden señalarse como errores principales que se han cometido por una parte de los psicoterapeutas vinculados a modelos humanistas; c) qué responsabilidades sería conveniente que los terapeutas que trabajan en diversos modelos existencial-humanistas asumiesen cara al futuro. Pero antes de responder a estas tres cuestiones es conveniente señalar en qué autores se está pensando –por parte del autor de este trabajo– cuando se utiliza el término –más bien ambiguo de "psicólogo o psicoterapeuta existencial-humanista".

Ha pasado más de medio siglo desde que un conjunto de psicólogos y psiquiatras norteamericanos y europeos residentes en los Estados Unidos decidieron reunirse al haber comprobado, a través de sus escritos, y sus intervenciones en congresos, que coincidían en unas mismas inquietudes. Además de psicólogos y psiquiatras –vinculados a diferentes paradigmas y escuelas psicológicas– había otros diversos profesionales de la relación de ayuda. Había también profesores e investigadores sobre otras ciencias humanas, y filósofos. A pesar de su diversidad de saberes, y de teorías psicológicas y psicoterapéuticas, compartían un sentimiento de malestar respecto al concepto de ser humano implicado en el paradigma conductista que tenía el poder en las universidades. También, respecto a algunas de las teorías del psicoanálisis ortodoxo, lo cual no les impedía valorar y agradecer de Freud que fuese uno de los primeros médicos que se tomó en serio el psiquismo humano.

El teórico de la personalidad Henry Murray nos dejó un resumen de esta inquietud en el párrafo siguiente, en el que describe el concepto de ser humano que ofrecían los psicólogos:

> El hombre es una computadora, un animal, o un niño. Su destino está completamente determinado por genes, instintos, accidentes, condicionamientos y reforzamientos tempranos, fuerzas culturales y sociales […] no se prevé nada para la creatividad, no se admiten márgenes de libertad para las decisiones voluntarias, ni hay ningún reconocimiento atinado del poder de los ideales, ninguna base para acciones desinteresadas (Murray, cit. en Bertalanffy, 1976, pp. 215s.).

Al mismo tiempo, Ludwig von Bertalanffy, biólogo y teórico de la Ciencia, creador de la Teoría General de los Sistemas, implicado también entre los que compartían la misma inquietud, manifestaba su esperanza y alegría al comprobar que representantes de escuelas neofreudianas (como Fromm y Horney), de la

psicología del yo, de nuevas teorías de la personalidad como los humanistas Allport y Maslow, y de la psicología existencial, estaban dispuestos a mostrar la invalidez de lo que Bertalanffy llamaba la imagen del "hombre-robot", robot de los estímulos ambientales, o de impulsos psicofisiológicos.

Así surgió el movimiento social de la Psicología Humanista mientras Abraham Maslow y Antony Sutich fundaron el *Journal of Humanistic Psychology* en 1961, y al año siguiente la *American Association for Humanistic Psychology* que pronto, al pasar a internacional, suprime el término *American*.

Hay que advertir de que el término psicólogo humanista o, más exactamente, psicólogo existencial-humanista, aquí se vincula a tres grupos de personas:

1. Al colectivo de fundadores y primeros implicados en el Movimiento: Charlotte Bühler, James Bugental, Stephen Cohen, Sidney Jourard, Abraham Maslow, Rollo May, Clark Moustakas, Carl Rogers, S. Stanfelt Sargent y Frank T. Severin. Se desvincularon Kelly, May, Murphy y Murray, aunque May pronto se reintegró.

2. A los que fueron creadores de nuevos modelos de psicoterapia que fueron acogidos por el Movimiento, a través de sus Congresos y publicaciones, principalmente:

a) C. Rogers, creador de la Psicoterapia Centrada en la Persona
b) E. Berne, creador del Análisis Transaccional
c) F. Perls, creador de la Psicoterapia de la *Gestalt*
d) R. Assagioli, creador de la Psicosíntesis
e) E. Gendlin, creador del *Focusing*
f) A. Lowen, creador de la Bioenergética
g) D. Boadella, creador de la Biosíntesis
h) A. Mahrer, creador de la Psicoterapia Existencial

3. a todos aquellos psicólogos anteriores al surgimiento de la Psicología Humanista, o posteriores, que no se autodenominan necesariamente psicólogos o psicoterapeutas humanistas, pero –dentro de su diversidad– les une el hecho de compartir, entre otras características, principalmente una concepción:

- Holista y sistémica de la persona humana singular, frente a una visión atomista

- Que reconoce la capacidad de libertad, frente a una visión mecanicista y determinista de la persona

- Así como también reconoce la complejidad y unicidad de la misma, frente a toda visión reduccionista, de cualquier tipo

Entre ellos se encuentran:

a) Teóricos de la personalidad, motivaciones, emociones, etc., como William James, Gordon Allport, Henry Murray, Philip Lersch, Hans Thomae, G.Stanley Hall, Kurt Goldstein y Edwar Spranger

b) Excolaboradores de Freud, como Otto Rank, Alfred Adler y Carl G. Jung.

c) Neopsicoanalistas, como Erich Fromm, Karen Horney y J.L. Moreno

## Logros

### 1º Concepción holista y sistémica de la personalidad

Un primer logro a destacar es el claro predominio de las concepciones holista y sistémica de la personalidad frente a las atomistas y reduccionistas.

Los teóricos de la Psicología Humanista manifestaron un interés acentuado por el estudio de la personalidad en su conjunto, singularidad e historicidad. La personalidad de un individuo no es entendida como la suma o yuxtaposición de funciones o procesos (cognitivos, emocionales, conductuales), sino como un sistema o conjunto organizado de forma peculiar en cada sujeto, un sistema configurado y en proceso de desarrollo. Los sistemas –o mejor subsistemas– psicofísicos que integran la organización o sistema de la personalidad están interrelacionados, pudiéndose producir una influencia recíproca entre ellos.

Cabe trabajar, con finalidad de cambio psicoterapéutico, a partir predominantemente de intervenciones emocionales, cognitivas, imaginarias, o corporales – Psicoterapia de la *Gestalt* Gimeno-Bayón, 2012a), Análisis Transaccional en su escuela clásica (Gimeno-Bayón, 2012b; Gimeno-Bayón y Rosal, 2012), terapias psicocorporales como la Bioenergética entre otras). Sin embargo, en cualquiera de estos enfoques, para que el terapeuta sea fiel a un enfoque humanista no perderá de vista que estas diferentes vías pretenden dar lugar a un cambio en la organización del conjunto de la personalidad y sus diferentes subsistemas.

Asimismo tenderá a no perder de vista el carácter singular e irrepetible de todo sujeto humano. El interés de la P.H. por esta actitud tiene probablemente su primer representante destacado en Allport (1975). Para este autor la unicidad constituye el mayor dilema para el psicólogo clínico que, si pretende interpretar la conducta del paciente con algunas hipótesis de un modelo terapéutico determinado, constata las dificultades de acoplarse plenamente al mismo.

> La individualidad es una característica primaria de la naturaleza humana. Para el desarrollo de la ciencia de la personalidad debemos aceptar este hecho. Pero es más fácil construir un hombre artificial a partir de normas universales y de grupo que estudiar adecuada y científicamente un ser real (Allport, 1975 p.39).

Para Allport –y podemos considerar que, al menos de forma implícita, para el conjunto de la P.H.– es claramente simplificadora la visión científica nomotética del individuo, en especial si se acepta la definición que Eysench ofreció: "Para el científico, el individuo es, simplemente, el punto de intersección de un cierto número de variables cuantitativas" (Eysench, 1952, p. 18).

> Significa que el científico no se interesa por la mutua interdependencia de los sistemas parciales dentro del sistema entero de la personalidad. Se interesa solamente por dimensiones aisladas, que le permiten establecer comparaciones entre muchas personas [...] El científico no se interesa en el sistema de la personalidad como un todo, sino solamente en las dimensiones

> comunes. Deja a la persona como mero "punto de intersección", sin estructura interna, sin coherencia ni sentido (Allport, 1975, p. 25).

Por supuesto que actualmente, fuera del ámbito de la Psicología Humanista, el interés hacia el concepto de personalidad se ha difundido, distanciándose claramente de los dos paradigmas de los años cincuenta y sesenta del pasado siglo. Pero el papel de los psicólogos humanistas ha sido notable en estos procesos de cambio. Pinillos, el que probablemente fue el primer psicólogo científico español, así lo reconoció cuando escribió –con la libertad del jubilado– estos párrafos en 1987:

> A cuenta de la llamada psicología humanística –tercera fuerza, otras veces– hay que cargar el mérito de haber mantenido vivas, contra viento y marea, una serie de ideas que los reduccionismos de las distintas escuelas han excluido cuidadosamente de sus respectivos campos de investigación, sobre todo al ocuparse de la personalidad.
>
> De formas muy variadas, porque el área cubierta por las psicología humanística tiene unos confines borrosos y un contenido heterogéneo, los representantes de esta opción han procurado que la psicología de la personalidad no pierda de vista la existencia de un núcleo de cualidades *sui generis* tales como la libertad, la dignidad y la conciencia de sí, privada de las cuales la noción misma de personalidad queda degradada. La idea de que, por modos muy diversos, en la personalidad humana refulge el valor incondicionado de la persona, es probablemente la clave del arco que cobija a todas las teorías humanísticas de la personalidad. [...]
>
> En cuanto fuente de inspiración, como conciencia crítica de los convencionalismos, estrecheces y limitaciones de la psicología científica de la personalidad, esta opción humanística tiene asegurado un puesto permanente, un poco honorífico, ésa es la verdad, en la disciplina. No siempre es viable traducir a términos verificables los valores que todas estas corrientes pretenden defender en el estudio de la personalidad; pero constituiría una crasa equivocación no caer en la cuenta de que en la anteposición que hacen del objeto al método tiene, precisamente en el estudio de la personalidad, mayor sentido que en ninguna otra parcela de la psicología (Pinillos, 1987, pp. 14ss.).

**2º Investigación idiosincrásica**

Un segundo logro de la Psicología Humanista es el de haber investigado con un enfoque predominantemente idiosincrásico para la comprensión de la persona, de los sistemas en que está implicada, y de los subsistemas que la integran.

Predominio no significa exclusividad. May trató de compaginar –como vías complementarias– la visión idiosincrásica (que consideraba la principal) y la nomotética. Para May el ser humano se encuentra ante un dilema existencial que "emerge de la capacidad del hombre para vivir a la vez como sujeto y objeto. Ambas vivencias son necesarias, para la ciencia psicológica, para la terapia y para una vida

placentera" (May, 1978, p. 21). Un error frecuente consiste, según él, en la actitud simplificadora por la que se trata de evitar el dilema negando uno de sus extremos. En psicoterapia este dilema se manifiesta en que puede percibirse al paciente desde dos puntos de vista: o como un organismo que, según los diagnósticos, se adecúa en mayor o menor grado a determinado modelo, o como un sujeto singular e irrepetible con el que se establece una relación interpersonal y con el que se ejercita una actitud de empatía que facilita comprender mejor el significado de su lenguaje verbal y no verbal.

> Un colega psicoterapeuta señala que alterna como en un partido de tenis entre ver al paciente como un objeto, cuando piensa en modelos, dinámica, prueba de realidad y otros aspectos de los principios generales con los que se relaciona la conducta del paciente; y como un sujeto, cuanto siente empáticamente el sufrimiento del paciente y ve el mundo a través de su punto de vista (May, 1978, p. 23).

Esta complementariedad de actitudes o percepciones se requiere, según May, tanto en el terapeuta, como en el científico de la psicología, como en todo ser humano que quiera respetar en su vida cotidiana la complejidad de la realidad humana, sin negar ni su vertiente condicionada y manipulable, ni la zona de su libertad o creatividad. Según May, la libertad equivale a la capacidad de vivenciar de forma dialéctica ambas vertientes en uno mismo. Tiene presente la afirmación del físico Heisenberg cuando le subrayó que consideraba una ilusión la creencia en la posibilidad de observar la naturaleza como un objeto externo separado del sujeto y se lamentó de que en la Psicología se fomente esta actitud, cuando en esta ciencia, al tener que utilizar el investigador los mismos procesos cuyos mecanismos y estructuras trata de descifrar, la simplificación que se produce resulta incomparablemente más grave que en la física.

Notemos que May recalca la complementariedad de ambos enfoques como un requisito también en el trabajo científico, acercándose mucho su posición conciliadora a la de Rogers. Una vez más no aparece ningún menosprecio a la posible aportación científica objetivadora del psiquismo humano. Este autor se sitúa, según su propia declaración, dentro de la tradición del filósofo y psicólogo William James, en cuyo pensamiento se encuentran grandes afinidades con el enfoque existencial compaginadas con una actitud respetuosa de la objetividad científica. En James se había simultaneado la elaboración de la psicología descriptiva con la explicativa.

> James trató de preservar el carácter de complemento mutuo de ambos puntos de vista, cosa que sólo es posible sobre la base de una teoría del hombre en tanto fuente integral de la experiencia, de una teoría de un modo original de existir, de una fenomenología del mundo experienciado, fenomenología implícita en James (van Kaam cit. en May, Allport, Feifel, Maslow y Rogers, 1963, p. 14).

El enfoque existencialista de James se manifiesta por ejemplo cuando afirma que una verdad no pasará de ser una mera idea abstracta a menos que el sujeto a quien

llegue pueda experimentarla o vivenciarla auténticamente en los distintos niveles de su ser. Sólo así constituirá una verdad operativa con capacidad transformadora. Ahora bien, May no comparte el extremismo sartriano reflejado por ejemplo en la declaración: "Somos lo que elegimos". De hecho May sigue reconociendo la validez del enfoque científico objetivo, "la validez de las consideraciones basadas en el condicionamiento, la formulación de los impulsos, el estudio de los distintos mecanismos, etcétera" (*Ibidem*), lo que rechaza es la pretensión de poder alcanzar una imagen aceptable sobre el ser humano a partir únicamente de tales métodos.

Refiriéndose a la conocida polémica entre Skinner y Rogers, considera que en ambos –aunque sus críticas se dirigen más bien hacia el primero– se produce un proceso de simplificación por no asumir las dos dimensiones del dilema. May no acepta que la experiencia subjetiva –y el control interno– queden plenamente subordinadas al control externo como hecho inevitable, aparte de las situaciones de laboratorio y hospital. Considera que la terapia ofrece pruebas constantes de que los individuos reaccionan ante su medio de una forma que tiene relación con su experiencia interna, con sus vivencias pasadas, y que realizan una interpretación del medio a través de sus símbolos, esperanzas y temores (May, 1978, p. 32). Sin embargo tampoco acepta la posición de Rogers en dicho debate al reducir lo significativo únicamente al control interno. La hipótesis de Rogers según la cual todo ser humano es, en el fondo, altamente racional, realista, siempre que haya podido experimentar una relación interpersonal satisfactoria –caracterizada por la "congruencia", el respeto y la aceptación de todos los sentimientos– lleva consigo el peligro de perder la capacidad de percibir el lado irracional y no libre del individuo. De hecho, en la experiencia terapéutica rogeriana con esquizofrénicos, llevada a cabo en la Universidad de Wisconsin, May y otros jueces de las grabaciones constataron la dificultad de los rogerianos para reconocer la presencia de comportamientos hostiles o agresivos, lo cual condujo incluso a Rogers a preguntarse si se debía a una falta de conciencia de los propios sentimientos negativos de los terapeutas. El mismo Rogers posteriormente hace declaraciones que manifiestan su acuerdo sustancial con la postura de May; y la necesidad de aprender a vivir aceptando el dilema:

> Es mi convicción que parte de la vida moderna reside en enfrentarse a la paradoja que afirma que visto desde cierta perspectiva el hombre es una máquina compleja [...]. Por otra parte, en otra dimensión de su existencia el hombre es subjetivamente libre; su elección personal y su responsabilidad dan cuenta de su propia vida (Cit. en May, 1978, pp. 36s.).

**3º Atención a lo específicamente humano**

Otro logro de la Psicología Humanista es el de haber prestado especial atención a las experiencias y actividades específicamente humanas, por ejemplo: voluntad, amor, captación y vivencia de valores éticos, vacío existencial, experiencias transpersonales (horizontales y verticales), "experiencias cumbre", etcétera.

En el famoso Congreso de *Old Saybrook*, en el que participaron los principales teóricos de la personalidad americanos como: Allport, Murray, Murphy, Kelly, como también los fundadores del Movimiento de la Psicología Humanista: Maslow, Rogers, y otros, no faltaron destacados conductistas como Hebb. Una de las críticas que éste dirigió a la Psicología Humanista se refirió al hecho de que se dedicase a enseñar aspectos de la vida humana como "aprender a vivir con los demás, aprender a hacer el amor, aprender a no crearse enemistades". May le respondió así, según informó en la Conferencia Inaugural del Congreso de Psicología Humanista de Roma (1981):

> No dudo que Hebb tenga razón cuando dice que estos aspectos no forman parte de la psicología tradicional, pero en lo que no estoy de acuerdo es que no formen parte de la psicología tal como ella debería ser. Si el porvenir probase que tuvo razón, que la psicología no puede tratar los problemas de la vida, del amor, de la amistad, entonces yo seré el primero en dejar la psicología, porque yo estoy allí para mis pacientes, para seres humanos, y rehúso subordinar los seres humanos a la ciencia (May, 1986, p. 34).

Con ello insistía en lo que ya desde el principio habían querido los fundadores del Movimiento: ocuparse de las experiencias específicamente humanas. Sobre éstas escribían algunos periodistas y algunos filósofos, pero en aquellos años no era normal que acaparasen la atención de psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas en sus investigaciones con ratas u otros animales. Y respecto a algunas experiencias especiales, como las espirituales o transpersonales, eran precipitadamente calificadas como psicopatologías por los psiquiatras.

Irvin Child, psicólogo científico y catedrático en la Universidad de Yale, reconocía lo siguiente:

> El más grave de todos los defectos que desdora gran parte de la tradición científica en la investigación de la psicología es el conato por excluir del campo de la psicología la experiencia o conciencia (Child, 1975, p. 17).

Los psicólogos humanistas-existenciales, en sus teorías sobre los procesos psicológicos (emocionales, cognitivos, conductuales) y sobre la personalidad no dependían de tales limitaciones metodológicas.

**4º Recuperación del potencial de la voluntad**

Otro logro de la Psicología Humanista ha sido el de haber recuperado la importancia de la voluntad –no en sentido victoriano– como potencial nuclear de la conducta humana.

Es sorprendente cómo a lo largo de la historia de la psicología –primero filosófica y luego también científica– perduró la atención intelectual sobre el potencial humano volitivo –aparte de los sensoriales, cognitivos y afectivos. Sin embargo se produjo en la psicología un paréntesis largo, después de Freud, durante el cual desaparece el capítulo sobre la voluntad en los tratados de psicología.

Cuando William James publica en 1890 su obra fundamental *Principios de*

*Psicología*, el tema de la voluntad ocupa todavía un espacio digno. En la edición española son setenta y ocho las páginas dedicadas a este potencial humano (sobre un total de mil cien páginas). El desprestigio del tema de la voluntad, que se fue produciendo después de Freud, no había influido todavía en James. Sin embargo, a medida que pasan los años, este tema va desapareciendo de los tratados de Psicología General. Señalemos alguno como muestra. Los *Elementos de Psicología*, de David Krech, Richard Crutchfield y Norman Livson, cuya primera edición apareció en 1969 y que en la edición española de 1973 ocupa 1087 páginas, no dedica ninguna al tema de la voluntad. Tampoco aparece ni siquiera nombrado este término en el detallado índice analítico de materias incluido en esta obra. Lo mismo ocurre con la valiosa obra de Edgar Vinacke, *Psicología General*, que apareció en 1972, y que en su edición española en dos volúmenes ocupa 1225 páginas. También aquí se da un silencio total sobre el concepto de voluntad. Y esto ocurre a pesar de que hemos elegido dos obras de las que aceptan y dedican atención al concepto holista de personalidad. Al menos en el caso de la obra de José Luis Pinillos, *Principios de Psicología*, ocupa un par de páginas –sobre un total de 731–, un apartado titulado *Motivación y personalidad*, en el que se permite llamar la atención sobre los peligros de este silencio.

> En la medida en que los problemas de la acción humana se subsuman en las categorías motivacionales corrientes, los fenómenos de la decisión y la libertad corren el peligro de disolverse y quedar reducidos a una secuencia causal, donde la elección y el asentimiento tienen escasa cabida. Planteado en términos autorregulativos de necesidades, impulsos y reducción de los mismos, o de operantes refuerzos, la conducta motivada queda sujeta a unas leyes que, de suyo, tienden a la necesidad.
>
> Sin embargo, es bien notorio que la acción voluntaria del hombre presenta unos grados de libertad poco compatibles, en principio, con el concepto de necesidad. La solución de esta antinomia de la psicología no se resuelve, desde luego, por el cómodo procedimiento de suprimir uno de sus términos; en la conducta del hombre coexisten ambos aspectos, el de la necesidad y el de la libertad, sólo que no en el mismo plano. La necesidad de los procesos motivacionales afecta a una variable de la conducta, pero ésta es algo distinto y superior a cada una de las variables que la integran. La conducta es la función de un sistema abierto, cuyas propiedades no pueden medirse con iguales criterios que los aplicables al estudio de los procesos aislados. Y es este hecho fundamental, el hecho de que la psicología ha propendido, por razones sin duda muy imperiosas, al estudio de procesos, más que al de la actividad general del sistema, lo que ha privado de lugar adecuado al problema de la libertad (Pinillos, 1975, pp. 545ss.).

Sin embargo, al margen de los paradigmas dominantes en los últimos decenios, en la psicología científica, no han faltado los psiquiatras y psicólogos que

desde la investigación de la experiencia clínica han contribuido a revalorizar la actividad voluntaria y libre en la existencia humana. Entre éstos cabe destacar la contribución de Otto Rank (1976), que llega a titular su obra de madurez *Will Therapy*, Psicoterapia de la voluntad. Y que sitúa a ésta en el lugar que la libido ocupaba en Freud y el deseo de poder (o superación) en Adler, aunque con un concepto de voluntad que no anulaba sino que integraba estas tendencias. Está también Rollo May, psicoterapeuta humanista-existencial, que fue figura relevante por sus ponencias en los Congresos europeos de la Psicología Humanista, en los años setenta del pasado siglo, y que de entre sus publicaciones, donde aborda de forma más completa el tema de la voluntad humana es en *Amor y voluntad. Las fuerzas que dan sentido a la vida*, cuyo original en inglés, con el título de *Love and will*, se publicó en 1969. También hay que destacar la contribución del creador del modelo psicológico-humanista denominado Psicosíntesis –Roberto Assagioli– que, aparte de lo que considera sobre esta cuestión en su obra principal *Principi e metodi della Psicosintesi terapeutica* (1973a), es sobre todo en *The act of will* (El acto de voluntad), 1973b, donde se ocupa exclusivamente de este tema. Cuestiones que aborda en esta obra son, entre otras: la voluntad fuerte, la voluntad sabia, la voluntad buena, la voluntad transpersonal, los estadios de la voluntad y la voluntad gozosa. Fuera del campo de la psicoterapia, y entre los tratados psicológicos que profundizan sobre la naturaleza y relevancia del potencial volitivo es el psicólogo fenomenológico Philipp Lersch el que reconocemos como más matizado, en los apartados en los que se ocupa de la voluntad en su magistral obra *La estructura de la personalidad* (1971). Finalmente, buscando entre los filósofos de los últimos decenios una contribución profunda sobre el tema, aquí se ha seleccionado como más matizada y convincente la obra del metafísico español Xavier Zubiri en su obra póstuma *Sobre el sentimiento y la volición* (1992). Queremos también mencionar aquí el excelente capítulo titulado "Dinámica: volición y libertad", del polifacético sabio Luis Cencillo (filósofo, antropólogo, psicoanalista independiente y psicólogo), en su obra *Dialéctica del concreto humano* (1975).

De las ideas de Rollo May sobre la voluntad, en especial las que expone en su libro *Amor y voluntad. Las fuerzas humanas que dan sentido a la vida* (1985) aquí se destacarán las siguientes, esquemáticamente:

*a) La descalificación freudiana de la voluntad*

Se puede reconocer como una contribución valiosa de Freud el que haya mostrado de forma convincente la futilidad y autoengaño que supone el concepto victoriano de 'fuerza de voluntad'. Freud mostró con claridad cómo en importantes áreas de la vida el protagonismo de las motivaciones y las conductas dependen no de la fuerza de la voluntad sino de impulsos, ansiedades, temores inconscientes y fuerzas instintuales.

Ahora bien, el conjunto de las aportaciones de Freud sobre este tema, centrado únicamente en una concepción distorsionada de la voluntad, acarreó una socavación

del concepto genuino de voluntad sana, y con ello el socavamiento de la responsabilidad personal.

Las ideas de Freud sobre la voluntad, entendida únicamente en su versión degradada, dieron pie al desarrollo de una tendencia acentuada en el ser humano a mediados del siglo XX:

> la tendencia a verse como un producto pasivo, irresoluto, del poderoso conjunto de pulsiones psicológicas (y como producto de fuerzas económicas, podríamos agregar, como lo demostró Marx en el plano social-económico mediante un análisis tan brillante como el de Freud) [...] En verdad, puede afirmarse que el núcleo central de la "neurosis" del hombre moderno está en el hecho de que se ve minada su experiencia de sí mismo como ser responsable, de que se ve socavada su voluntad y su capacidad de tomar decisiones (May, 1985, pp. 151s.).

*b) Debilitación de la voluntad tras el desarrollo tecnológico*

Los indudables logros técnicos producidos en los últimos decenios, con aplicaciones en distintas áreas de la vida, han dado pie a una posición pasiva en muchos de sus consumidores. "¿Y no consiste acaso lo esencial del acto de tomar una droga, lo mismo que cuando usamos las máquinas, en hacernos también pasivos? [...] Y es inevitable que así nuestras voluntades queden debilitadas, minadas" (May, *ibidem*, p. 153).

*c)* Psicoterapias productoras de impotencia volitiva

Tal como se ha llevado a la práctica el psicoanálisis, y también otras corrientes psicoterapéuticas en las que en el fondo se parte de la negación del potencial genuino de la voluntad en el ser humano sano, se ha contribuido a desarrollar la impotencia respecto a esta facultad y, por consiguiente, la incapacidad para decidir de forma humanizadora.

> En las raíces de esta crisis [por el abandono del psicoanálisis por miembros sobresalientes de grupos freudianos] está la circunstancia de que el psicoanálisis no logra resolver el problema de la voluntad y la decisión [...]
> Otras formas de psicoterapia tampoco escapan al problema que se le presenta al psicoanálisis, es decir, que el proceso psicoterapéutico mismo tiene tendencias intrínsecas que suscitan al paciente a renunciar a su posición de agente que decide (May, 1985, p. 160).

*d) La "antivoluntad" de Freud contra la "fuerza de voluntad" victoriana*

El sistema de antivoluntad de Freud parece haber sido una reacción contra un concepto victoriano de "fuerza de voluntad", predominante en su época, y que hay que reconocer inválido e insano, una interpretación distorsionada del genuino concepto clásico de voluntad. Era un concepto de voluntad voluntarista en la que

las tendencias o deseos no quedaban integrados, orientados y armonizados, sino reprimidos.

> La "fuerza de voluntad" designaba los arrogantes esfuerzos del hombre victoriano para manipular su ambiente y regir la naturaleza con mano de hierro, así como para manipularse él mismo y gobernar su propia vida como si fuera un objeto (May, *Ibidem*, p. 167).

*e) La voluntad sana como protectora de las tendencias*

Un concepto genuino de voluntad, que al parecer Freud desconoció, implica una dialéctica de la interrelación de voluntad y deseo. Podemos comprobar la coincidencia de estas afirmaciones de Rollo May con las del psicólogo fenomenólogo Lersch (1971) y el filósofo Zubiri (1992). Asimismo aparece bastante afinidad con la interpretación de Otto Rank (1976) –el que pasó de destacado colaborador de Freud a disidente–, y Roberto Assagioli (1989), el creador de la Psicosíntesis. Todos estos autores interesados por la revalorización de la voluntad no la entendían en su interpretación victoriana, que es la única que Freud, al parecer, conoció, y que le condujo a prescindir del reconocimiento de este potencial humano.

> Puede considerarse que la voluntad y el deseo operan en polaridad. La voluntad requiere conciencia de uno mismo, el deseo no la requiere. La voluntad implica cierta posibilidad de elegir entre esto o aquello; el deseo no la implica. El deseo da a la voluntad calor, contenido, imaginación, la frescura de un juego de niños y riqueza. La voluntad presta al deseo orientación y madurez. La voluntad protege al deseo, permite que éste siga existiendo sin que se corran riesgos demasiado grandes. Pero sin el deseo la voluntad pierde su sangre vital y tiende a agotarse en la autocontradicción. Si se tiene sólo voluntad y no deseo nos hallamos frente al hombre neopuritano, victoriano, reseco. Si se tiene sólo deseo y no voluntad tenemos a la persona infantil, carente de libertad que es empujada por fuerzas ajenas a ella, la persona adulta que permanece siendo niño y que puede convertirse en el hombre robot (May*, Ibidem,* pp. 177s.).

Tras la atenta lectura de esta selección de ideas de Rollo May sobre la voluntad, constatamos que en aquellos procedimientos psicoterapéuticos del Análisis Transaccional –combinados con técnicas gestálticas y con actividad imaginaria– tal como quedan integrados en el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista, se facilita la toma de decisiones –normalmente "redecisiones"– en las que no se da el peligro de un acto de voluntad "victoriano", despreocupado de proteger e integrar las tendencias o deseos. La decisión final –o "redecisión"– de la voluntad se ejecuta ciertamente desde el llamado en Análisis Transaccional "estado Adulto del yo", pero tras una escucha atenta de las necesidades, deseos o motivaciones del estado Niño. Se escuchan también los sentimientos, intuiciones y recomendaciones del estado Padre, a veces en conflicto con los del estado Niño. La decisión final no constituye un acto represor, sino una síntesis armonizadora e integradora que

permite proteger, escuchar y atender las voces procedentes de la compleja singularidad de la persona y finalmente, descubrir cuál sea la decisión que, aquí y ahora, resulte auténtica (desde el Niño), protectora y nutricia para uno mismo y para otros (desde el Padre) y lúcida (desde el estado Adulto). Se trata de una decisión que no cae en ninguno de los dos peligros opuestos señalados por May, porque ni "pierde su sangre vital", ni constituye la decisión de una "persona infantil, carente de libertad".

A partir del reconocimiento del potencial humano de la voluntad, con capacidad para tomar decisiones libres –de no ser "hombres o mujeres robots", los psicólogos existencial-humanistas reconocen la importancia del sentimiento sano de culpa por parte de la persona que se percata de haber practicado –o esté practicando en la actualidad– conductas perjudiciales para el bienestar y el crecimiento personal de uno mismo, de otros, o de las instituciones. Asimismo, respecto a conductas y actitudes que van en contra del bien común. Valorando la contribución de Freud respecto a los perjuicios causados por la "culpa neurótica", los psicólogos humanistas de línea existencial no quieren caer en la ingenuidad rousseauniana que podemos denominar "inocencia neurótica". Ni quieren caer en el reduccionismo de reducir a trastornos psicopatológicos todas las conductas contrarias a la Ética, practicadas libremente.

**5º Admitir la creatividad y la capacidad de elección**

Se puede considerar un quinto logro de la Psicología Humanista el haber reconocido la capacidad de elección y de creatividad frente a concepciones psicológicas mecanicistas y deterministas preponderantes en los años cincuenta y sesenta del siglo XX.

Los iniciadores del movimiento de la Psicología Humanista –diferentes entre sí en sus concretas teorías psicológicas y psicoterapéuticas– compartían su clara discrepancia sobre los enfoques mecanicistas y deterministas predominantes en su entorno. La conducta humana consistía siempre, según esos enfoques, o en reacciones a partir de estímulos, siguiendo las leyes del condicionamiento clásico u operante (conductismo), o en la expresión o transformación de dos impulsos de base psicofisiológica (psicoanálisis).

Tal como muchos autores destacaban el poder de esos factores en toda trayectoria vital humana, daba la impresión de que se implicaba una imagen de "hombre robot" (o de organismo meramente reactivo) (Bertalanffy, 1976), y de que resultaba difícil admitir la posibilidad de decisiones lúcidas y libres, a no ser que se tratase de vidas humanas excepcionales y que habrían requerido largos años de un psicoanálisis o una psicoterapia profunda. Concepción que Murray en su crítica la describió con claridad en la forma que ya se señaló anteriormente, cuando se negaba a aceptar el ser humano entendido en forma determinista como una computadora, un niño o un animal, y en que no hay "ningún fundamento en absoluto para la menor esperanza de que la raza humana pudiera salvarse de la fatalidad a la que hoy se

enfrenta" (Murray, cit en Bertalanffy, 1976, pp. 216.).

El biólogo y teórico de la ciencia Ludwig von Bertalanffy –creador de la Teoría General de los Sistemas– que, a pesar de las características de su entorno científico, se mantuvo al margen de todo reduccionismo fisiológico al explicar el psiquismo humano, se lamentó del determinismo implicado en la mayoría de las teorías psicológicas de su época.

> El modelo de hombre como robot ha sido inherente a todos los campos de la psicología y la psicopatología, y a teorías y sistemas por lo demás diferentes o antagónicos: a la teoría de E-R del comportamiento, a la teoría cognoscitiva en lo que ha sido llamado el "dogma de la inmaculada percepción", a las teorías del aprendizaje –pavlovianas, skinnerianas, o con variables de por medio–, a diversas teorías de la personalidad, al conductismo, el psicoanálisis, los conceptos cibernéticos en neurofisiología y en psicología, y así sucesivamente (Bertalanffy 1976, p. 200).

Y se congratuló de las primeras aportaciones de línea humanista presente también en las escuelas neofreudianas y nuevos enfoques cognitivos, entre otros.

> Así, resulta necesario un nuevo modelo del hombre, y en verdad va surgiendo lentamente de tendencias recientes en psicología humanística y organísmica. El hincapié en el lado creador de los seres humanos, en la importancia de las diferencias individuales, en aspectos que no son utilitarios y están más allá d los valores biológicos de subsistencia y supervivencia; todo esto y más está implícito en el modelo del organismo activo. Estas nociones son fundamentales en la reorientación de la psicología que se está presentando hoy; de ahí el creciente interés que despierta la teoría general de los sistemas en psicología y especialmente en psiquiatría.
>
> En contraste con el modelo del organismo reactivo expresado por el esquema de E-R –la conducta como satisfacción de necesidades, relajamiento de tensiones, restablecimiento del equilibrio homeostático, interpretaciones utilitarias y ambientalistas, etcétera–, preferimos considerar el organismo psicofísico como un sistema primariamente activo. Creo que no hay otra manera de considerar las actividades humanas. Por mi parte, soy incapaz de ver, por ejemplo, cómo las actividades culturales y creadoras de toda índole pueden considerarse "respuestas a estímulos", "satisfacción de necesidades biológicas", "restablecimiento de la homeostasis", y así por el estilo (*Ibidem,* pp. 202s.).

En la primera obra colectiva importante de autores implicados en el surgimiento de la Psicología Humanista –editada por James F.T. Bugental (1967), *Challenges of Humanistic Psychology*– no faltó un capítulo de Bertalanffy: *The world of science and the world of value*. En él se denunciaba los defectos de una educación –en sus distintos niveles, que no contribuía a formar personas libres, por centrar todas sus metas en lo utilitario, que al final tampoco tenía las consecuencias

prácticas esperadas. Refiriéndose a una educación para el cultivo de la libertad y la vivencia personal de valores decía: "La meta de la educación […] no es producir autómatas sociales mantenido en adaptación y sumisión por condicionamiento" (Bertalanffy, 1974, p 343).

Actualmente se puede afirmar que los presupuestos antropológicos mecanicistas y deterministas predominantes a mediados del siglo pasado han experimentado una notable disminución en las teorías principales del colectivo de los psicólogos. Los sucesores del conductismo, me refiero a los conductual-cognitivos y a los cognitivo constructivistas, han mantenido de aquél sus procedimientos metodológicos experimentales y observacionales, pero no aceptaron la marginación de los procesos mentales en sus investigaciones, y en su mayoría no comparten el rígido enfoque mecanicista y determinista de aquéllos. Asimismo, buena parte de los psicoanalistas –aunque eviten declararlo dada su veneración hacia su maestro Freud– se han ido distanciando notablemente de algunos de sus contenidos teóricos, entre otros de los que venían a anular –o casi– la capacidad humana de libertad. Así ocurrió ya por parte de Karen Horney, Erich Fromm, y Harry Sullivan, y antes que ellos, en Alfred Adler, Carl Jung y Otto Rank, importantes colaboradores de Freud que luego se separaron de él.

Si bien estos autores –y podemos añadir a J.L. Moreno, y a los explícitamente implicados en la Psicología Humanista, por ejemplo May, Maslow, Rogers, Perls, Berne, y Lowen, entre muchos otros, todos ellos reconocen la relevancia de las experiencias emocionales de la infancia –derivadas de las conductas parentales– en la evolución posterior del sujeto; aunque conceden un carácter no determinista a tales influjos. Atribuyen a Freud una visión excesivamente pesimista o fatalista sobre los efectos que puedan producirse en la trayectoria personal a partir de los errores de los padres, entre otros. En el tratamiento terapéutico, en la mayoría de estos autores, no importa mucho indagar qué pasó exactamente en el pasado infantil del sujeto, sino qué es lo que hoy percibe sobre aquel pasado, coincida mucho o poco con la realidad histórica.

Se ha hecho referencia a las corrientes cognitiva-constructivistas y neo-psicoanalistas como testimonios del distanciamiento de estos colectivos respecto a posturas mecanicistas y deterministas. Pero hay que considerar que en esta evolución han jugado un papel claramente preponderante –y de forma más explícita– una serie de los iniciadores del Movimiento psicológico humanista, y de los sucesivos creadores de modelos terapéuticos de esta línea.

Ejemplo de ello es la recuperación y revalorización –como antes se ha dicho– del potencial psicológico de la voluntad, con capacidad de decisiones libres, por parte de May (1985), Berne (1973), Assagioli (1989) entre otros. Y con ello también la recuperación del sentido de responsabilidad para poder experimentar el sentimiento sano de culpa (distinto de la culpa neurótica). Conceptos, tanto el de la voluntad como el del sentimiento sano de culpa, que habían desaparecido de la Psicología, hecho comprensible partiendo de la base de la inexistencia de una

actividad libre en la conducta humana.

Suprimida la libertad –o reducida a un acontecimiento muy excepcional– desaparecía la creatividad, de la que Maslow decía que tenía la impresión de que cada vez ese término y el de autorrealización están más cerca, e incluso que podrían ser conceptos idénticos (Maslow, 1983).

**6º Reconocimiento de la variabilidad de las motivaciones**

También hay que entender como un logro el haber reconocido la variabilidad de aquellas motivaciones que no dependen de los impulsos básicos psicofisiológicos.

La aportación de Allport sobre esta cuestión fue compartida por muchos psicólogos humanistas-existenciales. Distanciándose del psicoanálisis y del conductismo inicial, entendieron que no toda motivación de la persona adulta es evolución de una motivación presente ya en la infancia, sino que se admite la capacidad de la persona para ampliar intereses y motivaciones que no sean necesariamente los diferentes disfraces de una o dos pulsiones originarias. En el ser humano no se dan sólo necesidades, hay también aspiraciones. Estas son, en la persona madura, peculiares, vividas con fidelidad a sí misma, y componentes de su proyecto existencial.

**7º Admitir la posibilidad de "metamotivaciones" en el ser humano**

El concepto de metamotivación introducido por Maslow (1975, 1982, 1983) coincide en parte con lo que Philip Lersch (1971) había denominado "tendencias transitivas", que más allá de las tendencias de la vitalidad y del yo individual son tendencias genuinas del ser humano que no son coincidentes con sublimación de otras tendencias, sino que tienen entidad propia. En la práctica terapéutica se concreta en la distinción entre la persona que presenta una patología y la que presenta una metapatología. Se considera que esta patología es igualmente causa de sufrimiento y frecuentemente, como indica Fromm (1966), es reprimida por una cultura social neurótica, que condena el exceso de "biofilia" y las tendencias a la autorrealización –que van más allá de los límites que la sociedad puede digerir– con el aislamiento y la incomprensión.

Maslow tuvo que reconocer, en su etapa final, que no se cumplía en muchos casos su hipótesis de que toda persona que llegase a tener suficientemente atendidas sus necesidades básicas –fisiológicas, de seguridad, de afecto y afiliación, de valoración– pasaba de forma automática a experimentar las metamotivaciones. A la pregunta que le planteó Frick (1984) en una entrevista: "Creo que esto representa un cambio importante en su posición teórica. ¿Es así?", Maslow le respondió:

> Sí, es una sorpresa. Siempre supuse, como lo hizo Freud –quizá lo aprendí de Freud– que, si se descartaba lo inservible, y las neurosis y los desechos, etc., entonces la persona florecería y encontraría su propio camino. A veces me toca comprobar, en especial con los jóvenes, que no es así a veces (Frick, 1986, p. 52).

Considero de interés la hipótesis propuesta por Frick para dar respuesta a este incumplimiento de la teoría de Maslow, revisando la suposición de éste sobre el carácter más bien instintoide del paso a las metamotivaciones.

Frick propone un "modelo conceptual" del crecimiento personal, según el cual "una orientación conceptual centrada en conceptos que realzan el crecimiento altera la propia percepción de uno mismo y sus potencialidades" (*Ibidem*, p. 56). Se adhiere a la hipótesis de Weisskopf-Joelson (1968) que sostiene que el disponer de una interpretación de la vida a partir de algún sistema filosófico o de creencias facilita a ésta una estructura y significado. Frick propone cinco conceptos que considera importantes como orientadores para un incremento del crecimiento, en concreto: el individuo ideal, la autonomía, la vida como proceso, la integridad interpersonal y la comunidad, y el terreno transpersonal.

> Dichos conceptos dan a conocer estas fuerzas latentes e inarticuladas y, una vez liberados, proporcionan una consciente influencia sobre su expresión y dirección. Así los conceptos que realzan el crecimiento devienen una fuerte fuerza motivacional para la auto-actualización, en su propio derecho (Frick, 1986, p. 57).

Esta hipótesis de Frick parece de especial interés para posibles investigaciones. Siempre y cuando no deje de incluir –precediendo o acompañando a la conceptualización– el recurso de la actividad imaginaria –de las visualizaciones mentales– dado su comprobado poder movilizador, superior al de los conceptos abstractos.

**8º Destacar la importancia del proyecto vital**

Otro acierto de la Psicología Humanista es el de haber concedido importancia al proyecto vital de la persona –consciente o inconsciente– y a la búsqueda de sentido.

Encontramos aquí otra experiencia humana a la que tanto los conductistas como los freudianos no concedían interés psicológico. En cambio el sector existencial de los psicólogos humanistas lo consideraron primordial, asumiendo las líneas básicas del pensamiento de May (1974, 1978, 1988) y Frankl (1980, 1988, 1990). Actualizando, de acuerdo con Rychlak (1988) la clasificación de las cuatro causas aristotélicas, y no limitándose –como ha sido muy frecuente al investigar las causas de las conductas psicopatológicas y de los cambios terapéuticos– a las causas "material" y "eficiente", se concede relevancia, a las causas "formal" y, en especial, a la causa "final".

El énfasis concedido a esta última nos aproxima a algunas teorías y aportaciones de Adler y se refleja, en el plano psicoterapéutico, en la importancia que concede a lo que el Análisis Transaccional denomina "análisis del guión vital", incluyendo dentro de los objetivos globales de la psicoterapia –si es armónico con la demanda del paciente o cliente– la posibilidad de sustitución de un proyecto construido en forma rígida (lo que propiamente es el "guión") o la ausencia de proyecto (ausencia

de guión, o guión de "ir tirando" en términos analítico-transaccionales) por un proyecto flexible elegido desde la libertad y lucidez que en ese momento de su vida es capaz ("salirse del guión", o "guión de triunfador).

En cuanto a la relevancia dada a la "causa formal", se manifiesta en la práctica terapéutica a partir de la concepción de un modelo basado, ante todo, en un análisis del proceso (o "forma"), que el sujeto desarrolla para lograr aquellos objetivos, a semejanza de la perspectiva de la Psicoterapia de la *Gestalt*, la Psicología de los Constructos Personales de Kelly y la Psicoterapia Postrogeriana de Egan.

**9º Admitir modelos terapéuticos abiertos**

También hay que considerar un logro de la Psicología Humanista el haber admitido la posibilidad de modelos psicoterapéuticos metodológicamente integradores respecto a teorías y/o procedimientos de intervención, es decir, modelos terapéuticos como "sistemas abiertos".

Una parte de los psicólogos humanistas-existenciales consideran que no existe en la actualidad un modelo de psicoterapia que sea válido para todas las personas, problemas y circunstancias, y por ello se sienten llamados a mantenerse receptivos y dialogantes respecto a las aportaciones que desde otros modelos o paradigmas pudieran ser integradas en forma coherente y que pudieran hacer más efectivo el tratamiento. A la vez ejercitan una actitud vigilante respecto a las propias afirmaciones, y de atención a contrastarlas con la constante retroalimentación que la experiencia va proporcionando. La integración con otros modelos o teorías se podrá dar de forma diferenciada, pudiendo integrar algunos modelos en forma prácticamente total, respecto a alguna de sus posibles escuelas o variantes, o casi total respecto a los que se diferencian por algunos matices de tipo metateórico, o teórico. Respecto a otros se pueden integrar a un nivel inferior, estratégico y desde el punto de vista técnico de los procedimientos de intervención. Cabe la posibilidad de un eclecticismo tecnológico, es decir, la libertad de tomar de cualquier modelo las técnicas que se considere que –aún sin tener el significado que el contexto de su modelo le confiere– puedan ser redefinidas en forma coherente e integrada, y tengan un pronóstico de efectividad dentro del propio modelo. Desde sus orígenes, esta actitud metodológicamente integradora fue practicada por algunas escuelas de la Psicoterapia de la *Gestalt*, del Análisis Transaccional, y de la Psicosíntesis, entre otras. En el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001; 2016), se integran teorías y/o técnicas procedentes de más de veinte modelos. Esta práctica que en los años cincuenta y sesenta del pasado siglo fue descalificada por los partidarios, entonces, de escuelas autosuficientes, hoy se ha extendido también entre algunos psicólogos conductual-cognitivos y psicoanalíticos.

**10º Priorizar el vínculo terapéutico**

En los años que surgió el Movimiento de la Psicología Humanista, al tema de los requisitos para una buena relación terapéutica no se le concedía un carácter

prioritario. Otto Rank fue un precursor de esta cuestión, a la vez que el introductor del término "psicoterapia", al cual sucedió Rogers. A partir de éste fueron muchos los psicólogos humanistas de diferentes métodos psicoterapéuticos que reconocieron la importancia de las tres actitudes rogerianas de la aceptación incondicional positiva, la empatía y la autenticidad, no sólo a título de exigencias éticas que enmarquen la relación sino como indispensables para que pueda surgir una alianza eficaz (Lafferty, Beutler y Crago, 1990). A la vez se entendió que la vinculación terapéutica debe estar atenta, en forma idiosincrásica, a las perturbaciones en el vínculo que presente la persona, a las hipotéticas causas de la misma, y a proporcionarle unas experiencias globales (emocionales, cognitivas, corporales, práxicas, interaccionales) diferentes de aquéllas que contribuyeron a la creación de la perturbación y que sirviesen para que el paciente construyese en forma alternativa sus interacciones.

Fueron muchos otros los autores de modelos psicoterapéuticos humanistas que se ocuparon de esta cuestión, y que señalaron otras diversas actitudes favorecedoras de la adecuada relación terapéutica, entre otros los de la Psicoterapia Existencial, la Psicoterapia de la *Gestalt*, y el Análisis Transaccional. En un artículo sobre esta cuestión (1986) ya se hizo referencia a las siguientes once –incluidas las tres rogerianas–: 1) Considerar al cliente como una personalidad singular e irrepetible; 2) Confianza en las capacidades psíquicas del cliente para un comportamiento creativo en el proceso terapéutico; 3) Ser consciente de los límites de todo modelo psicoterapéutico; 4) Conciencia de las propias limitaciones psíquicas; 5) Evitación de la actitud de Salvador , en el sentido en que Karpman (1968), acuñó este término; 6) Actitud no favorecedora del establecimiento de una neurosis de transferencia entre terapeuta y cliente; 7) Apertura o receptividad respecto a cualquiera de las dimensiones de la conducta del cliente, y a las vivencias emocionales y cognitivo-intuitivas de la creatividad del terapeuta; 8) Comprensión empática; 9) Resonancia somática en el sentido en que Boadella se refiere a ésta:

> En mi trabajo el terapeuta trata de estar en contacto con sus propios sentimientos, manteniendo su propio cuerpo vivo, como un foco de sintonización con el paciente. El cuerpo del terapeuta es como un sintonizador para ser sensible a las señales que da el paciente que no son verbales y para ser transmisor limpio de señales no verbales al paciente, o sea que mantiene su cuerpo abierto a recibir y a transmitir (Boadella, 1985, p. 67).

10) Consideración positiva incondicional, o calidez no posesiva; 11) La congruencia o autenticidad.

Después de cincuenta y pico años, parece que el reconocimiento de la importancia de los requisitos para una buena relación terapéutica es algo que comparten una proporción importante de los profesionales, se encuentren o no relacionados con la Psicología Humanista.

**11º Facilitar la vivencia experiencial en la sesión**

Otro logro a destacar es el de haber facilitado la actividad experiencial en la sesión terapéutica, proponiendo para ello la realización de ejercicios adecuados para cada caso.

Con la excepción de la Terapia Centrada en la Persona, de Carl Rogers, la gran mayoría de psicoterapeutas humanistas recomiendan al terapeuta un papel activo que, a la vez que escucha empáticamente al cliente, interacciona con él haciéndole propuestas de exploración concretas, separándose en ello de la no directividad del enfoque rogeriano y situándose a medio camino entre esa no-directividad y el autoritarismo, es decir, lo que se llama un estilo "democrático" que –por otra parte– parece el más efectivo (Lewin, Lippit y White, 1939), al menos en lo que se refiere a la psicoterapia grupal.

Mayoría de psicoterapeutas humanistas basan la eficacia del cambio terapéutico en el hecho de proponer al cliente, a lo largo de las sesiones, experiencias en el "aquí y ahora" que pongan de relieve la inconsistencia o disfuncionalidad de sus patrones de comportamiento y faciliten el hallazgo de otros nuevos más funcionales. Este tipo de confrontación no se realiza desde la directividad del terapeuta ni desde interpretaciones externas, sino desde el propio estilo del vínculo, y desde planteamientos indirectos, tales como el estímulo hacia la exploración de nuevos aspectos, o las preguntas dirigidas a que se repare en aquellos niveles de su experiencia que está obviando, o guiándole hacia una nueva elaboración subjetiva coherente y, en definitiva, llevándole a que integre los aspectos escindidos de sí mismo y de su mundo interno.

**12º Resaltar el papel del hemisferio derecho**

Haber concedido una importancia relevante, en la terapia, al papel de las funciones relacionadas con el hemisferio cerebral derecho es otro de los logros de la Psicología Humanista.

Esto se debe a que en las psicoterapias humanistas –en mayoría de los modelos– se considera que la empatía emocional, la actividad imaginaria, y la intuición son procesos psicológicos con gran potencia en la sesión terapéutica. La importancia de las emociones en el proceso ha sido enfatizada recientemente por Greenberg (Greenberg y Korman, 1993; Greenberg, Rice y Elliot, 1996). Aparte de ello, es en este nivel, junto con el de relación, en el que se suelen plantear las quejas –más en términos de "me siento mal" que en los de "pienso en forma disfuncional"– y es habitual ese énfasis en las terapias que se mueven en el marco de la Psicología Humanista, al igual que la dimensión corporal. Lo mismo ocurre con la intuición, tanto desde las técnicas gestálticas que fomentan un corte de la visión lógica de la realidad para romper la relación fondo/figura que ha quedado rigidificada –y permitir la reorganización de la experiencia mediante un proceso de "pensamiento productivo" (utilizando la terminología de Wertheimer, 1968), como desde el uso de ese pensamiento intuitivo –el llamado Pequeño Profesor, o también "la visión

marciana" (Berne, 1974)– y la fantasía en el Análisis Transaccional, y en las oniroterapias (los modelos terapéuticos que utilizan con gran predominio los procedimientos de intervención con imágenes y fantasía). Sobre la implicación de los potenciales del hemisferio cerebral derecho en la psicoterapia y en especial el poder terapéutico de la actividad imaginaria, ya se informó en otros lugares (Rosal, 2013 y 2015).

El creciente reconocimiento de la validez de la teoría sobre la diferenciación de funciones de los hemisferios cerebrales (Bogen, 1969; Gazzaniga, 1970; Gazzaniga y Ledoux, 1978; Kimura, 1973; Ley, 1983, 1984; Ley y Bryden, 1979; Sperry y Gazzaniga, 1967), ha tenido, como una de sus manifestaciones, que se le concediera a Roger W. Sperry, por los logros de sus investigaciones en esta materia, el premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1981.

Estos científicos y, en especial, Sperry deben desconocer el gran favor que nos han hecho a los psicoterapeutas existencial-humanistas. Efectivamente, la gran mayoría hemos trabajado, en la sesión terapéutica, con un ejercicio prioritario de potenciales psicológicos dependientes principalmente del hemisferio cerebral derecho. Con el respeto que, en el colectivo de los científicos, se concede a los premios Nobel, ya no podrán decir que esta teoría es una muestra más de la ingenuidad o el esoterismo de aquéllos.

**13º Valorar la eficacia de los procedimientos con fantasía**

Hay que destacar también, como logro interesante de la Psicología Humanista, el de haber reconocido el poder terapéutico de los procedimientos de intervención con imágenes y fantasía.

Una de las manifestaciones de la creatividad tecnológica en los modelos psicoterapéuticos humanistas se ha traducido en la gran variedad de técnicas terapéuticas con actividad imaginaria, a pesar de que, como se ha subrayado, en general hayan concedido prioridad a la importancia de las actitudes requeridas para la relación terapéutica. De esta forma se comprueba la existencia de tres vías de comunicación en la sesión terapéutica: la vía verbal de la escucha y la palabra, la vía imaginaria, y la psicocorporal, a la que se refiere el punto siguiente.

El resurgimiento del interés hacia las imágenes por parte de los psicólogos científicos dio lugar, especialmente a partir de los años sesenta del siglo pasado, a un volumen extraordinario de investigaciones teóricas y experimentales sobre el tema. Un dato significativo de este hecho lo constituyó la relación de más de siete mil referencias bibliográficas –correspondientes al período de 1977 a 1991– que aparecen en la *Imagery Bibliography*, publicada en el *Journal of Mental Imagery*, 18 (1 y 2), editado por Akter Ashen en 1994. Este hecho que Holt (1972) denominó el "retorno de las desterradas" ocurrió después de haberse eliminado como objeto de interés psicológico de investigación por influencia de Watson (1913), que las había descalificado como "quimeras". Las imágenes lógicamente se incluían entre esa serie de "cuestiones especulativas", o "conceptos mentalistas", que como no era

posible someter al tratamiento experimental convencional era lamentable, según Watson, que anteriormente hubiesen acaparado la atención de muchos psicólogos. Rogó a éstos que se abstuviesen de ocuparse de ellas, y tal ruego fue objeto de un acatamiento general por parte de los investigadores durante más de treinta años. Consultando los *Psychological Abstracts* correspondientes al periodo de 1920 a 1950 el tema de las *imagery* está prácticamente ausente.

> al rechazar el concepto de imagen, por su carácter mentalista y porque no hay ninguna prueba experimental que permita afirmar la significación funcional de la imagen en la conducta, Watson (1930) propuso su propia solución, que consistía en considerar las respuestas verbales implícitas (o mejor dicho, los "procesos sensoriales localizados en la laringe") como el mecanismo responsables de las funciones atribuidas hasta entonces a la imagen en las conductas psicológicas (Denis, 1984, p.14).

A partir de estas declaraciones de la cabeza visible del cuerpo de psicólogos investigadores se comprende, como señalan Sheikh y Panagiotou (1975), y Denis (1984) que los psicólogos experimentales ignorasen la realidad de las imágenes y se centrasen exclusivamente en las asociaciones lingüísticas y conductuales. Durante unos treinta años como ha destacado Holt (1964) las imágenes "fueron condenadas al ostracismo" y pasaron de ser uno de los conceptos más relevantes en la psicología introspeccionista, a ser "fantasmas de sensaciones" (*ghosts of sensations*) sin ninguna importancia funcional. "La psicología introspectiva desapareció, y el estudio de las imágenes mentales se desvaneció con ella. Durante unos 30 áridos años los psicólogos respetables consideraron casi indecente hablar de los procesos mentales" (Neisser, 1972, cit. en Richardson, 1980, p.6).

En la nueva fase de reconocimiento de la actividad imaginaria en terapia se utilizan, principalmente, imágenes de la memoria, imágenes de la fantasía, e imágenes eidéticas estructurales. "La función clínica de la imagen eidética parece ser la de preservar, repetir e intensificar la experiencia y entonces permitir que el individuo perfeccione sus respuestas adaptativas" (Ashen, 1977, p. 34).

A finales de los años cincuenta y primeros de los sesenta debió ser muy excepcional que modelos terapéuticos con importante recurso a las técnicas con imágenes pudiesen dar a conocer sus innovaciones terapéuticas en los congresos o revistas dirigidos por conductistas o psicoanalistas. Modelos que han trabajado principalmente a partir de la espontaneidad imaginaria habían sido, entre otros, *Ensueño Dirigido* de Robert Desoille (1938, 1973, 1974). *Imaginería afectiva* de Hans Leuner (1969, 1977, 1978), *Psicoterapia eidética* de Akter Ashen (1968, 1972, 1977), *Psicoterapia de la imaginación* de Joseph E. Shorr (1972, 1974a, 1974b).

Todos ellos ofrecían métodos terapéuticos imaginarios que muchos psicólogos humanistas valoraron y acogieron. Entre los modelos vinculados al Movimiento de la Psicología Humanista ha sido especialmente creativa la Psicosíntesis de Roberto Assagioli (Assagioli, 1973; Crampton, 1969, 1974, 1975, 1981; Ferrucci,

1987). Asimismo ha sido muy tenida en cuenta la actividad imaginaria en la Psicoterapia de la *Gestalt*, en el Análisis Transaccional y algo menos en el *Focusing* de Gendlin. En el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista probablemente en no menos de un tercio de las sesiones, como media, los terapeutas aplican alguna técnica con imágenes y fantasía, incluida la del "diálogo con la silla vacía" de Perls. Pienso que el éxito de este tipo de recursos puede haber sido la causa de su utilización por terapeutas conductual-cognitivos y por algunos psicoanalistas.

Una variedad de técnicas conductual-cognitivas que, paradójicamente, a pesar de ser acuñadas por seguidores –aunque heterodoxos– de Watson, han sido protagonistas importantes en el proceso de revalorización del uso terapéutico de las imágenes en la comunidad de los psicólogos científicos.

**14º Comprender la eficacia de los procedimientos psicocorporales**

Haber reconocido el poder terapéutico de procedimientos psicocorporales, aparte de las vías verbal e imaginaria, es un logro también muy específico de la Psicología Humanista.

De los más de cien modelos o métodos psicocorporales existentes (ciento diez en la enumeración de Gimeno-Bayón, 2013), muchos psicoterapeutas humanistas, o bien ejercen su actividad terapéutica en el marco de uno de estos modelos –Bioenergética, Biosíntesis, *Focusing*, *Rolfing*, Psicodanza, etcétera–, o bien integran una selección de procedimientos corporales en el suyo, logrando con ello aumentar el poder terapéutico de las vías verbal e imaginaria.

Este tipo de enfoque responde a la convicción de que el ser humano es una unidad psicofísica en la que las dimensiones somática y psicológica son expresiones de una misma realidad, plasmada en esos dos niveles.

**15º Creación de nuevos paradigmas de investigación**

Un último logro a destacar es el haber aportado la metodología de nuevos paradigmas de la investigación cuando los convencionales no resultan idóneos para verificar algunas hipótesis.

La primera obra colectiva importante de autores implicados en el Movimiento de la Psicología Humanista se publicó en 1967, siendo el coordinador James F.T. Bugental, con el título *Challenges of Humanistic Psychology*. En ella hay un porcentaje importante de capítulos que hacen referencia a la investigación científica. La parte tercera, titulada *Research areas and methods* contiene siete capítulos. La parte cuarta, titulada *Some research products*, seis capítulos. Es decir, desde sus inicios, la Psicología Humanista ofrece el testimonio de psicólogos con vocación de investigación científica, no sólo de psicoterapeutas. Esto ocurre sobre todo en aquellos países como los Estados Unidos en los que son abundantes la Universidades que tratan con respeto a los psicólogos humanistas. No ocurre así en España, salvo en algunos casos concretos.

Pero como logro principal respecto a esta cuestión hay que destacar la obra

*Human Inquiry. A Sourcebook of New Paradigm Research*, editada por Peter Reason y John Rowan en 1981 y reimpresa en 1985.

Se señalan a continuación algunos de los títulos de sus cuarenta capítulos:

- *Philosophical basis for a new paradigm*, de John Heron
- *The subjective side of Science*, de Jan Mitroff
- *The general and the unique in psychological science,* de G. W. Allport
- *The psychology of science,* de Abraham Maslow
- *On making sense*, de John Rowan y Peter Reason
- *Experiential research methodology*, de John Heron
- *Personal construct theory and research*, de Donald Bannister
- *The interviewing process re-examined*, de Fred Massarik
- *Heuristic research,* de Clark Moustakas
- *Issues of validity in new paradigm research*, de Peter Reason y John Rowan
- *Sharing the research work: participative research and its role demands,* de Max Elden
- *Implementing new paradigm research: a model for training and practice*, de Shulamit Reinharz

A continuación, se indican algunos de los criterios del Nuevo Paradigma que se han tratado de cumplir en el Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista (desde el que escribe el autor), cuando ha realizado alguna investigación:

1. El trabajo clínico ha reunido normalmente las características de una investigación cooperativa, en la línea de lo reclamado entre otros por Heron (1985a): "En la forma completa de este enfoque, no sólo será el sujeto plenamente un coinvestigador sino que el investigador será también un cosujeto, que participa plenamente en la acción y experiencia que ha de investigarse" (Heron, 1985a, p.195).

2. La capacidad de alcanzar una elevada calidad de conciencia, por parte del psicoterapeuta y del investigador es un requisito para la validez de una investigación según proponen, p.e., Reason (1985), Heron (1985b), y Maslow (1966). Reason y Rowan establecen ocho principios para garantizar la validez en la investigación del nuevo paradigma, relacionándose los dos primeros con esta cuestión. Los formulan con estos términos:

> Una investigación válida se apoya sobre todo en una conciencia de alta calidad por parte de los coinvestigadores (Reason y Rowan, 1985, p.245). Dicha conciencia de alta calidad sólo puede mantenerse si los coinvestigadores se implican en algún método sistemático de desarrollo personal e interpersonal (*Ibidem*, p.246).

Sin haber vivido la experiencia de profundizar en el propio autoconocimiento y sin algún tipo de trabajo personal sistemático que haya facilitado entrar en contacto con procesos internos inconscientes, estos autores consideran difícil

alcanzar la capacidad de atención y de conciencia requerida para una investigación válida sobre los procesos psicológicos de otros sujetos.

Maslow se refiere también al peculiar estado de la mente que requieren el terapeuta y el investigador, para comprender lo que ocurre en la mente de estos sujetos. Solamente este peculiar modo de atención puede ser fiel al enfoque holista –en contraposición a reduccionista– requerido por el nuevo paradigma. Con su lenguaje más bien informal y exagerado, lo resume en estos términos:

> Todo clínico sabe que en el proceso de conocer a otra persona es mejor mantener su cerebro fuera del camino, y escuchar de forma total, encontrarse totalmente absorbido, receptivo, pasivo, paciente, y expectante más bien que apremiante, rápido e impaciente. No ayuda estar midiendo, preguntándose, calculando o probando nuestras teorías categorizando o clasificando. Si su cerebro está demasiado ocupado, usted no puede escuchar y ver bien. El término de Freud atención flotante describe bien esta clase de conocimiento de otra persona que no interfiere, global, receptivo, que espera (Maslow, 1966, cit. por Rowan, 1985, p.83).

3. El conocimiento experiencial es requerido, en la ciencia del nuevo paradigma, como complemento del conocimiento proposicional y del conocimiento práctico. Tanto Heron como Reason lo reclaman, como también Harré, Rowan, Torbert y Reinharz, entre los autores que colaboran en la obra ya citada de Reason y Rowan (1985):

> Conocimiento experiencial es conocer una entidad –persona, lugar, pensamiento, proceso, etc.– en un encuentro e interacción cara a cara. Es conocer a una persona o cosa a través de un trato prolongado. La investigación empírica, precisamente porque es empírica, requiere necesariamente cierto grado de conocimiento experiencial sobre las personas y objetos sobre los que trata la investigación. Las conclusiones del investigador son proposiciones sobre personas o cosas de los cuales él o ella ha tenido un conocimiento experiencial a través de un encuentro directo (Heron, 1985b, p.27).

De los principios de Reason y Rowan, ya citados, para la validez de la investigación, el quinto contiene también esta reclamación: "La investigación válida implica una interacción sutil entre diferentes formas de conocimiento" (Reason y Rowan, 1985, p.249), en la que se refiere al logro de un conocimiento más "denso" y más "sustancial" cuando incluye las cuatro formas de conocimiento experiencial, práctico, presentacional y proposicional. Torbert subraya también este requisito con particular énfasis:

> De acuerdo con el nuevo modelo de investigación, un sistema de actuación que no se ocupe de un estudio de sí mismo experiencial no puede ni producir ni reunir datos válidos debido a las incongruencias no examinadas en el interior de su experiencia. Tal sistema distorsionará los datos tanto de forma deliberada como sin querer y resistirá procesar un feedback que

identifique las incongruencias (Torbert, 1985, p.150).

El requisito del conocimiento experiencial, e incluso la preferencia del mismo, en este nuevo paradigma, no margina el tipo de conocimiento en el que se ha centrado la ciencia occidental: "Mi tesis es que este conocimiento experiencial es prioritario respecto al conocimiento verbal-conceptual pero que están integrados jerárquicamente y necesitan uno del otro" (Maslow, 1966, cit. por Rowan, 1985, p.87).

Estos tres elementos que aquí se han destacado, entre los que constituyen requisitos de la investigación en el nuevo paradigma, han formado parte de la manera habitual de abordar el trabajo terapéutico e investigador de toda sesión clínica. En ella se considera importante ejercitar un trabajo como coinvestigadores y cosujetos, atender con la máxima receptividad posible con actitud holista y disponer de una vivencia experiencial previa de los trabajos propuestos a la vez que facilitan los propios investigadores-psicoterapeutas cierto grado de actitud experiencial en el transcurso de la sesión.

En el prólogo del libro citado, Rowan y Reason resumen con estas palabras lo esencial del Nuevo Paradigma:

> Lo que estamos construyendo en la investigación del nuevo paradigma es un acercamiento a la investigación que es una sistemática y rigurosa búsqueda de verdad, pero que no extermina todo lo que toca; estamos buscando una vía de investigación que pueda libremente ser llamada objetivo-subjetiva. El nuevo paradigma es una síntesis de investigación ingenua e investigación ortodoxa. Una síntesis que es muy opuesta a la antítesis a la que suplanta (Rowan y Reason, 1985, p. XIII).

Respecto a las limitaciones que se pueden dar en la metodología experimental u observacional convencionales, el psicólogo científico Child, catedrático de Yale, no tiene inconveniente de reconocerlo.

> Muchos investigadores psicológicos, por otra parte, se abstraen tanto en el perfeccionamiento de sus métodos de investigación que su manera de pensar queda dominada por el método y no por el objeto de la investigación. Cuando el método se convierte en un modo de pensar, los experimentalistas quedan a un paso de caer en una manera de pensar mecanicista y manipulativa. El método experimental se basa en la manipulación de lo que se hace con individuos o animales que sirven de sujetos, y en observar el efecto en su conducta. Los psicólogos que aplican exclusivamente el método experimental, o que lo tienen siempre en mente como ideal, tenderán a creer que los procesos psicológicos son análogos a las relaciones físicas simples que han estudiado en el laboratorio de física […] Si los mismos psicólogos estuvieran más atentos a entender a sus sujetos, advertirían que el resultado del experimento realizado con seres humanos es, en general, menos preciso que el llevado a cabo en la física (Child, 1975, pp. 23s.).

## Principales errores de algunos psicólogos humanistas

### 1º Infidelidad a los iniciadores

Un primer error ha sido el olvido o desconocimiento de convicciones y aspiraciones de los iniciadores del Movimiento de la Psicología Humanista.

Una de las características y logros del Movimiento de la Psicología Humanista fue su desmarque de la lucha de poder –principalmente entre los conductistas y los psicoanalistas ortodoxos– aspirando a imponer su respectivo paradigma en el mundo académico. Los psicólogos creadores de nuevos modelos terapéuticos, o de variados tipos de procedimientos de intervención, difícilmente podían ver acogidas sus demandas para presentar sus experiencias y conclusiones en los Congresos o Jornadas promovidos por los dos colectivos que se encontraban en el poder. Las mismas dificultades se encontraban para publicar artículos en revistas, dando a conocer sus innovaciones. Muchos de los representantes de nuevos modelos terapéuticos estrenaron la experiencia de dar a conocer sus aportaciones, gracias a la actitud acogedora y respetuosa del pluralismo que caracterizó a los congresos nacionales o internacionales de Psicología Humanista que tuvieron lugar en los años setenta y ochenta del siglo pasado. Entre los muchos modelos de psicoterapia –o, simplemente, técnicas terapéuticas– que rechazaban explícita o implícitamente los enfoques atomistas, o reduccionistas, o mecanicistas, o deterministas, y que en algún grado destacaban la eficacia de lo experiencial por encima de lo informativo en la sesión terapéutica, destacaron, además de la Psicoterapia centrada en la persona, de Carl Rogers, y la Psicoterapia Existencial de Rollo May e Irvin Yalom, la Psicoterapia de la *Gestalt* de Perls –mal llamada la *Gestalt*–, el Análisis Transaccional de Berne, la Psicosíntesis de Assagioli, el *Focusing* de Gendlin, y la Bioenergética de Lowen, entre otros muchos. Todos ellos podían considerarse integrados en el Movimiento de la Psicología Humanista y, gracias a la favorable acogida que encontraron en éste, pudieron encontrar ayudas para darse a conocer y difundirse.

Sin embargo, la realidad es que una parte de los psicoterapeutas implicados en estos modelos –y, por ello, supuestamente humanistas– no han sabido actuar con coherencia respecto a las convicciones y aspiraciones de los iniciadores del Movimiento. Además, no pocos de ellos las han desconocido. Han caído en algunas de las actitudes o actuaciones de las que aquellos iniciadores compartieron su rechazo. Por ejemplo: manifiestan algún tipo de interpretación reduccionista, o determinista, o una actitud de escuela como "sistema cerrado", o centramiento excesivo sólo en lo patológico. Por ello no pueden considerarse psicoterapeutas humanistas, utilicen o no este calificativo.

### 2º Despreocupación respecto al diálogo académico

Otro error que han cometido bastantes psicoterapeutas humanistas consiste en la excesiva despreocupación por la formación teórica, por el diálogo con las

instituciones académicas, y por la investigación científica, dando con ello pie a la desconfianza por parte de los profesores universitarios

Ha sido, indudablemente, un acierto que en los centros o institutos para la formación en cualesquiera de los diversos modelos de línea humanista-existencial haya prevalecido, en general, el tiempo dedicado a la formación práctica y experiencial; es decir, al hecho de experienciar, por parte de los alumnos, la práctica de variados procedimientos de intervención –fuesen verbales, o con actividad imaginaria, o psicocorporales–, y comprobar sus posibles efectos sobre sí mismos, para su crecimiento personal o, en ocasiones, para la terapia respecto a algún posible síndrome psicopatológico o trastorno de personalidad.

Pero hay que considerar un error que, por el hecho de reconocer la importancia de la parte práctica de la formación, se haya en ocasiones desatendido la formación teórica. Haber reducido la formación a la vivencia de una colección de técnicas terapéuticas, sin haber ofrecido información, por ejemplo, sobre: a) tipos de problemas y de pacientes para los que puedan ser apropiadas; b) fase de la terapia en la que resultan procedentes; c) requisitos para su correcta aplicación, etcétera. Asimismo, información sobre los contenidos teóricos del correspondiente modelo terapéutico respecto a: a) cómo se entiende la meta de la terapia; b) cómo se actúa para lograr una relación terapéutica satisfactoria entre el profesional y el paciente; c) qué principales estrategias se utilizan en ese modelo; d) qué técnicas verbales, o imaginarias, o psicocorporales –incluidas otras procedentes de distintos modelos terapéuticos– podrán armonizarse con los fundamentos teóricos implicados; e) también sería conveniente adquirir un conocimiento suficiente sobre: cómo se entiende en el modelo la personalidad sana, frente a la patológica, lo mismo sobre los procesos sensoriales, emocionales, cognitivos y conductuales (o práxicos). Y todos estos contenidos teóricos, ¿cómo se han justificado? ¿qué experiencias y razones se han ofrecido por parte de los autores del modelo?

Es decir, la formación no consiste sólo en practicar una colección de recetas supuestamente terapéuticas, aceptadas por una actitud de credulidad basada a veces en el poder seductor del formador. El formando habrá logrado un conocimiento inteligente y práctico de ese modelo, de sus fundamentos teóricos, enriquecidos por su experiencia personal.

Este mismo autor, catedrático en Yale, del que ya he mostrado su capacidad de autocrítica respecto a la tradición científica, lamenta, por otra parte, el desinterés de los psicólogos humanistas respecto a lo científico.

> Muchos psicólogos humanistas están tan abiertos en pro del modelo humano de hombre que hacen caso omiso del aspecto de la observación sistemática de la ciencia. Al tratar su modelo a la luz de su experiencia cotidiana o de la práctica clínica, pasan por alto que gran parte de los testimonios sistemáticos de la ciencia no desdicen de su materia (*Ibidem,* p. 23).

Y refiriéndose a Maslow, del que reconoce su preparación y experiencia

científica y elogia algunas de las técnicas de observación que ideó para medir la sensibilidad personal para los estilos artísticos, sin embargo se lamenta de que dejase sin concluir algunas de sus interesantes investigaciones, o las concluyera con informes finales insuficientemente convincentes, incluido su interesante estudio sobre las personas autorrealizadas.

**3º Eclecticismo tecnológico indiscriminado**

La integración metodológica, en el propio modelo terapéutico, de procedimientos de intervención procedentes de otros modelos, se ha señalado como uno de los logros que ha podido incrementar el poder terapéutico de las intervenciones. Ahora bien, en no pocas ocasiones esta intervención tecnológica se ha llevado a cabo de forma indiscriminada y precipitada, sin haberse planteado algunas cuestiones previas como las siguientes: ¿Implica esta técnica unos presupuestos teóricos incompatibles con una psicoterapia humanista? ¿Implica, por ejemplo, unos presupuestos reduccionistas, o atomistas, o mecanicistas, o deterministas? En este caso se deberá comprobar si puede resultar factible practicar determinado procedimiento de intervención desprendiéndolo de tales presupuestos teóricos incompatibles. Por ejemplo, si un psicoterapeuta tiene interés en utilizar procedimientos de las denominadas "Constelaciones Familiares" de Bert Hellinger ¿es consciente del carácter claramente determinista de los presupuestos teóricos de este modelo? ¿se ha planteado si sería factible utilizar sus técnicas desprendidas de esos presupuestos? Prescindir de plantearse estas cuestiones y de comprobar si puede resolverlas constituiría caer en el error de un eclecticismo tecnológico indiscriminado.

Se puede señalar otro ejemplo, respecto a la integración de la Programación Neurolingüística de Bandler y Grinder. Esta metodología ofrece técnicas de indudable poder psicoterapéutico, según han podido comprobar desde hace treinta y cinco años los psicólogos del Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista. Ahora bien, dado el poder que tienen sobre el psiquismo del paciente, pueden ser practicadas de forma muy manipulativa, provocando cambios contrarios a la voluntad del paciente. Hay declaraciones de sus creadores que invitan a este tipo de actuación. Es evidente que ello es incompatible con una psicoterapia humanista. Además el tipo de relación que ejercían los fundadores ya colocaba al paciente en una posición de clara inferioridad, pasividad y dependencia respecto al terapeuta. Estas actitudes son claramente incompatibles para una relación terapéutica de orientación humanista-existencial, en la que el paciente tiende a ser el auténtico protagonista de su experiencia de cambio curativo con la ayuda del experto profesional.

A la hora de integrar métodos o técnicas procedentes de otros modelos constituye un error –relacionado con lo anterior– haber caído a veces en una credulidad precipitada ante toda novedad terapéutica, sobre todo si se está convirtiendo en una moda, gracias a su eficiente *marketing*.

**4º "Emocionismo"**

Otro error nada infrecuente ha sido el paso de la libre y saludable expresión emocional al "emocionismo".

Ya hace veintiocho años, en la *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, fundada en el año 1981, y que desde 1990 pasó a denominarse *Revista de Psicoterapia*, se publicó un artículo de John Rowan, presidente entonces de la Sociedad inglesa de Psicología Humanista, en el que refiriéndose a errores de los psicólogos humanistas denunció, entre otros, el "emocionismo", y sobre el cual afirmó:

> Uno de los mejores modos para entrar en el reino de la subjetividad en el que actúa la terapia es el de entrar profundamente en contacto con las emociones. Desgraciadamente todo esto se puede transformar fácilmente en un culto de las emociones fuertes por sí mismas, como si fuesen un fin antes que un medio. Yo he visto personas tiranizadas e intimidadas porque no expresaban sus emociones, o porque no estaban expresando las emociones correctas (por ejemplo, la rabia). Lo peor es que he visto criticar a las personas porque no expresaban en todo momento sus sentimientos (Rowan, 1986, p. 38).

Un logro de las psicoterapias humanistas –al cual ya me he referido– ha sido indudablemente el haber destacado la importancia de los procesos afectivos en la vida de las personas, entendidos como riquezas del potencial humano, y no sólo como problemas emocionales en el caso de trastornos. Asimismo, haber facilitado una profunda libertad en la expresión emocional verbal y no verbal, en las sesiones terapéuticas individuales o grupales. Pero una cosa es practicar procedimientos de intervención facilitadores de la catarsis por la expresión profunda, por ejemplo, de la rabia, o la tristeza en situación de duelo, etcétera, y otra cosa es convertir la expresión emocional intensa en panacea casi obligada para considerar provechosa una sesión de terapia individual o grupal. Este es un error que han cometido a veces los psicoterapeutas de la *Gestalt*, o de la Bioenergética, entre otros. En muchos procesos psicoterapéuticos humanistas pueden ser mayoría las sesiones en las que el paciente –ayudado con frecuencia por técnicas con actividad imaginaria o psicocorporales– reviviendo experiencias antiguas, a veces de la infancia, o imaginando situaciones futuras temidas o deseadas, experimente un fluir emocional terapéuticamente liberador. Pero pensar que cuando en una sesión no se ha producido este tipo de vivencia y expresión emocional catártico se haya perdido el tiempo es caer en "emocionismo".

**5º Potenciar el narcisismo**

Un peligro a tener en cuenta, a la vista de las actuaciones de algunos psicoterapeutas, es el ejercicio de una psicoterapia potenciadora de una actitud narcisista y despreocupada de actitudes solidarias.

Una parte de los creadores de los primeros modelos terapéuticos humanistas

se destacaron por su especial confianza en la práctica terapéutica grupal. Esta se prestaba a facilitar entre los participantes –aparte de la superación de sus correspondientes problemas psicológicos– el desarrollo de sus potenciales humanos, entre ellos el entrenamiento en la empatía emocional, en la actitud altruista hacia las compañeras y compañeros, en el reconocimiento sereno de las propias limitaciones, etcétera. Es decir, vivencias nada favorecedoras del cultivo de una actitud narcisista. Pero –como ya detectó y criticó Gendlin en 1987–, a veces, el terapeuta humanista –en sesión individual o grupal– ha ofrecido un modelo de persona con exceso de narcisismo, y ha dado pie a una versión distorsionada del concepto de "autorrealización" o "autoactualización", entendido de forma individualista, e inhibidora de actitudes altruistas y solidarias. Con ello no se ha sido fiel a la idea genuina que sobre estos conceptos tuvieron, por ejemplo, Fromm, Horney, Ch. Bühler, Bugental y Maslow. Para evitar esta versión distorsionada resultaría más expresivo referirse a esta meta de la terapia con el término "autorrealización individual y social".

Una psicoterapia que contribuya sólo a que burgueses depresivos, o ansiosos, o dependientes salgan de la terapia contentos y relajados, pero incapaces de ejercer un influjo social bienhechor en sus ámbitos familiar, profesional, social, científico, artístico, etcétera, no se puede considerar una terapia humanista satisfactoria. Si no se contribuye con ella a desarrollar en los pacientes el potencial humano que les capacite para ser ciudadanos que puedan contribuir algo en humanizar la sociedad, algo ha fallado. No resulta coherente, por ejemplo, con estas declaraciones sobre características de la Psicología Humanista, según Maslow y según Bugental, dos de sus fundadores.

> La Psicología debería ser más humanística, más interesada por los problemas de la humanidad, y menos por los problemas del gremio (Cit. en Misiak y Sexton, 1973, p. 114).

Entre los diez puntos con los que se definió la Psicología Humanista, en el Congreso Europeo celebrado en Ginebra en 1980, se encontraban estos:

- Anima a la apertura y la honestidad como la mejor conducta para la vida social e igualmente en relación consigo mismo
- Le concierne lo que se relaciona con los nuevos estilos de vida y con la responsabilidad ecológica, unidos a la conservación de la energía y los recursos sociales
- Trata de la teoría y la práctica del funcionamiento de las organizaciones y de su transformación en lugares nutricios donde las personas puedan expandirse

En este sentido no podemos olvidar varios encuentros promovidos por Rogers entre grupos políticos enfrentados, en Irlanda del Norte, o sus aportaciones a la renovación pedagógica.

**6º Peligro de potenciar el "autonomismo"**

El desarrollo del potencial humano, o crecimiento personal, entendido como meta en muchas psicoterapias humanistas –que se ofrecen no sólo a personas con trastornos psicológicos, sino también a personas sanas– incluye la capacidad de sentirse responsable de la propia vida y del desarrollo de la propia persona. Este desarrollo no está sólo condicionado por factores genético-biológicos y por influencias socioculturales (incluidas las educacionales), sino que depende de las historia de las decisiones libres de cada uno a lo largo de su vida. La principal obra creadora que está en nuestras manos –a pesar de los condicionamientos mencionados– es la del desarrollo de nuestra personalidad.

Pero el logro de este sentido de responsabilidad personal, vivido de forma desorbitada, puede conducir al olvido de que no somos autosuficientes, que necesitamos de los otros, que somos animales sociales. Esta conciencia de sentirnos autónomos, con palabras de Rowan

> puede transformarse en un deseo patológico de ser independiente de cualquier persona existente en el mundo. Una persona así se convierte en alguien bastante incapaz de amar, porque ello implica dependencia de otro, nos guste o no, lo diga o no la teoría (Rowan, 1986, p. 38).

**Responsabilidades para el futuro de la Psicología Humanista**

Ante todo, la primera responsabilidad es evitar reincidir en algunos de los errores mencionados y continuar desarrollando los logros ya obtenidos. Además de esto, se pueden proponer las seis responsabilidades siguientes:

**1ª Implicación en la investigación científica**

Una responsabilidad que la Psicologia Humanista tiene que afrontar es la de fomentar que algunos psicólogos humanistas se impliquen en la investigación científica, aplicando, según el tipo de objeto a investigar, metodologías convencionales, o bien las del nuevo paradigma humanista.

En la mayoría de los casos, la primera investigación científica que puede realizar un psicólogo es la que lleva a cabo en ocasión de elaborar la tesis doctoral. En aquellas universidades –como muchas de las españolas– en las que son rechazadas las propuestas de tesis doctorales de línea existencial humanista, no se puede criticar luego a los psicólogos humanistas de estar desinteresados de la investigación. Los psicólogos humanistas tendrán que espabilarse para poder elaborar esas tesis en alguna de las pocas universidades que las puedan acoger, y también, las que puedan respetar que la investigación no necesariamente se realice con la metodología experimental, sino también con metodologías observacionales, y con las predominantes en el nuevo paradigma.

**2ª Integrarse en el mundo académico**

Una tarea pendiente es la de saber inspirar y merecerse la confianza por parte del mundo académico.

La actitud recelosa que se ha mantenido en muchas universidades respecto a las psicoterapias humanistas, y a la Psicología Humanista-Existencial en general es, por una parte, el tributo que casi siempre ha tenido que pagar toda innovación importante. Son abundantes las experiencias sobre este problema a lo largo de la historia. Recordemos el caso de Louis Pasteur, que tuvo que sufrir numerosos insultos y amenazas, antes de que pudiera demostrar a la comunidad científica la validez de sus hipótesis sobre los virus como factores patógenos y sobre las vacunas como recursos curativos. Los médicos de su entorno no eran capaces de aceptar que estos descubrimientos los hubiese hecho un químico.

Ahora bien, parte de la culpa de esta actitud de recelo y rechazo hay que atribuirla a la imprudencia de algunos psicoterapeutas humanistas. En el primer centro importante de psicólogos humanistas de Esalen, en California, participaron personalidades valiosas y creativas implicadas en el Movimiento, pero juntamente con ellos, algunos psicólogos y terapeutas improvisadores y aventureros. En 1964 tuvo lugar la *First Old Saybrook Conference*, en la que estuvieron presentes buena parte de los que aspiraban a un cambio de rumbo en la psicología, interesados por lo tanto en el Movimiento de la Psicología Humanista. Estaban presentes, entre otros, los principales psicólogos de la personalidad americanos como Allport, Murray, Kelly y Murphy. Pero ya se ha dicho que los tres últimos se desvincularon del Movimiento, al comprobar actuaciones descontroladas de algunos terapeutas. También se desvinculó Rollo May, aunque poco después se reintegró.

Es decir, las críticas a la Psicología Humanista no se han debido sólo a la posición rígida y refractaria a las innovaciones predominantes en el mundo académico. Se han debido también a las imprudencias cometidas al principio por algunos terapeutas humanistas grupales, abusando del poder de algunas técnicas para provocar catarsis emocionales. Buena parte de los prejuicios han desaparecido en muchos lugares. Las excesivas actitudes de estilo adolescente de algunos psicoterapeutas humanistas han pasado a ser más adultas, sin perderse su estilo creativo. Pero queda todavía mucho por hacer. Aquí también hará falta actuar con más inteligencia emocional, para lograr inspirar más confianza respecto al mundo académico.

Teniendo presentes estos antecedentes y circunstancias, los psicoterapeutas humanistas tendrán que relacionarse –en el mundo académico– con suficiente inteligencia emocional, para lograr un mayor crédito en ese ambiente, y conseguir que los inevitables prejuicios y temores ante las innovaciones psicoterapéuticas, vayan disminuyendo.

**3ª Fomentar el diálogo con otras corrientes y en su propio seno**

Otra responsabilidad a cargo de la Psicología Humanista es la de favorecer la comunicación con los psicólogos cognitivos, los psicoanalistas, los psiquiatras biologistas, los neurocientíficos, etcétera, para no acabar en una situación de *guetto.* También convendría recuperar una mayor comunicación entre las diferentes escuelas psicoterapéuticas humanistas, como la que tenía lugar en los congresos de Psicología Humanista de los años setenta y ochenta del pasado siglo.

Una característica de los Congresos de Psicología Humanista, desde los comienzos del Movimiento, fue su gran apertura al pluralismo de modelos psicoterapéuticos y a una gran diversidad de aportaciones innovadoras sobre métodos y procedimientos de intervención. Lo mismo, respecto a aportaciones psicológicas en campos diferentes de la psicoterapia. Probablemente fueron los primeros congresos que podían acoger, por ejemplo, aportaciones de asiáticos o de aborígenes americanos. En uno de los congresos europeos de aquellos años uno de los actos principales corrió a cargo de un pielroja norteamericano, que expresó sus aportaciones desde su paradigma cultural. Era admirable comprobar la ausencia de prejuicios culturales que se respiraba en aquel ambiente.

Sería positivo que esta actividad de respeto al pluralismo y de intercambio respetuoso y enriquecedor de experiencias desde diferentes paradigmas y escuelas psicológicas fuese favorecida y promovida por los psicólogos humanistas en el futuro.

La conclusión de Irvin Child (1975), después de su recorrido por autores en los que se ha dado convergencia de posiciones, fue la siguiente: "La tradición científica en la investigación psicológica y el pensamiento humanístico, cual lo veo, se necesitan mutuamente para su enriquecimiento" (*Ibidem*, p. 175). Ahora bien, para los temas de investigación más interesantes la tradición científica convencional será insuficiente. Habrá que recurrir al Nuevo Paradigma, ya referido como un logro importante.

**4ª Atender a la vivencia sana del proyecto vital**

De cara al futuro, a la Psicología Humanista le cabe la responsabilidad de prestar más atención al problema del "vacío existencial" y del logro de una vivencia sana del proyecto vital, sin confundir los trastornos existenciales y transpersonales con los trastornos depresivos convencionales.

Habría que investigar hasta qué punto todo terapeuta convendría que fuese consciente sobre las principales aspiraciones que forman parte de su proyecto vital. Un proyecto vital renovado periódicamente de forma inteligente y libre, no dependiente de presiones ambientales o de "guiones de la vida" inconscientes (en el sentido de Berne, 1974). Un proyecto de vida favorecedor del crecimiento personal propio, de los otros con los que el terapeuta se relacione, y con influencia humanizadora sobre las instituciones en las que se encuentre implicado.

Muchos de los psicólogos humanista-existenciales será bueno que sigan

sabiendo diferenciar entre la angustia neurótica y la angustia existencial. Que sigan desaconsejando la toma precipitada de fármacos tranquilizantes, sobre todo respecto a la angustia existencial. Que sean conscientes sobre las implicaciones y consecuencias humanizadoras que puede tener esta segunda. Y que comprueben hasta qué punto la elección inteligente de un sano proyecto vital puede ser un buen recurso preventivo, respecto a los posibles peligros de tal tipo de angustia, y de la vivencia del "vacío existencial".

**5ª Humanizar, además de individuos, estructuras sociales**

Si la Psicología Humanista quiere ser fiel a sus raíces, necesita lograr una influencia terapéutica humanizadora, no sólo respecto a las personas individuales, sino también respecto a las estructuras sociales.

Como ya se ha recordado, en el Movimiento de la Psicología Humanista hubo, desde sus inicios, psicólogos y representantes de otras ciencias humanas, notablemente motivados para poder contribuir a una gradual transformación de la sociedad.

Antes de la fundación del *Journal of Humanistic Psychology* y de la *Association for Humanistic Psychology*, Maslow, en 1957, había declarado una serie de responsabilidades de la psicología, cara al futuro y, como ya se ha dicho, ésta era la primera de ellas.

Elisabeth Campbell, en un artículo en el *Journal of Humanistic Psychology*, en 1984, publicaba el resultado de treinta y seis entrevistas en profundidad con líderes de la Psicología Humanista. Respondían a la pregunta siguiente: "¿Qué contribución puede realizar la Psicología Humanista hacia la realización o el incremento de la posibilidad de conseguir una imagen del futuro positiva, autodeterminada y auto-actualizada, en los próximos diez años?". Entre los entrevistados había representantes de enfoques diferentes y campos de aplicación distintos dentro de la Psicología Humanista: educadores, psicoterapeutas, profesores universitarios, terapeutas corporales, directivos de la *Association for Humanistic Psychology.* Se identificaron siete tendencias del movimiento. La tercera decía:

> Habrá un cambio de énfasis, alejándose del interés actual acerca del crecimiento personal hacia la toma de responsabilidades sociales y políticas. Va a incrementarse el interés acerca de la persona en relación con el entorno (Campbell, 1986, p. 26).

No dispone el autor de suficiente información sobre lo que se haya realizado, en este sentido, en diferentes países; pero piensa que es menos de lo esperado. A la vista de los actuales problemas del mundo, merece la pena descubrir nuevas formas de implicarse desde la Psicología Humanista. Ciertamente se puede considerar que una parte importante de las conductas y actitudes practicadas por dirigentes políticos, económicos, jurídicos, etc., de la vida social, que han tenido consecuencias perjudiciales, deshumanizadoras, pueden ser debidas a deficiencias psicológicas –o incluso psicopatologías– de las personas responsables. Pueden depender de falta de sensibilidad, o de sentimientos positivos, o de inteligencia emocional, o de

distorsiones en los procesos cognitivos, etcétera.

Por lo tanto, si los psicólogos humanistas-existenciales tienen la oportunidad de ayudar a que los ciudadanos responsables y, en especial, los que ocupan lugares de poder político, económico, social, y cultural, desarrollen satisfactoriamente su potencial humano, este hecho ya puede ser una aportación específica de los psicólogos, para la transformación de la sociedad. Porque, como se ha expuesto en otro lugar (Rosal, 2012; 2014), si pensamos en la importante actitud de "solidaridad para la justicia", difícilmente puede cultivarse por personas con bloqueos o distorsiones de los procesos sensoriales, afectivos, cognitivos, y otros. Y sin la vivencia más generalizada de este valor no parece posible que pueda contribuirse a una transformación humanizadora de la sociedad. Pero quizá no sea suficiente esta contribución a partir solamente del crecimiento personal de individuos. Parece que sería conveniente contribuir a la humanización de grupos y estructuras sociales, ya que también en éstas –como señaló Fromm– se dan también patologías.

**6ª Concienciar de sus presupuestos antropológicos y epistemológicos**

Una última responsabilidad a tener en cuenta es la de contribuir a que en cada modelo terapéutico se llegue a ser consciente del contenido y fundamentos de los presupuestos antropológicos y epistemológicos implicados (filosóficos y científicos).

En la mayoría de las psicoterapias humanistas se encuentra, al menos implícita, la fenomenología filosófica de Husserl, por la primacía que se concede al conocimiento experiencial (Gimeno-Bayón, 2015). Asimismo, se concede más importancia al conocimiento por "comprensión" que por la "explicación" causal, tal como había sostenido el filósofo Dilthey, al tratarse de las ciencias del espíritu (como denominaba a las humanas) a diferencia de las ciencias naturales (Física, Química, Biología, etcétera). Se concede especial interés a la captación del aspecto procesual de la existencia humana, como habían sostenido William James –filósofo antes de fundar uno de los primeros laboratorios para la investigación científica de los procesos psicológicos– y su amigo y filósofo Henri Bergson.

Puede comprobarse también, respecto a lo epistemológico, que en mayoría de los psicólogos humanistas está implícita una teoría sobre el conocimiento humano que no se fundamenta ni en el denominado Realismo filosófico, ni en el Idealismo alemán. Es decir, ni se supone la capacidad de captar la esencia de la realidad exterior o interior como una especie de fotografía mental, ni se supone, por el contrario, la negación de tal realidad exterior o interior, si lo conocido se considera pura creación de la mente racional humana. La teoría implícita predominante en los psicólogos humanistas reconoce la capacidad cognitiva (por razonamiento lógico o por intuición, a partir de la experiencia) de captar la realidad extramental pero siempre condicionada por algún grado de subjetividad, según las características del sujeto cognoscente y sus circunstancias. Esta teoría, en Epistemología filosófica fue denominada Realismo Crítico –o con otros términos– y en Psicología la propuso

Kelly con el nombre de Constructivismo.

Aparte de estos presupuestos relacionados más bien con la Teoría del Conocimiento, todo psicólogo –sea o no existencial humanista– tiene alguna Antropología filosófica implícita, es decir alguna teoría general sobre la naturaleza humana y sus potenciales esenciales, e igualmente una teoría axiológica, o escala de valores éticos. Parte de la convicción de que la conducta humana no depende exclusivamente de factores genéticos más influencias socio-culturales (incluidas las educacionales), sino que su conducta y el desarrollo de su personalidad y de su crecimiento personal depende principalmente de la historia de sus decisiones libres.

Presupone también disponer de un potencial psicológico denominado normalmente "voluntad", que no se reduce a la fuerza de los impulsos y necesidades de base más o menos fisiológica o cultural. Estos últimos presupuestos filosóficos relacionados con la capacidad de libertad y responsabilidad personal deben mucho a la influencia de algunos filósofos existencialistas.

Una parte importante de los psicólogos humanistas –no sólo los de la denominada Psicología Transpersonal– parten de la convicción filosófica de que la naturaleza humana integra, además de factores biológicos, somáticos, y mentales (los que Watson negó), también dispone de potenciales espirituales o místicos, que la capacitan para captar y vivenciar lo trascendente o transpersonal.

Aparte de esta breve selección de presupuestos epistemológicos, antropológico-filosóficos, y axiológicos presentes en mayoría de modelos terapéuticos humanistas, aparecen otros más peculiares de cada uno de ellos. Parece preferible que estas convicciones inconscientes pasen a ser conscientes. Y mejor –para profundizar más–, si además de percatarse de ellas, puede conocerse cómo fueron fundamentadas por esos filósofos, a partir de la experiencia y la razón discursiva o intuitiva. Y, por lo tanto, cómo justificaron su rechazo –total o parcial– a teorías antropológicas diferentes.

**Conclusiones**

Tras este recorrido sobre los principales contenidos teóricos y metodológicos que han estado presentes desde 1961 en el trabajo de los psicoterapeutas humanistas, se han podido destacar, en este trabajo, 14 logros, 6 errores y 6 responsabilidades. Los historiadores de los distintos modelos de psicoterapias humanistas –con variantes en los distintos países donde se han difundido (sobre todo en América, Europa, y Asia), podrán investigar –respecto a cada modelo– en qué grado se han mantenido fieles en lo esencial a las convicciones e iniciadores del Movimiento. Asimismo, en qué grado han enriquecido su metodología terapéutica, y dónde han surgido nuevos modelos terapéuticos que puedan integrarse en este marco de referencia. Ésos son los compromisos que mantiene el equipo de la institución a la que el autor está afiliado.

## Referencias bibliográficas


Allport, G.W. (1975). *La personalidad. Su configuración y desarrollo* (5ª edición). Barcelona, España: Herder (Traducción del original en inglés de 1963).

Ashen, A. (1968). *Basic concepts of eidetic psychotherapy*. Nueva York: Brandon House.

Ashen, A. (1972). *Eidetic parent test and analysis*. Nueva York: Brandon House.

Ashen, A. (1977). *Eidetics: An Overview. Journal of Mental Imagery*, *1*(1), 5-38.

Ashen, A. (1994). Imagery Bibliography. *Jornal of Mental Imagery*, *18*(1 y 2).

Ashen, A. (Ed.) (1994). Imagery, Drama and Transformation. *The Journal of Mental Imagery*, *18*(1 y 2).

Assagioli, R. (1973). *Principi e metodi della Psicosintesi terapeutica*. Roma: Astrolabio. (Traducción del original en inglés de 1965).

Assagioli, R. (1989). *El acto de voluntad*. México: Trillas (Traducción del original en inglés de 1973).

Berne, E. (1974). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona, España: Grijalbo (Traducción del original en inglés de 1973).

Bertalanffy, L. von (1974). *Robots, hombres y mentes.* Madrid, España: Guadarrama (Traducción del original en inglés de 1967).

Bertalanffy, L. von (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica (Traducción del original en inglés de 1968).

Boadella, D. (1985). Entrevista con D. Boadella por Ana Gimeno-Bayón. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, *11*, 67-70.

Bogen, J.E. (1969). The other side of the brain: II. An appositional mind. *Bulletin of the Los Angeles Neurological Society, 34*, 135-162.

Bugental, J.F.T. (Ed.) (1967). *Challenges of Humanistic Psychology*. New York: McGraw-Hill.

Campbell, E. (1986). La Psicología Humanista. El fin de la inocencia. *Revista de Psiquiatría y Psiología Humanista*. *14/15*, 19-32 (Traducción del original en inglés de 1984).

Cencillo, L. (1975). *Dialéctica del concreto humano*. Madrid, España: Marova.

Child, I. (1975). *Psicología Humanista y la tradición experimental*. México: Limusa (Traducción del original en inglés de 1973).

Crampton, M. (1969). The use of mental imagery in psychosynthesis. *Journal of Mental Imagery, 2*, 139-153.

Crampton, M. (1974). *An historical survey of mental iamgery techniques in psychotherapy and description of the dialogic imagery method*. Montreal, Canadá: Canadian Institute of Psychosynthesis.

Crampton, M. (1975). Answers from the unconscious. *Synthesis, 2*, 140-152.

Crampton, M. (1981). Psychosynthesis. En R.J. Corsini (Ed.), *Handbook for innovative psychotherapies* (pp. 709-723). New York: John Wiley.

Denis, M. (1984). *Las imágenes mentales*. Madrid: Siglo XXI (Traducción del original en francés de 1979).

Desoille, R. (1938). *Exploration de l'affectivité subinconsciente par la méthode du Rêve-Eveillé. Sublimation et acquisitions psychologiques*. Paris, Francia: J.L. d'Artrey.

Desoille, R. (1973). *Entretiens sur Rêve-Eveillé-Dirigée en Psychotherapie*. París, Francia: Payot.

Desoille, R.(1974). *Teoria e pratica del sogno da svegli guidato*. Roma: Astrolabio (Traducción del original en francés de 1961).

Eysench, H. J. (1952). *The scientific study of personality.* Nueva York: Macmillan.

Ferrucci, P. (1987). *Psicosíntesis*. Málaga, España: Sirio (Traducción del original en inglés de 1982).

Frankl, V. E. (1980). *Ante el vacío existencial*. *Hacia una humanización de la psicoterapia.* Barcelona, España: Herder (Traducción del original en alemán de 1977).

Frankl, V. E. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona, España: Herder (Traducción del original en inglés de 1969).

Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y Análisis Existencial. Textos de cinco décadas*. Barcelona, España: Herder (Traducción del original en alemán de 1987).

Frick, W.B. (1986). Fundamentos conceptuales de la autoactualización. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, *14/15,* 50-73 (Traducción del original en inglés de 1984).

Fromm, E. (1966). *El corazón del hombre.* México: Fondo de Cultura Económica (Traducción del original en inglés de 1966).

Gazzaniga, M.D. (1970). *The bisected brain*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Gazzaniga, M.S. y Ledoux, J.E. (1978). *The integrated mind*. New York: Plenum.

Gimeno-Bayón, A. (2012a). *Comprendiendo la Psicoterapia de la Gestalt.* Lleida: Milenio.

Gimeno-Bayón, A. (2012b). *Análisis Transaccional para terapeutas. Vol.I. Conceptos fundamentales para el diagnóstico y la psicoterapia.* Lleida, España: Milenio.

Gimeno-Bayón, A. (2013). *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia.* Lleida, España: Milenio.

Gimeno-Bayón, A. (2015, noviembre). *Experiencia y existencia en las psicoterapias humanistas.* Ponencia pronunciada en el I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas celebrado en Barcelona, España.

Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001) *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoriales, cognitivos y emocionales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Gimeno-Bayón, A. (2012). *Análisis transaccional para terapeutas. Vol. II. Tratamiento de los trastornos de la personalidad y algunos síndromes*. Barcelon, España a: Milenio.

Gimeno-Bayón, A. (2016). *Psicoterapia Integradora Humanista. Volumen II. Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de la personalidad* (2ª ed.). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Greenberg, L.S. y Korman, L. (1993). La integración de la emoción en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 4*(16), 5-19. http://revistadepsicoterapia.com/la-integracion-de-la-emocion-en-psicoterapia.html

Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto a punto*. Barcelona, España: Paidós (Traducción del original en inglés de1993).

Heron, J. (1985a). Experiential research methodology. En P. Reason y J. Rowan (Eds.) *Human inquiry. A source book of new paradigm research* (pp. 153-166). New York: John Wiley.

Heron, J. (1985b). Philosophical basis for a new paradigm. En P. Reason y J. Rowan (Eds.) *Human inquiry. A source book of new paradigm research*. (pp. 19-36). New York: John Wiley.

Holt, R.R. (1964). Imagery: The Return of the Ostracised. *American Psychologist, 19*, 254-264.

Holt, R.R. (1972). On the nature and generality of mental imagery. En P.W. Sheehan (Ed.), *The function and nature of imagery* (pp.6-35). New York: Academic Press.

James, W. (1890-1989). *Principios de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Karpman, S. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transactional Analysis Bulletin (7)*, 26, 39-43.

Kimura, D. (1973). The asymmetry of the human brain. *Scientific American, 228*, 70-78.

Krech, D. Crutchfield, R.S. y Livson, N. (1973). *Elementos de Psicología*. Madrid: Gredos (Traducción del original en inglés de 1969).

Lafferty, P., Beutler, L.E. y Crago, M. (1990). Diferencias entre terapeutas más y menos eficaces: un estudio de variables del terapeuta. *Revista de Psicoterapia, 1*(4), 33-43 (Traducción del original en inglés de 1989). http://revistadepsicoterapia.com/diferencias-entre-psicoterapeutas-mas-y-menos-eficaces-un-estudio-de-variables-del-terapeuta.html

Lersch, P. (1971). *La estructura de la personalidad* (8ª ed.). Barcelona: Scientia (Traducción del original en alemán de 1966).

Leuner, H. (1969). Guided affective imagery: a method of intensive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 23*, 4-22.

Leuner, H. (1977). The role of imagery in psychotherapy. En S. Arieti y G. Chrzanowski (eds.) *New dimensión in psychiatry: A world view*. Nueva York: John Wiley.

Leuner, H. (1978). Basic principles and therapeutic efficacy of guided affective imagery (GAI). En J.L. Singer y K.S. Pope (Eds.) *The power of human imagination* (pp. 125-166). Nueva York: Plenum Press.

Lewin, K., Lippitt, R. y White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates". *The Journal of social psychology*, *10*(2), 269-299.

Ley, R.G. (1983). Cerebral laterality and imagery. En A.A. Sheikh (Ed.), *Imagery: Current Theory, research and applications* (pp. 252-287). New York: John Wiley.

Ley, R.G. (1984). Right hemispheric processing of emotional and imageable words. En En A. Sheikh (Ed.), *International Review of mental imagery, 1.* Nueva York: Human Sciences Press.

Ley, R.G. y Briden, M.P. (1979). Hemispheric differences in recognizing faces and emotions. *Brain and Language, 1*, 127-138.

Maslow, A. (1966). *The psychology of science. A reconnaissance*. Nueva York: Harper and Row.

Maslow, A. (1975). *Motivación y Personalidad*. Barcelona, España: Sagitario (Traducción del original en inglés de 1954).

Maslow, A. (1982). Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. En R. Walsh y F. Vaughan (Eds.) *Más allá del ego. Textos de Psicología Transpersonal*, (pp. 182-196). Barcelona, España: Kairos (Traducido del original en inglés de 1980).

Maslow, A. (1983a). *El hombre autorrealizado*. Barcelona, España: Kairós (Traducción del original en inglés de 1968).

Maslow, A. (1983b). *La personalidad creadora*. Barcelona, España: Kairos (Traducción del original en inglés de 1971).

Maslow, A. (1985). The psychology of science. En P. Reason y J. Rowan (Eds.) *Human Inquiry. A sourcebook of New Paradigm research* (pp.87-92). New York: John Wiley.

May, R. (1974). *El hombre en busca de sí mismo.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Central (Traducción del original en inglés de 1953).

May, R. (1978). *El dilema existencial del hombre moderno* (3ª ed). Buenos Aires, Argentina: Paidós (Traducción del original en inglés de 1967).

May, R. (1985). *Amor y Voluntad. Las fuerzas que dan sentido a la vida.* Barcelona, España: Gedisa (Traducción del original en inglés de 1969).

May, R. (1986). El movimiento de la Psicología Humanista. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, *14-15*, 33-35 (Traducción de la Conferencia inaugural del V Congreso Europeo de Psicología Humanista, celebrado en Roma en 1981).

May, R. (1988). *Libertad y destino en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer (Traducción del original en inglés de 1981).

May, R., Allport, G. W, Feifel, H., Maslow, A. y Rogers, C. (1963). *Psicología existencial.* Buenos Aires, Argentina: Paidós (Traducción del original en inglés de 1961).

Misiak, H. y Sexton, V.S. (1973). *Phenomenological, existential and humanistic psychologies*. Nueva York: Grune Stratton.

Murray, H.A. (1962). The personality and career of Satan. *Journal of Social Issues, 18*, 36-54.

Pinillos, J. L. (1975). *Principios de Psicología.* Madrid, España: Alianza Editorial.

Pinillos, J. L. (1987). La personalidad. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, *19/20*, 4-17.

Rank, O. (1976). *Volonté et psychothérapie*. Paris: Payot. (Traducción del original en inglés de 1976).

Reason, P. y Rowan, J. (1985). Issues of validity in new paradigm research. En P. Reason y J. Rowan (Eds.) *Human inquiry. A sourcebook of New Paradigm research* (pp. 239-252). New York: John Wiley.

Reason, P. y Rowan, J. (Eds.) (1985). *Human inquiry. A sourcebook of New Paradigm research*. New York: John Wiley.

Richardson, A. (1980). *Mental imagery and human memory*. Nueva York: St. Martin's Press.

Rosal, R. (1986). Las actitudes del terapeuta humanista. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista 14/15*, pp. 64-75. http://revistadepsicoterapia.com/rp101-02.html

Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida.* Lleida, España: Milenio.

Rosal, R. (2013). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria.* Lleida, España: Milenio.

Rosal, R. (2014, abril). *Procesos sensoriales y emocionales implicados en la actitud solidaria.* Ponencia pronunciada en las III Jornadas de la Asociación de Psicoterapia Integradora Humanista, celebrada en Barcelona, España.

Rosal, R. (2015). Revalorización de los potenciales del hemisferio cerebral derecho. Las imágenes en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 26*(11), 39-71.

Rowan, J. (1985). A dialectic paradigm for research. En P. Reason y J. Rowan (Eds.) *Human inquiry. A sourcebook of New Paradigm research* (pp. 93-112) New York: John Wiley.

Rowan, J. (1986). A la caza de la herejía. *Revista de Psiquiatría y Psicoterapia Humanista, 14-15,* 36-40.

Rychlack (1988). *Personalidad y Psicoterapia. Una aproximación a la construcción teórica*. México: Trillas (Traducción del original en inglés de 1973).

Sheik, A.A. y Panagiotou, N.C. (1975). Use of mental imagery in psychotherapy: a critical review. *Perceptual and motor skills*, *41*, 555-585.

Shorr, J. E. (1972). *Psycho-Imagination Therapy: The integration of phenomenology and imagination*. New York: Intercontinental Medical Book.

Shorr, J. E. (1974a). *Shorr imagery test.* Los Angeles: Institute for Psychoimagination therapy.

Shorr, J. E. (1974b). *Psychotherapy through imagery.* New York: Intercontinental Medical Book.

Sperry, R.W. y Gazzaniga, M.S. (1967). Language following surgical disconnection of the hemispheres. En F.L. Darley (Ed.), *Brain Mechanism Underlying Speech and Language* (pp.108-121). New York: Grune and Stratton.

Torbert, W.R. (1985). Why Educational Research Has Been So Uneducational: The Case for a New Model of Social Science Based on Collaborative Inquiry. En P. Reason y J. Rowan (Eds.) *Human Inquiry. A sourcebook of New Paradigm research* (141-151). Nueva York: John Wiley.

Vinacke, W.E. (1972). *Psicología General*. *Tomos I y II.* Madrid: Magisterio Español. (Traducción del original en inglés de 1968).

Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review, 20*, 158-177.

Weiskorpf-Joelson, E. (1968). Meaning as integrating factor. En C. Bühler y F. Massarik (Eds.) *The course of human life* (pp. 359-383). Nueva York: Springer-Verlag.

Wertheimer, R.W. (1968). *Productive thinking*. Londres: Tavistock Publications, Social Science, Paper Books (Traducción del original en inglés de 1945).

Zubiri, X. (1992). *Sobre el sentimiento y la voluntad*. Madrid, España: Alianza y Fundación X. Zubiri.

# APORTACIONES DE LAS NEUROCIENCIAS A LA COMPRENSIÓN DE LA EXPERIENCIA PSICOTERAPÉUTICA HUMANISTA

## CONTRIBUTIONS OF NEUROSCIENCES TO THE UNDERSTANDING OF THE HUMANISTIC PSYCHOTHERAPEUTIC EXPERIENCE

**Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols y Jordi Segura**
Facultat de Psicologia, Ciéncies de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández-Puig, V., Farriols, N. y Segura, J. (2017). Aportaciones de las neurociencias a la comprensión de la experiencia psicoterapéutica humanista. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 127-141.

## Resumen

*Los conocimientos de las neurociencias ofrecen la posibilidad de comprender las propuestas de la psicoterapia humanista desde la perspectiva de la actividad cerebral. Así pues, el objetivo de este estudio es analizar los procesos neuropsicológicos que se activan a lo largo de una sesión de psicoterapia y sus efectos en el bienestar. A partir de las contribuciones de autores reconocidos como Cozolino (2006, 2010), Siegel (2010, 2015) y Grawe (2007) se han estudiado los principales correlatos neuronales promovidos a través de cinco consignas clásicas de una sesión de psicoterapia humanista: a) Experiencia de vínculo terapéutico según Rogers (1951/1981; 1961/2000); b) Indicación de centrar la atención en el aquí y ahora; c) Indicación de no juzgar la vivencia ni a uno mismo; d) Propuesta de experimentar en el aquí y ahora situaciones pendientes de integrar, lo que implica un estado de estrés óptimo; e) Proceso de poner palabras a la experiencia terapéutica. Cada una de estas consignas promueve una actividad cerebral que modifica las conexiones en y entre diversas redes neuronales, principalmente las situadas en amígdala, ínsula, córtex cingulado anterior y cortex prefrontal orbitomedial y dorsolateral. Conocer los procesos neuronales generados a partir de las interacciones psicoterapéuticas es una fuente de información de gran interés para el desarrollo del saber psicoterapéutico.*

Palabras clave: *Psicoterapia humanista, neuropsicoterapia, neurociencias afectivas, actividad neuronal, plasticidad neuronal.*

## Abstract

*Neuroscience's knowledge offers the possibility of understanding the proposals of the humanistic psychotherapy from the perspective of the brain activity. Therefore, the purpose of this study is to analyze the neuropsychological processes that are activated along a session of psychotherapy and its effects on welfare. On the basis of contributions from authors recognized as Cozolino (2006, 2010), Siegel (2010, 2015) and Grawe (2007), we have studied the main neural correlates promoted through five classic proposals of a humanistic psychotherapy session: to) the experience of therapeutic relationship following Rogers (1951/1981; 1961/2000); b) the indication of directing attention on the here and now; (c) the indication of not judging the experience or to one same; d) the proposal to experience in the here and now situations that need to be integrated, which implies a state of optimal stress; e) the process of puting words to the therapeutic experience, i.e. of verbalizing. Each one of these instructions promotes a brain activity that modifies the connections in and between various neural networks, mainly those located in the amygdala, insula, anterior cingulate cortex and orbitomedial and dorsolateral prefrontal cortex. The study of the neural processes generated from psychotherapeutic interactions is a source of information of great interest for the development of psychotherapeutic knowledge.*

Keywords: *Humanistic psychotherapy, neuropsychotherapy, affective neuroscience, brain activity, neural plasticity*

Fecha de recepción: 10 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 12 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: mvictoriafp@blanquerna.url.edu
Dirección postal: C/ Cister 34. 08022 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

El cerebro humano dispone de circuitos neuronales programados para recibir las señales de los demás y es un órgano que se forma en las relaciones tempranas y se reforma influenciado por las interacciones sociales a lo largo de toda la vida. Por ello, el cerebro puede definirse como el órgano social del cuerpo (Cozolino, 2006; Crafa, 2015). La psicoterapia, en tanto interacción social significativa, también supone una influencia en el cerebro al activar y fortalecer diferentes redes neuronales de la persona. Actualmente disponemos de múltiples avances en neurociencias sobre el funcionamiento del cerebro en diferentes contextos y tareas que permiten una mayor comprensión sobre el correlato neuronal de lo que se promueve en una sesión de psicoterapia (Grawe, 2007). En base a esto, este artículo tiene como objetivo el estudio de los procesos neuronales que se activan en una sesión de psicoterapia, es decir, de los procesos neuronales generados a partir de las interacciones psicoterapéuticas. Entre los autores de referencia en este ámbito destacan Cozolino, *Neuroscience of human relationschips* (2006) y *Neuroscience of psycotherapy* (2010), Siegel (2010, 2015) y Grawe, *Neuropsychoterapy* (2007).

Con la intención de concretar la situación psicoterapéutica, nos centraremos en el estudio de propuestas clásicas de las psicoterapias humanistas. Los modelos en ella encuadrados se caracterizan en primer lugar por considerar la relación terapéutica como una relación persona a persona basada en la autenticidad, aceptación incondicional y empatía, tal como propuso Carl Rogers (Rogers, (1951/1981). En segundo lugar, se caracterizan por su enfoque holístico y experiencial, donde el cuerpo tiene un papel fundamental en el darse cuenta y en la generación de nuevas respuestas autoreguladores. Destacan las ideas de Carl Rogers (1951/1981; 1961/2000), Eric Berne (1964/2009), Fritz Perls (1969/2002) y Alexander Lowen (1958/2009). En cualquier caso, conviene dejar constancia de la existencia de múltiples coincidencias con otros modelos psicoterapéuticos.

En concreto, vamos a destacar cinco momentos de una sesión basada en la psicoterapia humanista.

1. Establecimiento del vínculo psicoterapéutico, con las condiciones básicas de autenticidad, aceptación incondicional y empatía, desarrolladas por Carl Rogers (1951/1981).
2. Indicación de dirigir la atención al aquí y ahora; para fomentar el darse cuenta y escuchar los estados físicos, emocionales, cognitivos y motivacionales activos.
3. Indicación de no juzgar lo que aparece, promoviendo una actitud de apertura donde no haya juicios sobre uno mismo.
4. Propuesta de experimentar en el aquí y ahora situaciones a elaborar y de permitir que emerja la respuesta autorreguladora que la resuelve.
5. Verbalización o proceso de poner palabras a la vivencia.

**Experiencia de sentirse vinculado**

¿Qué sucede cuando estamos con una persona que nos hace sentir profundamente vinculados a ella y a nosotros mismos? Ésta es la pregunta que guía este apartado. Para desarrollarlo vamos a seguir el siguiente recorrido:

**a) ¿Qué son los esquemas de apego?**

Bolwby (1989), en el marco de su teoría sobre el apego, considera que un componente básico de la naturaleza humana, presente en el neonato y a lo largo de toda la vida es la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con determinados sujetos. Se pueden definir los esquemas de apego como las redes neuronales desarrolladas a partir de las experiencias vividas con los progenitores o cuidadores en el primer y segundo año de vida. Estos esquemas de apego tienen implicaciones a nivel sensorial, visceral, afectivo, cognitivo, motivacional y motor. Se activan al establecer relaciones con los otros, anticipando en cuestión de milisegundos el estado emocional que se generará en la relación. Son responsables de dirigir nuestra atención hacia los demás y de elegir entre un movimiento de acercamiento o de alejamiento y son el fundamento de nuestra capacidad de crear y recrear vínculos, de comunicarnos y de regular las emociones y la conducta (Cozolino, 2006, 2010).

La experiencia de un apego seguro permite que el bebé desarrolle su capacidad de autorregulación y su capacidad de sentirse un ser querido y digno, de sentir seguridad en sí mismo y de cuidarse y atender sus propias necesidades. Disponer de estas capacidades es lo que posteriormente permite al sujeto adoptar criterios, aceptar límites, tolerar la sensación de vulnerabilidad y arriesgarse en nuevas experiencias de vínculos afectivos.

**b) ¿Dónde se localizan principalmente las redes neuronales de los esquemas de apego?**

Se encuentran principalmente en el sistema límbico y en el córtex prefrontal, destacando las siguientes estructuras:

- **Amígdala**: órgano fundamental en la experiencia emocional, controla la activación del sistema de generación de neurotransmisores: noradrenalina, serotonina, dopamina y acetilcolina, así como la activación del sistema endocrino.
- **Córtex cingulado anterior, CCA:** Está situado sobre el cuerpo calloso y bajo los hemisferios parietal y frontal. Es un área primitiva de asociación de información visceral, motora, táctil, autonómica y emocional que empieza a participar en la actividad cerebral en el segundo mes de vida. El CCA juega un papel importante en el aspecto experiencial de la emoción y en la integración emoción-cognición (Grawe, 2007). A nivel evolutivo, aparece en los mamíferos, animales que muestran comportamientos maternales, de juego y de cuidado mutuo (Cozolino, 2010; Ernst *et al.,* 2014).

- **Ínsula:** está situada bajo el córtex temporal y su función es la integración de la información límbica y corporal. También responde a la activación de las neuronas espejo y gestiona la alteración de los estados comportamentales y emocionales (Medford & Critchley, 2010; Siegel, 2010). La ínsula y el CCA son las regiones que más se activan cuando la persona está siendo empática (Medford & Critchley, 2010).
- **Córtex prefrontal orbitomedial, CPFom:** se encuentra justo detrás de los ojos y sobre el sistema límbico. Es la primera región del lóbulo frontal en formarse y se desarrolla durante los dos primeros años de vida. Es dependiente de la experiencia de sintonización y adecuación con los cuidadores (Siegel, 2010). El CPFom es el centro ejecutivo de las redes neuronales desarrolladas por los vínculos de apego y desempeña un papel importante en la regulación corporal y el equilibrio emocional. Analiza información social altamente procesada y determina las valoraciones emocionales y la dirección motivacional de los procesos de acercamiento o evitación (Cozolino, 2006; Fossati, 2012; Wagner, Demos & Heatherton, 2012).
- **Córtex Temporal:** Su función es integrar información sensorial, emocional y comportamental proveniente de los sentidos y del estado interno y también contribuye a ofrecernos una experiencia visceral y emocional sobre lo que el otro está viviendo, para lo que dispone de numerosas neuronas espejo (Cozolino, 2010).
- **Hemisferio derecho:** El crecimiento del hemisferio derecho en los primeros 18 meses es mayor que el que se produce en el hemisferio izquierdo, cuya maduración se inicia a partir de la mitad del segundo año. Por ello, el hemisferio derecho es el sustrato neuronal del aprendizaje social y emocional temprano (Cozolino, 2006; Shore, 2001). La predominancia del hemisferio derecho respecto del izquierdo como base para los esquemas de apego viene dado por estar más conectado con las regiones subcorticales y por tener muchas más conexiones horizontales, es decir, entre neuronas de una misma capa cortical (Shore, 2001). En el hemisferio izquierdo hay más conexiones verticales, es decir, conexiones entre neuronas de diferentes capas situadas en una misma columna, de forma que la información se elabora en columnas bastante independientes unas de las otras, lo que facilita un procesamiento más concreto y lineal (Siegel, 2015). Las funciones más importantes del hemisferio derecho son la regulación del afecto, la regulación del estrés, el esquema corporal, los procesos visoespaciales, la memoria autobiográfica, la emoción espontánea y la empatía no verbal. Sirve como centro del darse cuenta de uno mismo y de la propia identidad (Siegel, 2015).

**c) Vínculo terapéutico**

En su enfoque de la terapia centrada en la persona, Carl Rogers enfatizó que la creación de una relación auténtica, cálida, genuina y de aceptación incondicional maximizaba la oportunidad del sujeto de autodescubrirse. Consideró que en una relación de aceptación y cuidado, la persona tiene menos vergüenza y menos necesidad de defenderse, aumentando su capacidad de exploración y de expresión de la vivencia íntima de la persona. La psicoterapia es un apoyo para el crecimiento, para adquirir mayor autonomía e integridad y para una mejor autorregulación organísmica, de forma que la persona esté en mejor disposición para enfrentar las demandas del entorno (Carl Rogers, 1951/1981; 1961/2000).

Las actitudes que corresponden a la propuesta de relación terapéutica de Carl Rogers (calidez, aceptación, autenticidad, relación de respeto persona a persona) coinciden justamente con las actitudes que corresponden a un apego seguro. El vínculo en la psicoterapia actúa de forma similar al vínculo de apego, sólo que en un momento madurativo diferente. Y las neurociencias muestran que este entorno relacional es el entorno óptimo para el desarrollo del cerebro y la mejora de su autorregulación (Cozolino, 2006, 2010).

**d) Efectos a nivel neuronal de la comunicación sincrónica**

Según Cozolino (2006) los principales mecanismos vitales implicados en la trasposición de las experiencias de apego con los cuidadores en la estructura bioquímica del cerebro son los siguientes:

1. Construcción de redes neuronales en centros del cerebro como CPF, amígdala, CCA e ínsula, lo cual estimula la maduración estructural del CPF orbitomedial y la creación de redes neuronales integradoras, en los dos ejes arriba-abajo y derecha-izquierda.
2. Organización de redes de regulación del estado de alerta y de las emociones interpersonales.
3. Estimulación del crecimiento de receptores de glucocorticoides en la amígdala, hipocampo y otros componentes del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), por lo que se disminuye la experiencia de estrés (Cozolino, 2006).

Según Siegel (2015), el vínculo empático promovido por Rogers, al igual que las relaciones sociales tempranas, estimula cambios bioquímicos en el cerebro que tienen los siguientes efectos:

- Facilitar el desarrollo de fibras prefrontales integradoras y otras redes, que son fuente de fortaleza emocional y facilitar la integración neural, coordinando conexiones sinápticas que abarcan todo el cuerpo para formar un todo funcional.
- Aumentar la secreción de neurotransmisores que generan un estado de bienestar y energía.
- Aumentar la capacidad de autorregulación y de regulación del estrés.

- Aumentar la capacidad de establecer relaciones empáticas con los demás (Siegel, 2015).

Por ello, las investigaciones muestran este aspecto como un factor transversal asociado con buenos resultados terapéuticos. Esta condición parece necesaria para un desarrollo psicológico y neurológico óptimos. Vamos a desarrollar estos puntos con detalle.

**1. Facilitar el desarrollo de fibras prefrontales integradoras y la integración neural**: Es el efecto más importante de la experiencia de un apego óptimo: la creación de fibras descendentes desde el córtex prefrontal, sobre todo en el CPF orbitomedial hacia la amígdala y otras estructuras límbicas. Así pues, experiencias como el contacto visual amable o sentir el contacto cálido sobre la piel provocan una cascada de neurotransmisores en el cerebro que estimulan el crecimiento de sus redes de conexión. Estas conexiones son las que permitirán al sujeto disponer de capacidad para gestionar sus estados emocionales y por ello son fuente de fortaleza emocional. La creación de estas redes se produce en cada experiencia de apego (Siegel, 2010).

**2. Aumentar la secreción de neurotransmisores que generan un estado de bienestar y energía**. Esto viene dado por los efectos de los principales neurotransmisores segregados en una experiencia de vínculo de apego seguro. La **dopamina** activa los sistemas dopaminérgicos y permite relacionar la experiencia óptima de apego con una experiencia de placer. De esta forma se genera una importante motivación hacia las interacciones sociales. La secreción de dopamina se produce en el *ventral striatum*. Desde allí, se proyecta a la amígdala y de allí al tálamo. Del tálamo asciende al CCA y al CPFom, el cual, a su vez, envía proyecciones al *ventral striatum* para regular su secreción. La **oxitocina** sólo se encuentra en los mamíferos y se segrega cuando hay un contacto corporal agradable. Activa el comportamiento maternal, contribuye en el proceso de lactancia y en la creación de los sentimientos de filiación. También aumenta la confianza en los otros, favorece las interacciones sociales y la creación de vínculos, facilita emociones positivas e inhibe la irritabilidad (Delgado, 2008). Las **endorfinas** son opioides endógenos que producen una sensación nuclear de seguridad, contribuyen a generar un estado de bienestar y alegría y reducen la sensación de dolor (Cozolino, 2010).

**3. Aumentar la capacidad de autorregulación y de regulación del estrés:** Los estudios muestran la relación entre la calidad de las experiencias de apego y la capacidad para regular el eje HHA, responsable de la respuesta al estrés. Una relación de vínculo de apego seguro aporta una base de seguridad y aprecio y da la oportunidad de aprender a generar respuestas adaptativas (Cozolino, 2006). En concreto, la oxitocina tiene muchos receptores en la amígdala a través de los cuales se influye en la activación del eje HHA y produce una mejora de la respuesta frente a los estresores, de forma que disminuye la reactividad de respuesta del eje HHA y aumenta la capacidad de inhibir este eje para regresar a un estado de reposo. También las endorfinas contribuyen a disminuir el impacto del estrés. Al actuar en

los numerosos receptores opioides del núcleo central de la amígdala, las endorfinas contribuyen a la inhibición de la amígdala generando una sensación de seguridad y calma (Sandi, Venero & Cordero, 2001). Esto explica por qué el apoyo social ayuda a disminuir la respuesta de estrés.

Alegra saber que el valor positivo de un vínculo de apego sano se mantiene intacto en todos nosotros, incluso cuando se han sufrido situaciones de rechazo, invasión, abandono o agresión. Esto quiere decir que existe la posibilidad de adaptación a un apego seguro a lo largo de toda la vida (Davidson, 2000; Cozolino 2006; Siegel, 2010), como por ejemplo el que puede darse en el vínculo terapéutico.

**Darse cuenta en el aquí y ahora**

La pregunta ¿Qué estás sintiendo? ¿qué está presente en ti en este momento? es una pregunta que invita a focalizar en el aquí y ahora, es decir, a poner la atención en la experiencia del momento presente dejando en suspense las reacciones automáticas y permitir que emerja la experiencia subjetiva interna manifestada por sensaciones corporales, emociones, imágenes… Sólo después la persona podrá poner palabras a lo experimentado. **¿Cuál es el correlato neuronal de esta actividad psíquica?**

Prestar atención deliberada a la experiencia en el momento presente implica una activación neuronal de la cual vamos a destacar algunos aspectos específicos.

**a) Dirigir la atención a las señales de la ínsula, CCA y CPFom.** Focalizar la atención en el estado interno del cuerpo supone dirigir la atención a las señales provenientes de la ínsula, del CCA y del CPFom. Un estudio con neuroimagen muestra como la ínsula y el CCA, así como el córtex somatosensorial se activan cuando la persona pone la atención en los procesos somáticos internos (Critchley, 2009). La ínsula y el CCA organizan el sentido del cuerpo. La ínsula emite información sobre nuestras emociones y sobre nuestro estado corporal y el CCA integra emoción y cognición. Ambos integran la información sensorial con otras informaciones proporcionando el fluctuante estado afectivo y la experiencia emocional del sujeto y nos permiten ser conscientes de lo que pasa en nuestro cuerpo y generar su reflejo emocional (Amodio & Frith, 2006; Cozolino, 2010; Medford & Critchley, 2010). Estas estructuras modulan la experiencia somática interna y son las que se activan cuando en la sesión de psicoterapia se promueve el darse cuenta consciente de la experiencia en el aquí y ahora (Medford y Critchley, 2010; Cozolino, 2010).

**b) Atención mayor a capas corticales que captan las sensaciones y menor actividad de la percepción arraigada.** La corteza cerebral está organizada en columnas corticales de cuerpos celulares dispuestos en vertical que permiten que la memoria modele la percepción. Para poder procesar una mayor cantidad de información por unidad de tiempo, en ellas se almacena información obtenida de la experiencia que modula la información sensorial entrante. Y esto sucede de la siguiente forma. Entre las 6 capas de la neocorteza, se organizan fibras de entrada

y de salida de información que crean un flujo de información bidireccional en el interior de la propia columna. Así pues, cuando recibimos una sensación, ejemplo, ver una flor, los datos visuales llegan a las capas 6 y 5, y van ascendiendo hacia las capas superiores. Simultáneamente las capas 1 y 2 envían información hacia las capas inferiores, de forma que en las capas 3 y 4 se produce una colisión entre los dos flujos de información. Esta información que viene de las capas 1 y 2 proviene de experiencias previas, y transmite el sesgo de nuestras expectativas. Estas conexiones se han establecido a lo largo de la evolución, mediante el aprendizaje dependiente de la experiencia, y permiten valorar rápidamente, economizar la atención y procesar de forma eficiente (Siegel, 2015).

Sin embargo, este mismo aprendizaje oprime la experiencia sensorial al modificarla con experiencia previa y establecer filtros que delimitan lo que percibimos. Dicho de otra forma, estados cerebrales arraigados pueden alterar las activaciones emergentes de los circuitos neurales y, por lo tanto, disminuir la influencia de la experiencia sensorial. Esta influencia de los estados arraigados se da en todas las áreas de nuestra experiencia. Si estos filtros automáticos son demasiado dominantes, pueden impedir que sintamos lo que vivimos en cada momento, es decir, que nos sintamos vivos. Interesa escapar a estos automatismos, al cautiverio que representan (Siegel, 2015) ya que impiden una experiencia natural, directa armónica y abierta a la experiencia.

**c) Disminuir la actividad predominante en el hemisferio izquierdo.** Asimismo, focalizar la atención en el aquí y ahora implica bloquear el flujo de pensamientos que son producidos de forma automática y que reclaman una atención para sí mismos. Esto produce distracción de la vivencia y dificulta el estar presentes.

Este flujo de pensamientos se genera sobre todo en el hemisferio izquierdo, y generalmente está destinado a analizar, predecir, controlar y valorar. Por ello, a nivel neuronal, uno de los efectos al poner la atención en la experiencia en el aquí y ahora es la invalidación o rescisión de las señales provenientes de este hemisferio. De esta forma lo que se hace presente es el estado emocional, la vivencia subjetiva, a menudo particular y no explicable por razones. Si la persona desactiva el flujo de pensamiento y se centra en las sensaciones, puede observar la sutileza de los procesos, y aumenta su capacidad de darse cuenta de emociones, sensaciones, percepciones, imágenes y expectativas que van emergiendo en la experiencia de invalidar el flujo de pensamientos (Siegel, 2015).

**d) Aumentar la actividad en el hemisferio derecho.** En los dos primeros años de vida, el desarrollo de las capacidades sensoriomotoras, emocionales y relacionales sucede junto el desarrollo del hemisferio derecho. El sentido del cuerpo en el espacio y el sentido de uno mismo vinculado al cuerpo se empieza a formar en estructuras como el tálamo, el cerebelo, la ínsula, el córtex cingulado y el córtex parietal. Con ellas se conectan las estructuras del córtex prefrontal, sobre todo las del hemisferio derecho, sustrato de los esquemas de apego, de la regulación emocional y del esquema corporal (Shore, 2001).

**Eliminación intencionada de juicios y de reacciones**

En el contexto de la psicoterapia, las consignas ¨No juzgues lo que observes", "Mantente en contacto con lo que surge sin juzgarlo" o "Pon atención a lo que surge sin juzgar", acompañan al darse cuenta de la experiencia en el aquí y ahora. Se evita que la persona llegue a bloquear el proceso de darse cuenta si éste le lleva a experimentar algo que considera incorrecto o inadecuado.

**a) ¿Cómo funcionan los juicios?**

Los juicios son ideas preconcebidas que pueden impedirnos elegir libremente cómo vivir la experiencia presente. Se trata de un proceso secundario "arriba-abajo" que incluye pensamientos corticales superiores ("arriba"), destacando *los debería de.. tendría que..*, *la idea de quién soy, de cómo soy,...* y sensaciones y reacciones corporales y emocionales automáticas ("abajo"). Funcionan como redes de modulación de diversos sistemas, afectando la atención, la memoria de trabajo y la planificación. Los juicios determinan las pautas de activación en los procesos de incorporación y coordinación de percepciones y datos nuevos, es decir, modelan, restringen y pueden anular la entrada de información actual.

Cuando la mente se aferra a ideas preconcebidas da lugar a una tensión interna entre lo que es y lo que debería ser. Y esto genera malestar. Así pues, en el momento en que la pauta es la de no juzgar, se produce una mayor apertura hacia todos los sentidos, hacia el mundo somático y hacia el propio mundo mental. Es una forma de estar en contacto con el *self* auténtico, que Cozolino define como la parte de nuestro cuerpo que está abierta a sentimientos, experiencias e intimidad (Cozolino, 2006).

**b) Efectos de poner atención para prescindir de los juicios**

Para poder abandonar los juicios, se deben desactivar los bucles que refuerzan el procesamiento arriba-abajo. Cuando se produce una respuesta emocional frente a un estímulo externo o interno, la amígdala genera una primera valoración, definiendo el nivel de activación y el sentido de la valoración. Seguidamente, el CCA y el CFO añaden información altamente procesada y modulan esta respuesta. Se produce una nueva estimación, que es procesada de nuevo por circuitos relacionados con las ideas preconcebidas sobre lo que está bien, sobre quién y cómo soy con la intención de optimizar la capacidad de adaptación a las necesidades y expectativas del entorno social. Es decir, cuando el sujeto dirige la atención hacia lo que sucede en uno mismo, suelen activarse múltiples ideas preconcebidas que automáticamente juzgan, filtran y modulan lo que siente. Estas son las valoraciones que se desactivan cuando se pone la intención en no juzgar.

Asimismo, al disolver la naturaleza automática de los procesos de enjuiciar, éstos pasan de ser transparentes a ser actividades mentales observables y perceptibles, por lo que uno puede liberarse de su influencia esclavizadora. Al poner la intención en no hacer juicios, podemos observar los juicios que a pesar de todo

surgen: "¡Cómo soy capaz de..!", "¡No está bien que sienta esto¡". Ello implicará el debilitamiento de estos procesos y el fortalecimiento de las conexiones que conforman la consciencia sobre el estado experiencial actual.

> Si aspiramos a liberarnos de "los deberías" y de las creencias erróneas automáticas que dominan nuestras vidas, lo que nos queda es entrenarnos en reforzar las vías de atención más profundas, yendo más allá de los pensamientos y juicios que despierta (Siegel, 2015, p. 151).

Hacer una observación de la experiencia sin realizar juicios permite aumentar el sentido de uno mismo y la capacidad de darse cuenta del diálogo interno con uno mismo, disminuir la necesidad de ocultar o aparentar y la influencia de ideas preconcebidas (Siegel, 2015), así como conectar con la autenticidad y la riqueza de la experiencia directa.

**Experimentar en el aquí y ahora**

Una propuesta propia de la psicoterapia humanista es la de experimentar en el aquí y ahora la situación que está pendiente de resolver. Una forma genérica de formular esta propuesta podría ser: "Trae al presente esta situación. Déjate sentir lo que viene y date permiso para expresar lo que necesites" o bien "¿Cómo es esto que estás sintiendo ahora? ¿Dónde lo sientes en tu cuerpo? ¿Sientes ganas de realizar algún movimiento ahora mismo?".

Muchas de las dificultades y malestares de un sujeto derivan de experiencias de apego subóptimas que se quedan grabadas en redes de memoria implícita, no consciente. Estas experiencias ponen a prueba la capacidad de adaptación del cerebro. Además de generar sensaciones de ser insuficiente, o inaceptable, o malo, estas situaciones conducen a la creación de estrategias defensivas psicológicas para adaptarse a ellas. Como describió Karen Horney (1937/1993), estas estrategias se van a mantener de forma rígida y fuera de la capacidad de gestión del sujeto. Cuando una situación actual activa estas memorias, el sujeto reaccionará con ellas sin poder gestionarlas. El mantenimiento de patrones de repetición y de defensas psicológicas que fueron adaptativos en el pasado, son en la actualidad el motivo de una interrupción del contacto con la realidad en el momento actual y de una dificultad para el desarrollo de todas las capacidades del sujeto (Cozolino, 2010; Horney, 1937/1993), impidiendo la frescura de la percepción global de la presencia en cada situación cotidiana.

La realización de un "experimento" implica evocar la situación a elaborar y las emociones que surgen, activar el estado interno desagradable que produce y dejar en suspense las reacciones automáticas y rígidas que sirven para huir de la experiencia. Justo desde esta toma de contacto con la experiencia en el aquí y ahora emerge una nueva respuesta, primero en forma de expresiones, gestos, miradas, sonidos, y posteriormente, en forma de una narración que permite la integración de la experiencia. Para que esto pueda suceder, la exposición a la experiencia necesita realizarse dentro del marco del vínculo terapéutico seguro. Se trata de trabajar en

equilibrio entre el reto y el apoyo. La presencia del terapeuta permite al sujeto desarrollar una observación curiosa, una actitud de respeto y confianza hacia sí mismo y unas expectativas positivas (Cozolino, 2010). El terapeuta acompaña al paciente en la autoobservación, en la regulación de las emociones, en la generación de una nueva respuesta y en la integración de la experiencia. La regulación interactiva proporciona las condiciones para que el paciente pueda conectar de manera segura con su experiencia interna y proceder a integrarla (Badenoch & Cox, 2010; Van der Kolk, 2006).

**a) Correlato neuronal de una vivencia de estrés controlable.**

La situación del experimento en la sesión de psicoterapia implica un nivel alto de activación puesto que supone un reto para el sujeto por lo que implica una experiencia de estrés controlable, que se desarrolla en dos fases.

**Fase inicial:** En ella, se libera acetilcolina, adrenalina y noradrenalina. La **liberación de acetilcolina** en los núcleos basales aumenta la excitabilidad cerebral en general. La **liberación de adrenalina** afecta prácticamente a todas las regiones del cerebro, córtex, hipotálamo, cerebelo, tronco cerebral. Al producir una mayor conducción de la sangre, permite un mayor suministro de glucosa y de intercambio energético en las neuronas, lo que incrementa la plasticidad neuronal y la neurogénesis, generando una condición óptima para el aprendizaje (Grawe, 2007). Además, el incremento de la presencia de adrenalina activa la capacidad del hipocampo de registrar y codificar lo que sucede, memorizando los procesos activos en este momento. También aumenta el suministro de energía a los órganos, preparando el cuerpo para llevar a cabo la respuesta seleccionada (Sandi *et al*., 2001). **La liberación de noradrenalina** se produce en el *locus coeruleus* y desde allí se envía a la amígdala, hipocampo, hipotálamo y tálamo además de varias regiones de la corteza cerebral. La noradrenalina está implicada en procesos de atención y vigilancia. También aumenta la eficacia en la adquisición de información (Sandi, Venero & Cordero, 2001). De esta forma, el individuo está en un estado de alerta en el cerebro y su percepción y procesamiento neuronal son máximos.

**Fase 2:** En esta fase hay una energetización inespecífica que se realiza mediante el sistema endocrino a través del eje HHA, con la liberación de glucocorticoides que llegan a numerosos órganos del cuerpo (Grawe, 2007). En el cerebro, los glucocorticoides participan en los procesos de aprendizaje al regular la síntesis de proteínas que es necesaria para el crecimiento de las dendritas y patrones de conectividad neural y en la neurogénesis (Sandi *et al*, 2001).

Cuando el sujeto identifica el patrón de respuesta adecuada para la situación, la energía que está disponible se utiliza para activar los circuitos específicos que van a ejecutar esta respuesta y, al mismo tiempo, el hipocampo, amígdala y corteza prefrontal envían señales para desactivar el eje HHA y volver de forma natural a la situación de reposo (Grawe, 2007). Recordemos que los efectos perjudiciales del estrés para el organismo suceden cuando se mantiene una alta concentración de

glucocorticoides por un tiempo prolongado, es decir, cuando no se logra desactivar el eje HHA (Sandi *et al*, 2001).

**b) Efectos: Aumento de la plasticidad neuronal y consolidación de aprendizajes**

Los mecanismos de respuesta de la fase de alarma permiten generar unas condiciones óptimas para el aprendizaje: La noradrenalina y la adrenalina mejoran la neuroplasticidad, es decir, la retención en la memoria. Las conexiones neuronales activadas en el proceso de hacer frente a la demanda quedan bien establecidas, es decir, estos nuevos circuitos de respuesta quedan fuertemente registrados y constituyen el correlato neuronal del correspondiente aprendizaje. Asi se consolida el nuevo repertorio de respuestas frente a la situación. El entorno neuroquímico que se crea es el más favorable para la plasticidad y la integración de redes neuronales (Cozolino, 2006; Grawe, 2007). Además, en esta experiencia se produce una sensación de control: el sujeto tiene la impresión de disponer de un nivel muy alto de competencia y de energía. Las experiencias repetidas de estrés moderado ayudan a mejorar la regulación de la respuesta al estrés, aumentando la capacidad de control y la complejidad de los retos a la par con el desarrollo de capacidades (Cozolino, 2006; Grawe, 2007).

**Verbalización de la experiencia**

Se trata de observar y nombrar la propia experiencia, es decir, de poner palabras a la experiencia vivida. Puede facilitarse a través de consignas como: "Date tiempo para poner palabras a lo que está presente" o bien, "Si quieres, puedes compartir la experiencia que has vivido".

En el proceso de poner palabras a la experiencia, el sujeto necesita elaborar su vivencia subjetiva, lo que implica obtener una percepción profunda de sus sensaciones, emociones, imágenes y pensamientos y buscar las palabras y frases que mejor las transmitan. Puesto que necesita tiempo para ir procesando, el sujeto habla más lento, su tono es más íntimo y se encuentra en un estado de apertura, de baja defensividad y de seguridad. Cozolino (2006) lo denomina el lenguaje de autorreflexión.

**¿Cuáles son los correlatos neuronales de la verbalización?**

**a) Integración vertical y horizontal.** La verbalización implica la activación de estructuras subcorticales, como la ínsula, la amígdala, y de estructuras corticales, sobre todo del CPF, por lo que facilita una integración vertical, arriba-abajo. Este tipo de integración se realiza también en las consignas anteriores (Cozolino, 2010). La integración horizontal, izquierda-derecha se produce por activar los dos hemisferios: el hemisferio derecho, que emite información sobre el estado corporal y emocional, y el hemisferio izquierdo, responsable del procesamiento del lenguaje y del análisis. Las áreas del lenguaje, situadas en el hemisferio izquierdo, se desarrollan a mediados del segundo año de vida. En ellas se integran los elementos

interpersonales y prosódicos de las interacciones tempranas registradas predominantemente en el hemisferio derecho (Shore, 2001). Cuando las palabras empiezan a unirse formando frases, mejora el sentido del tiempo y emerge una memoria autobiográfica (Cozolino, 2010).

**b) Integración del CPFom y CPFdl .** El córtex prefrontal se divide en dos áreas, el CPF orbitomedial y CPF dorsolateral. A pesar de que están físicamente colindantes, estas dos áreas presentan diferencias en sus arquitecturas neuronales y bioquímicas, en las estructuras con las que se conectan y en sus funciones (Crafa, 2015; Wagner, Demos & Heathertorn, 2012). El CPF orbitomedial es el primero en desarrollarse, se asienta sobre el sistema límbico y tiene muchas conexiones con estructuras subcorticales relacionadas con procesos de aprendizaje, memoria y emoción como el CCA y la amígdala, entre otras. Es fundamental en la regulación del afecto y del apego y está implicado en los procesos autoreferenciales y en la representación del *self* (Fosatti, 2012). El CPF dorsolateral se desarrolla más a partir del segundo año, junto con el desarrollo del lenguaje y la exploración del mundo físico y conceptual. Gestiona procesos más cognitivos y tiene una mayor conexión con el hipocampo (Amodio & Frith, 2006; Cozolino, 2010). A pesar de las diferentes funciones, ambas áreas funcionan interrelacionadas, de forma que el pensamiento abstracto y la resolución de problemas son dependientes de una regulación emocional adecuada, que a su vez, requiere un pensamiento racional. La verbalización de la experiencia implica la activación simultánea de ambas áreas: el CPF orbitomedial procesa la información emocional y autoreferencial, mientras que el CPF dorsolateral la conceptualiza y procesa verbalmente (Cozolino, 2010).

**c) Sistema límbico y lenguaje:** El lenguaje dentro de las relaciones significativas va dando forma al cerebro durante toda la vida. Las narrativas que surgen en una relación emocional significativa como la psicoterapia son capaces de crear y remodelar redes neuronales (Cozolino, 2006, 2010). La verbalización en la psicoterapia sirve para expandir la consciencia del sujeto, lo cual le concede más libertad en la forma de responder a las situaciones del entorno. Cuando los procesos se vinculan con la conciencia son más manipulables estratégica e intencionalmente, y el resultado de su procesamiento puede ser adaptativamente modificado (Siegel, 2010). La conciencia favorece reflexiones relativas al pasado y al futuro, lo que supone un ir más allá del momento en que vivimos. También somos sensibles a la motivación generada por la conciencia de nuestras emociones, lo que a su vez facilita unos logros más estratégicamente focalizados sólo posibles con la implicación de la conciencia (Cozolino, 2006; Siegel, 2010).

> La conciencia de uno mismo es un fenómeno relativamente nuevo en la historia evolutiva. La psicoterapia aumenta la integración neural a través de desafíos que expanden nuestra experiencia y perspectiva sobre nosotros mismos y el mundo. El desafío o la expansión de la conciencia es ir más allá del reflejo, el miedo y los prejuicios a una consciencia plena y compasión por nosotros mismos y por los demás. Comprender la promesa y las

limitaciones de nuestro cerebro es sólo un paso esencial en la evolución de la conciencia humana (Cozolino, 2010, p. 357).

**Conclusiones**

Las nuevas aportaciones de las neurociencias sobre el cerebro y su plasticidad ofrecen una perspectiva complementaria de los procesos promovidos a través de la psicoterapia y muestran que la capacidad del cerebro para cambiar, es decir la neuroplasticidad, es alta en entornos en los que se combina una relación interpersonal de sintonía y apoyo y un nivel moderado de estrés para entrar en contacto con memorias no integradas de forma experiencial (Badenoch & Cox, 2010).

El objetivo de la psicoterapia es remodelar el cerebro: *rebuilding the brain,* incluyendo los siguientes objetivos:

- Aumentar la consciencia de la vivencia presente
- Aumentar las interconexiones neuronales y la integración de redes neuronales. Por tanto, integrar las redes neuronales aisladas, no adaptativas y rígidamente activadas.
- Incrementar la integración de señales corporales y emocionales junto con las cognitivas y competenciales, localizadas en otras redes, por tanto facilitando una vivencia auténtica e integrada de la experiencia.
- Aumentar la mayor capacidad de regulación de los procesos internos, a partir de su comprensión.
- Mejorar la empatía y amabilidad con uno mismo, disminuyendo el juicio, la crítica excesiva o la infraconsideración hacia uno mismo y aumentando la comprensión de los propios procesos (Cozolino, 2010).

En concreto, la psicoterapia promueve la capacidad para liberarse de procesos reflejos y automáticos y la capacidad de aumentar el margen de elección en nuestras respuestas, proporcionando un aumento de libertad real también en la regulación no sólo de los comportamientos, sino de los estados emocionales. Asimismo se pretende la promoción de la salud integral, basándose en la motivación básica del beneficio de uno mismo y de las personas con las que nos relacionamos.

Para concluir, destacamos el interés que tiene para los psicoterapeutas el conocer las aportaciones de las neurociencias. Desde una perspectiva complementaria, éstas informan sobre la actividad del cerebro en la sesión de psicoterapia y sobre los procesos neuronales que se promueven en ella, lo que contribuye a un buen hacer psicoterapéutico (Badenoch & Cox, 2010; Grawe, 2007). Como afirma Karl Deisseroth (cit. en Amiguet, 2016), neurólogo y psiquiatra: "El bisturí más preciso en el cerebro humano sigue siendo la palabra"

## Referencias bibliográficas


Amiguet, L. (2016, Julio 14). Deisseroth, K. Sin emoción no hay memoria. *La Vanguardia,* p. 56.

Amodio, D.M. y Frith, C.D. (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews, 7,* 268-277.

Badenoch, B. y Cox, P. (2010). Integrating Interpersonal Neurobiology with Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 60*(4), 462-481.

Berne, E. (1964/2009). *Juegos en los que participamos*. Barcelona, España: RBA libros.

Bolwby, J. (1989). *Una base segura, Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidos.

Cozolino, L. (2006). *Neuroscience of human relationschips. Attachment and the developing social brain.* Londres, Reino Unido: Norton.

Cozolino, L. (2010). *Neuroscience of psycotherapy. Building and rebuilding the social brain.* Londres, Reino Unido: Norton.

Crafa, D. (2015). Neural Correlates of Social Development. *International Encyclopedia of the Social y Behavioral Sciences, 16,* 600-605. http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.23206-6

Critchley, H. (2009). Psychophysiology of neural, cognitive and affective integration: fMRI and autonomic indicants. *International Journal of Psychophysiology, 73,* 88–94.

Davidson, R.J. (2000). Affective style, psychopathology and resilience. Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist, 55,* 1196-1214.

Delgado, M. (2008). Fool Me Once, Shame on You; Fool Me Twice, Shame on Oxytocin. *Neuron 58,* 370-471.

Ernst, J., Böker, H., Hättenschwiler, J., Schüpbach, D., Northoff, G., Seifritz, E. y Grimm, S. (2014). The association of interoceptive awareness and alexithymia with neurotransmitter concentrations in insula and anterior cingulate. *SCAN 9,* 857- 863. Doi:10.1093/scan/nst058.

Fossati, P. (2012). Neural correlates of emotion processing: From emotional to social brain. *European Neuropsychopharmacology, 22*, 487–491.

Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy. How the neuroscience inform effective psychotherapy.* Nueva York: Psychology Press.

Horney, K. (1937/1993). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo.* Barcelona, España: Editorial Paidós

Lowen, A. (1958/2009). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona, España: Herder.

Medford, N. y Critchley, H. (2010) Conjoint activity of anterior insular and anterior cingulate cortex: awareness and response. *Brain Structure and Function, 214*, 535–549. Doi 10.1007/s00429-010-0265-x.

Perls, F. (1969/2002). *Sueños y existencia. Gestalt Therapy Verbatim*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.

Rogers, C. (1951/1981). *Psicoterapia centrada en el cliente. Práctica, implicaciones y teoría.* Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Rogers, C. (1961/2000). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica.* Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Sandi, C., Venero, C y Cordero, M.I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona, España: Ariel.

Shore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22,* 7-66.

Siegel, D. (2010). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Siegel, D. (2015). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona, España: Paidós.

Van der Kolk, (2006). Clinical implications of neuroscience research in PSPD. *New York Academy of Sciences, 1071*, 277-293.

Wagner, D., Demos, K. y Heatherton, T. (2012). Staying in Control: The Neural Basis of Self-Regulation and Its Failure. En Decety, J. y Cacioppo, J. *The Oxford Handbook of Social Neuroscience*, Online Publication. Doi: 10.1093/oxfordhb/ 9780195342161. 013.0024.

# CÓMO CULTIVAR VALORES ÉTICOS A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DEL YOGA

## YOGA AS A MEAN TO CULTIVATE ETHICAL VALUES

**Christine C. Boucard**
Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Boucard, C.C. (2017). Cómo Cultivar Valores Éticos a través de la Práctica del Yoga. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 143-154.

### Resumen

*Desde su nacimiento, el movimiento de la psicología humanista estuvo atento y receptivo a la integración de aportaciones orientales, las cuales han contribuido a enriquecer los procesos psicoterapéuticos y de crecimiento personal. Por otra parte, también mostró explícitamente su apertura a la reflexión y cultivo de los valores éticos y la espiritualidad (v. declaración del Congreso Europeo de Ginebra, 1981). En este trabajo, se muestra cómo una práctica de yoga puede convertirse en una herramienta para conectar con los valores éticos, los cuales nos incitan a relacionarnos con el mundo de una manera más profunda. Se expone aquí una secuencia de yoga creada por la autora (Boucard, 2015). La secuencia está especialmente diseñada para conectar a través de posturas, respiración y meditaciones con los valores éticos desde la Psicología, en la elaboración recogida por Ramón Rosal (2003; 2012) y Rosal y Gimeno-Bayón (2011). La posibilidad de combinar la práctica oriental del yoga con el cultivo de los valores éticos definidos bajo contexto occidental demuestra que ambos enfoques comparten el mismo objetivo: ser conciente de hacer parte del mundo y de la responsabilidad que se deriva de ello.*

Palabras clave*: yoga, valores éticos, crecimiento personal, budismo tibetano.*

### Abstract

*The Humanistic Psychology movement has been from the beginning attentive and receptive to integrate eastern approaches that have contributed to enrich the psychotherapeutic and personal growth processes. Moreover, it has explicitly been opened to considering and cultivating ethical values and spirituality (Declaration at the European Congress in Geneva, 1981). Here, we demonstrate how a yoga practice can be a powerful tool to deeply connect with our ethical values, and therefore give us the opportunity to live more connected to our deep self and the world. In this paper, we present a yoga sequence (Boucard, 2015) designed to connect with the ethical values from the psychological perspective as introduced by Ramón Rosal (2003; 2012 and Rosal y Gimeno-Bayón (2011) using postures, breathing and meditations. The possibility to combine the eastern practice of yoga with the cultivation of western ethical values shows that both approaches have the same objective: to become aware of the fact that we are part of the world as well as the sense of responsibility that derives from it.*

Keywords: *yoga, ethical values, personal growth, tibetan buddhism.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 17 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: c.c.boucard@gmail.com
Dirección postal: Prinzregentenstr. 72 – 81675 Munich (Deutschland)

© 2017 Revista de Psicoterapia

La mayoría de los observadores de la marcha de la sociedad está de acuerdo con que ha habido una reciente explosión de escuelas de yoga en occidente. Como consecuencia, no parece osado decir que ha aparecido una nueva rama del yoga: el yoga occidental, basado principalmente en ejercicios físicos orientados a alcanzar beneficios corporales (Singleton, 2010).

Sin embargo, la práctica del yoga en otras culturas, como la india o la budista (tibetana), mucho más antiguas que el movimiento que se está experimentando en occidente, se basan en algo más sutil que el cuerpo físico. Tomando como base esta idea, se ha creado la práctica que se presenta aquí, centrada en cultivar valores éticos.

La práctica aquí descrita nace de dos fuentes, una oriental y otra occidental: por una parte, el libro tibetano del yoga (Roach, 2004) y por otra, el trabajo sobre valores éticos de Ramón Rosal (Rosal, 2012).

No se ha querido excluir en el artículo el lenguaje intuitivo, metafórico y colorista propio de la cultura oriental, sustituyéndolo por términos occidentales. Precisamente la visión sintética y holista del ser humano en el que las dimensiones cognitiva, afectiva, corporal y ética constituyen un todo, son más asequibles a este tipo de lenguaje. Eso sí, exigen del lector una cierta complicidad para ir más allá de la precisión analítica y aceptar fiarse de su intuición en la comprensión de los términos. Significa ello una cierta renuncia a pretender traducir punto por punto al lenguaje científico-académico desarrollado en occidente términos que parten de un mapa conceptual diferente y que no tendrían equivalente específico, salvo que se forzara el sentido que tienen en su propio contexto. A cambio de esa renuncia, obtendremos la ventaja de gustarlos tal como se ofrecen en la práctica, también en occidente, y que no impide su aceptación generalizada.

## El Yoga Tibetano del Corazón

En las escrituras que describen el arte del yoga tibetano, se presentan ejercicios de respiración y posturas corporales específicas que llevan al practicante a estados de conciencia que permiten conectar más profundamente consigo mismo (Gunther, 1999; Wangyal, 2002; Pill, 2003; Roach, 2004; Norbu, 2008; Harding, 2010).

En el yoga tibetano del corazón que presenta Roach (2004), se trabaja desde dentro, a través de los pensamientos, y desde fuera, con la respiración, postura, ejercicios físicos y actitudes o ética.

Se trata de un sistema único basado en el linaje que el maestro yogi Naropa empezó alrededor del año 1100 AD (Gunther, 1999). Este tipo de yoga es practicado por yogis y yoginis en retiro en las cuevas del Himalaya. Es una práctica para la que sólo los que alcanzan un cierto nivel en el estudio de las escrituras y la práctica meditativa obtienen el permiso de un maestro para acceder a su aprendizaje.

Sin embargo, la práctica se ha adaptado para los “ciudadanos de a pie” occidentales, teniendo en cuenta la manera en que se vive en occidente, así como las actitudes y creencias occidentales.

Durante la sesión, se siguen las seis Perfecciones (*Paramittas*) –virtudes o requisitos para una vida plena– de la filosofía budista. Estas consisten en: Generosidad, Moralidad, Paciencia, Esfuerzo con Placer, Quietud y Sabiduría. El objetivo no es el estirar el cuerpo para sentirse bien físicamente. El objetivo es cultivar las seis Perfecciones ayudándose de poses, respiración y actitud mental.

Por razones culturales, las enseñanzas budistas no son siempre comprendidas en su totalidad por el mundo occidental. De allí nació la idea de utilizar valores éticos occidentales en lugar de las seis Perfecciones.

**El principio de la cebolla en el yoga tibetano**

El yoga tibetano del corazón se basa en cinco niveles, y para describirlo se utiliza como metáfora la estructura de una cebolla.

La capa más externa de la "cebolla" representa el cuerpo físico y, por lo tanto, los ejercicios físicos, las poses.

En la segunda capa, está lo que proporciona al cuerpo físico la energía necesaria para poder funcionar de manera sana: la alimentación, el dormir, etc… Y, según la filosofía del yoga tibetano, la fuente de energía más importante es la respiración. Es indispensable ser consciente de la respiración mientras se ejecutan las poses.

En el tercer nivel, se sitúan los llamados "aires internos" (*lung* en Tibetano), que circulan por todo el cuerpo a través de los canales internos. Éstos constituyen el cuerpo sutil. En el yoga, se trabaja con el cuerpo sutil. Para comprender este nivel, hay que pensar que, así como la fisiología y medicina occidentales se han organizado en torno a la consideración del sistema nervioso como coordinador de las diferentes estructuras que regulan las actividades del sujeto, la fisiología y medicina orientales se han organizado en torno a la consideración del sistema energético, del que da buena cuenta la acupuntura china. La energía vital (aires internos), relacionada con la conciencia y la mente, transcurre por sus propios canales (canales internos), distintos a los que gobiernan el flujo sanguíneo, linfático, etc.

Debido a que todos los niveles de la cebolla están relacionados, cuando el sujeto se concentra en armonizar el flujo de la energía vital en los canales internos sutiles, la respiración y la salud física se armonizan también.

En el cuarto nivel se encuentran los pensamientos. "Los pensamientos cabalgan sobre los aires internos como un jinete sobre su caballo". (del tibetano: "*Lung Sem Jukpa Chikpa*"). Los pensamientos y los aires internos están profundamente conectados.

La conexión mente-cuerpo desde el yoga tibetano se explica de la siguiente manera: Cuando aparece una fuerte emoción o pensamiento negativo, los aires internos se agitan dentro de los canales. A causa de la interconexión entre los aires internos y nuestra respiración, se respira más deprisa, de manera descontrolada y poco profunda. A consecuencia de ello, las células del cuerpo van a dejar de recibir el alimento que necesitan y se producirán dolores físicos.

Asimismo, al practicar las posturas de yoga, se estira y contrae el cuerpo físico, la respiración se hace más profunda y regular, por lo que los aires internos se equilibran y los pensamientos se armonizan.

De la misma manera, cuando creamos pensamientos positivos y tranquilos, los aires internos fluyen armoniosamente, la respiración se vuelve libre y sosegada, las células del cuerpo reciben alimento de manera sana y la persona se siente bien.

En el quinto nivel, se encuentra lo que influye los pensamientos y las experiencias. Se compara la mente a un campo en el que las acciones (positivas o negativas) que se realizan plantan semillas que germinarán y producirán su fruto (bueno o malo) en el futuro. En la filosofía budista, se dice que la causa de que cada uno tenga una percepción y experiencia particular del mundo reside en las diferentes "semillas" sembradas en las mentes de cada persona cada vez que se tiene una experiencia. Estas semillas moldean nuestra percepción del mundo, creándolo en nuestro interior.

Así, el objetivo principal de la práctica del yoga tibetano es "plantar semillas" de virtud en las mentes para crear un mundo donde los seres sean felices y libres. El yoga se convierte, pues, en una herramienta para activar constructos con la finalidad de beneficiar al mundo entero.

**El principio de la cebolla y la ética**

La pregunta principal que uno se hace cuando es libre de decidir por sí mismo es: "¿Qué tipo de vida quiero vivir?". En otras palabras, el sujeto se está preguntando: "Cuando me relaciono con el mundo, ¿de qué manera quiero que mis actos y actitudes influyan en los demás?".

Estas preguntas vienen a formar parte del repertorio de la persona cuando se experimenta sensibilidad respecto a los valores éticos.

> Supuesta la capacidad de captar intuitivamente un valor determinado, no constituye el privilegio de unos pocos el poder apropiárselo como hábito y como actitud personal, como virtud –como habían supuesto filósofos anteriores a Aristóteles–, sino que todo ser humano puede llegar a practicarla, tras el debido aprendizaje. Entonces es cuando se da el crecimiento personal profundo (Rosal, 2012, p. 320).

La respuesta se encaminaría entonces hacia algo parecido a: "Quiero vivir mi vida de forma ética, con la intención de que mis actos y mi actitud, aporten algo bueno al mundo".

Volviendo a la analogía de la cebolla, es la quinta capa la que se está enfocando con esta actitud. Hay que recordar que las capas de la cebolla están interrelacionadas. Combinando ejercicio físico, respiración, y enfoque mental hacia la actitud que se necesita realzar, la persona se entrena en la práctica ética.

Esta práctica va más allá de la experiencia individual, de tal modo que define cómo relacionarse con el mundo. En el fondo, siguiendo el "principio de la cebolla" y el concepto de las semillas mentales, se está practicando para el mundo.

## La Práctica

En la secuencia que se presenta aquí, en lugar de trabajar con las Perfecciones, tal como se hace en la práctica original, se trabaja con los valores éticos que más se acercan a cada Perfección. Los valores éticos en los que se basa este trabajo, forman parte de los que Ramón Rosal explora en sus trabajos sobre ética (Rosal, 2003; 2012; Rosal y Gimeno-Bayón, 2011). Los que aquí se van a contemplar son: Grandeza de Alma (Magnanimidad), Cordialidad y Respeto al Otro, Serenidad, Actitud Agradecida, Escucha Interior y Armonía Intrapersonal.

Los valores éticos son actitudes globales, que implican una dimensión afectiva, cognitiva, motivacional... y corporal. En tanto en cuanto los afectos tienen su correlato somático ("afectan" al *soma*), cada valor tiene su correlato en la postura corporal, que en tanto es un resultado espontáneo de la vivencia de una actitud, suele tener una expresión similar en las distintas culturas. Por ejemplo: el fenomenólogo Lersch asocia el respeto al gesto de inclinarse ante el otro, ya que "el ser respetado aparece como una fuente objetiva de valores en cuya órbita se halla el que lo respeta" (Lersch, 1962, p. 222). Ese mismo gesto –común en los saludos de nuestra cultura hasta mediados del siglo pasado– lo encontramos en otras culturas con igual significado (baste recordar la abundancia de inclinaciones en la cultura japonesa). Por ello, se puede propiciar la profundización en los valores éticos mediante la práctica de una experiencia global, que aúna los diferentes niveles de la personalidad, utilizando para darles potencia las posturas corporales y la actividad imaginaria.

Primero, a través de una breve meditación, se practica la concentración en uno de los valores éticos. Luego, tal como está descrito en el libro tibetano del yoga, ayudándose de la respiración, se entra en la pose física para que los canales internos del cuerpo sutil tomen la forma adecuada para que la energía vital pueda fluir sin obstáculos. Al mismo tiempo, se conecta con el valor ético y se visualiza cómo es vivido en la vida cotidiana. Se repite el proceso con cada uno de los valores.

### Grandeza de Alma (Magnanimidad)

Rosal describe la magnanimidad ("alma grande") en la siguiente forma:

> Podemos proponer, como hipótesis, que lo que entendemos por "grandeza de alma", consiste en una actitud ética propia de la persona que ante la relevancia que en su vida tienen algunas aspiraciones en la línea de las metamotivaciones según Maslow, o de las tendencias transitivas, según Lersch, se implica con profundidad en el correspondiente proyecto existencial relacionado con tales aspiraciones, aún en el caso de que ello le exija descuidar, al menos temporalmente, la atención de alguna necesidad básica, es decir, de alguna de las tendencias que Lersch denomina "de la vitalidad" o del "yo individual" (Rosal, 2003, p. 117).

La Grandeza de Alma en la práctica del yoga se puede manifestar a través de Saludos al Sol. Los Saludos al Sol son un conjunto de posturas que se van alternando y siguiendo con la respiración. Las posturas abren y cierran el cuerpo; se inhala

cuando el cuerpo se abre, se exhala cuando éste se cierra.

Es importante concentrarse en la Grandeza de Alma mientras se hacen los Saludos al Sol y visualizarse haciendo actos generosos. Uno puede también recordar un acto suyo de mezquindad (por ejemplo) y verse actuando diversamente al mismo tiempo que se concentra en las posturas y en la respiración.

Muchas prácticas de yoga empiezan con el Saludo al Sol ya que ayuda a calentar el cuerpo.

A nivel de la mente, empezar con la Grandeza de Alma ayuda a abrirse a la práctica y convertirla en algo importante, desde el principio. Es un recordatorio de que para qué se está practicando: para crear un mundo feliz. Es una práctica generosa, no sólo para beneficiarse a uno mismo, sino todo el mundo.

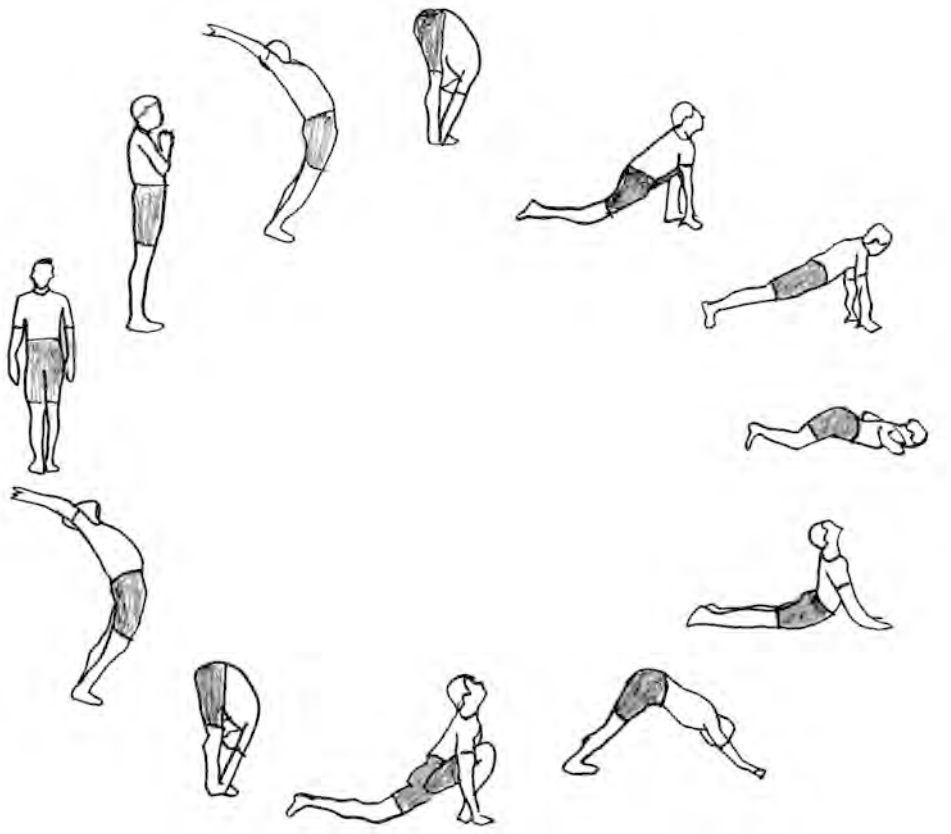

***Figura 1***
**Ejemplo de *Surya Namaskar* (Saludo al Sol).**

**Cordialidad y Respeto al otro**

El fenomenólogo Philip Lersch se refiere a la cordialidad en estos términos:

> Así pues, este concepto alcanza más allá de las emociones de la convivencia humana y comprende la esfera de los sentimientos en los que esencialmente se percibe una valoración de seres, hombres y cosas y una religación con ellos, un recíproco pertenecerse. En este sentido, ser cordial es hacer resonar e iluminar el mundo que nos rodea, dejarlo llegar directamente a la propia intimidad como un horizonte del yo que tiene en sí su sentido y su valor de los que nuestra propia existencia recibe plenitud y sentido (Lersch, 1971, p. 244s.).

Por su parte, Rosal señala que:

> Aquel que cultiva la actitud del respeto a toda persona humana se caracteriza por integrar en su estilo de vida:
>
> a) En cuanto a los procesos cognitivos; el reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, y la convicción de que, aún en los casos de elevado deterioro físico, psicológico o ético, nunca falta la presencia de un potencial humano valioso con posibilidad de desarrollarse, o tal vez ya realmente presente en parte.
>
> b) En cuanto a los procesos afectivos, el sentimiento de responsabilidad que conducirá a cierto temor ante la posibilidad de poder constituir un obstáculo a la fidelidad del otro a sí mismo, y la vivencia de la alegría cuando su modo de relacionarse implique una ayuda para que el otro viva satisfactoriamente su proyecto vital.
>
> c) En cuanto a las motivaciones, la tendencia a proteger cuidadosamente la máxima libertad del otro, en cuanto a su forma de pensar, sentir y actuar, a la vez que una autenticidad profunda en la comunicación con él, sabiendo ser sinceros al expresarle lo que nos agrada especialmente de él como también lo que nos disgusta (Rosal, 2012, p. 121).

Las actitudes de Cordialidad y Respeto al otro requieren que uno entienda la relación con el otro como un medio a través del cual puede contribuir a su felicidad, a su crecimiento personal. Una pregunta que deriva de esta experiencia es: "¿Cómo puedo comportarme de manera que mi conducta no repercuta negativamente en mi entorno, al contrario, ésta realce le felicidad de todos los seres?"

Durante la práctica, uno puede verse en una situación muy simple, como estar en la cola de un supermercado y, en vez de mostrar una expresión facial de disgusto por tener prisa, ser consciente de que una sonrisa puede cambiar la energía del ambiente. Quizás incluso el dejar pasar a la persona de detrás podría ser un gesto para intentar aliviar su sufrimiento, al mismo tiempo que hacerle llegar la idea de que hay gente cordial en el mundo. Para el que practica, el gesto le llevaría a sentirse bien por haber contribuido a la felicidad de otra(s) persona(s).

En el yoga tibetano, una de las Perfecciones que se trabajan es la Moralidad (también referida como Cordialidad). Ésta está asociada a posturas que implican

una inclinación hacia adelante. Aquí se puede practicar, por ejemplo, la postura de *Paschimottanasana*, al mismo tiempo que el practicante respira y se concentra en la actitud de Cordialidad y Respeto al otro, visualizando, si es necesario, un episodio en el que se ve poniendo en acción la actitud.

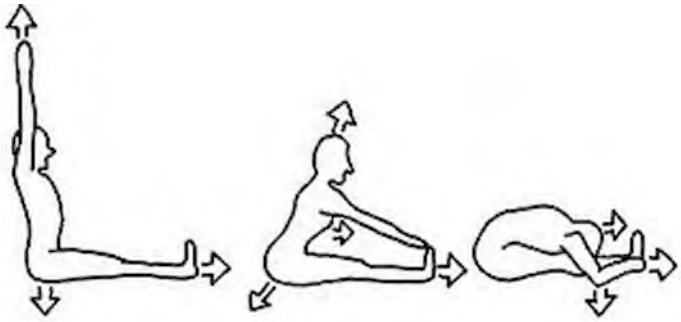

***Figura 2***
**Ejemplo: *Paschimottanasana* (estiramiento intenso de la parte posterior del cuerpo).**

## Serenidad

La Serenidad comporta tener confianza en que las semillas que se plantan darán el fruto esperado. Por otra parte, también implica el cultivar la calma en toda situación, guardar la tranquilidad ante todo.

Advierte Rosal que

> Para que la serenidad –o, si se prefiere, la paz interior, o la actitud de sosiego interior– merezca ser calificada como virtud ética y, por lo tanto, como actitud humanizadora, y no como mero estado de ánimo, es importante subrayar el siguiente requisito: tiene que ser capaz de mantenerla la persona no sólo cuando las experiencias personales y del propio entorno social se desenvuelven sin problemas, sino también cuando la persona se encuentra implicada en situaciones conflictivas y de crisis o incluso fracasos existenciales. Y, a la vez, requiere que la persona no reprima o inhiba una fina receptividad sensorial y de inteligencia emocional ante la realidad dolorosa y frustrante que le alcanza a ella misma o a otros seres humanos cuya felicidad le importa

***Figura 3***
**Ejemplo: *Ardha Matsyendrasana* (media torsión sentada)**

(Rosal, 2012, p. 26).

La virtud de la Paciencia tendría mucho que ver con la Serenidad, ya que refleja un estado de Paz.

En la práctica del yoga tibetano, se trabaja con la Paciencia a través de torsiones de la columna vertebral, especialmente a nivel torácico.

En la práctica descrita aquí, la persona que practica se concentrará en el lugar que ocupa la Serenidad en su vida del día a día y, usando la respiración, entrará en la torsión. Con cada inhalación, conectará con la idea de Serenidad, y cada exhalación la llevará a visualizar el alcance de la Serenidad en cualquier situación difícil que esté viviendo en el presente.

**Actitud agradecida**

Como señala Rosal:

> Esta actitud implica: a) desde la capacidad cognitiva, la predisposición a prestar especial atención para percibir los regalos de la vida, los dones recibidos de otras personas, pero también las experiencias gratificantes que nos ha ofrecido el destino, debido a las circunstancias históricas, geográficas, sociológicas, económicas, políticas y espirituales en las que ha transcurrido nuestra existencia; b) desde la capacidad afectiva, una energía suscitadora de alegría, valoración del donante, y a veces admiración; y c) desde las motivaciones, la tendencia a la expresión verbal y no verbal del sentimiento de agradecimiento no sólo como una conducta momentánea y convencional, sino como una predisposición a fortalecer el propio vínculo afectivo con el donante, a corresponderle de alguna forma práctica, y a decidir mantener el recuerdo agradecido de lo recibido (Rosal, 2012, p. 105).

El ver lo que ocurre dentro y fuera de cada uno como algo que no merece ser reconocido o, al contrario, como algo que merece cierto agradecimiento es algo que cada persona decide. Todo depende de las percepciones de cada uno. Sin embargo, la actitud de apertura y conexión con lo que ocurre es algo que se puede cultivar.

En la práctica del yoga tibetano, se cultiva el Esfuerzo con Placer a través de posturas donde uno se dobla hacia atrás.

***Figura 4***
**Ejemplo: *Dhanurasana* (postura del arco).**

En esta postura, el practican-

te se dobla hacia atrás al mismo tiempo que abre la zona del pecho. Una sensación de alegría y contento le invade y despeja su negatividad. La postura requiere un cierto grado de esfuerzo, pero es vivida con placer, con conciencia de que lleva a algo beneficioso. Esto conduce a un sentimiento de agradecimiento. Es el momento de recordar la propia actitud hacia la vida y valorar sus regalos de forma consciente.

**Escucha interior**

Aquí se entiende por escucha interior una

> Actitud de atención profunda y apertura receptiva a las fuentes de inspiración y motivación provenientes del exterior, portadoras de sabiduría, bondad o belleza y, asimismo, atención profunda y apertura receptiva a la resonancia emocional y cognitiva que percibimos en nuestro interior (Rosal, 2012, p. 64).

Momentos de recogimiento, de silencio, son momentos necesarios para conectar con lo que ocurre en nuestro interior. Es entonces que se da la Atención Plena, el vehículo que nos lleva a experimentar las cualidades de lo verdadero en el mundo.

En la práctica del yoga tibetano, se cultiva la Quietud a través de poses que involucran la inversión del cuerpo. Este tipo de poses calma la mente, detiene el incesante y tumultuoso discurso de los pensamientos, de las palabras sin sentido, de la ilusión egocéntrica.

La persona, hacia el final de la sesión de yoga, tomará una pose donde el corazón se encuentre por encima de la cabeza. En ella, sentirá calma por naturaleza. Relajará el cuerpo y la mente le seguirá automáticamente. La respiración se hará más lenta. La persona se dará cuenta de los beneficios de los momentos de Quietud, cuando uno se da permiso para conectar con uno mismo y practicar la Escucha Interior.

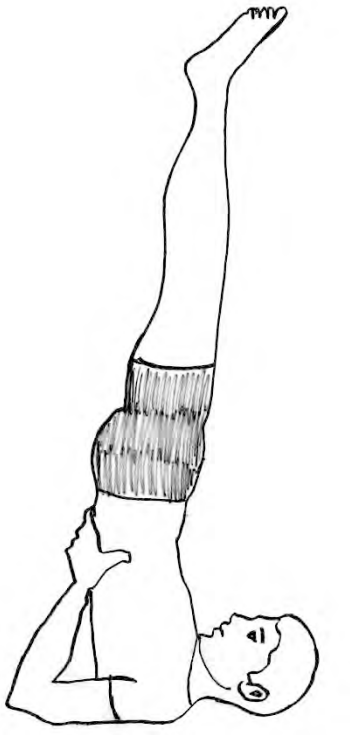

***Figura 5***
**Ejemplo: *Sarvangasana* (postura de la vela).**

**Armonía Intrapersonal**

Es al final de una sesión de yoga, cuando se incorporan los beneficios de la práctica. Es entonces cuando, en una postura completamente relajada, como es *Shavasana* (postura del cadáver), uno deja que el cuerpo absorba los beneficios físicos y mentales. Tras la práctica con movimiento o acción, es un momento de

quietud, donde se crea un espacio a través del cual conectamos con nuestro yo armonizado, equilibrado. Entramos en un estado de equilibrio, de Armonía Interna que crece a medida que el cuerpo se relaja y desaparecen las sensaciones corporales de naturaleza dualista: no hay bueno o malo, simplemente somos.

En la práctica del yoga tibetano, la última parte de la sesión está dedicada a la Sabiduría. Es cuando el cuerpo está en completa relajación que uno puede conectar con la Sabiduría interna o Armonía Intrapersonal, que Rosal describe en la siguiente forma:

> Actitud que nos capacita para una vivencia de las distintas tendencias humanas (de la vitalidad, del yo individual y transitivas, según la clasificación de Philip Lersch) de forma armoniosa, es decir, evitando que el hiperdesarrollo de unas obstaculice o impida el desarrollo de otras –en especial de las transitivas– aunque se respete que, según el estilo de personalidad de cada individuo, se vivencien con mayor energía unas u otras Rosal, 2012, p. 203).

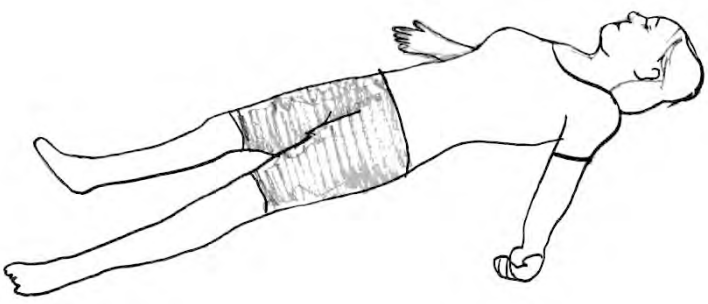

***Figura 6***
**Postura: *Shavasana* (postura del cadáver).**

## Conclusiones

La práctica del yoga no sólo se basa en ejercicios físicos, sino que es una práctica a través de la cual, se abre la mente con el objetivo de crecer.

La observación de los propios valores éticos es un elemento imprescindible para el crecimiento personal (Rosal, 2012).

Trabajar con los valores éticos mientras se practica yoga permite conectar más profundamente con ellos, haciendo más fácil el proceso de apropiárselos como hábitos y actitudes personales, y como virtudes.

Este tipo de práctica puede utilizarse en psicoterapia con el resultado de obtener conciencia y una conexión a un nivel más profundo con uno mismo y sus propios valores, abriendo posibilidades de crecimiento en cada momento de la experiencia.

Este texto no pretende en absoluto abarcar todos los detalles de esta práctica,

ni todas las posturas que una sesión completa requiere. Por ello, se recomienda a la persona interesada en conocer esta práctica con más profundidad, el ponerse en contacto con la autora.

## Referencias bibliográficas

Boucard, C.C. (2015, noviembre). *Cómo cultivar Valores Éticos a través de la práctica del Yoga.* I International Congress of Psychology and Humanistic Psychotherapies. Barcelona, España.

Gunther, H.V. (1999). *The Life and Teaching of Naropa.* Boston, MA: Shambhala Publications.

Harding, S. (2010). *Niguma, Lady of Illusion.* Ithaca, NY: Snow Lion.

Lersch, Ph. (1962). *La estructura de la personalidad.* (2ª ed.). Barcelona, España: Scientia (Traducción del original en alemán del mismo año).

Norbu, C.N. (2008). *Yantra Yoga. The Tibetan Yoga of Movement*. Ithaca, NY: Snow Lion.

Pill, J. M. (2003). Documental *Yogis of Tibet.* Jehm Films. Recuperado de: http://www.youtube.com/watch?v=dOk0tZHwCs4

Roach, M. (2004). *The Tibetan Book of Yoga.* New York: Random House.

Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una Ética desde la Psicología.* Bilbao, España: DDB.

- (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron.* Lleida, España: Milenio.

Rosal, R., y Gimeno-Bayón, A. (2011). *La búsqueda de la Autenticidad. Reflexión ético-psicológica.* Lleida, España: Milenio.

Singleton, M., (2010). *Yoga Body: The Origins of Modern Posture Practice.* New York: Oxford University Press.

Wangyal, T. (2002). *Healing with Form, Energy and Light. The Five Elements in Tibetan Shamanism, Tantra and Dzogchen.* Ithaca, NY: Snow Lion.

# EL TRABAJO CON LA ACTITUD ESPERANZADA, COMO ACTITUD ÉTICA, DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

## WORK WITH HOPEFUL ATTITUDE FROM INTEGRATIVE HUMANISTIC PSYCHOTHERAPY

**Miquel Francesc Oriol Guerrero**
Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista y Centro de Psicoterapia Integrador Cognitivo-Humanista, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Oriol Guerrero, M.F. (2017). El trabajo con la Actitud Esperanzada, como Actitud Ética, desde la Psicoterapia Integradora Humanista. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 155-174.

## Resumen

*La esperanza es reconocida como unos de los cuatro factores que contribuyen al cambio psicoterapéutico, y que es transversal a los diferentes enfoques de la psicoterapia. Asimismo, es indudable su importancia en el desarrollo ético de la personalidad. Sin embargo, no es abundante la literatura sobre la aplicación de intervenciones clínicas específicas para su tratamiento durante el proceso psicoterapéutico. En todo caso, existen aproximaciones desde enfoques cognitivos, en los que las dimensiones emocional y ética de la esperanza reciben una atención residual. Este artículo pretende mostrar algunas intervenciones desde el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista (PIH), modelo creado en los años 80 en el Instituto Erich Fromm de Barcelona por Gimeno-Bayón y Rosal (2016, 2017).*

Palabras clave: *Esperanza, ética, Psicoterapia Integradora Humanista, intervención*

## Abstract

*Hope is recognized as one of the four factors that contribute to psychotherapeutic change, and which is transversal to the different approaches of psychotherapy. Also, its importance in the ethical development of the personality is undoubted. However, the literature on the application of specific clinical interventions for its treatment during the psychotherapeutic process is not abundant. In any case, there are approximations from cognitive approaches, in which the emotional and ethical dimensions of hope receive residual attention. This article aims to show some interventions from the model of Humanistic Integrative Psychotherapy (PIH), a model created in the 80s at the Erich Fromm Institute in Barcelona by Gimeno-Bayón and Rosal (2016, 2017).*

Keywords: *Hope, ethics, Integrative Psychotherapy Humanist, intervention*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 17 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: miqoriol1@gmail.com
Dirección postal: C/Padilla,333;2-3. 08025. Barcelona. España

© 2017 Revista de Psicoterapia

## Introducción

A pesar de que la esperanza ha sido reconocida como uno de los cuatro factores implicados en el cambio terapéutico, independientemente del enfoque del proceso de la psicoterapia (Hubble, Duncan, &Miller, 1999), y que, en los últimos 30 años ha aumentado la literatura e investigación sobre la misma, pocos son los estudios sobre aplicaciones y/o intervenciones clínicas de la misma (Larsen, Edey & LeMay, 2007). Entre estos, encontramos los estudios derivados de la *Hope Theory* (Snyder, Rand & Sigmon, 2002) y (Cheavens, Feldman, Gum, Michael & Snyder, 2006) desde una conceptualización básicamente cognitiva de la esperanza. Así, el tratamiento se centra en: proponerse objetivos con sentido y realizables, desarrollar diferentes maneras de trabajar hacia esos objetivos *pathways thinking*, identificar fuentes de motivación o controlar las fuentes de desmotivación *agency thinking ,* monitorizar el proceso y , por último cambiar de metas/objetivos *goals* si es necesario. Desde esta teoría, las emociones negativas (desagradables) serían un producto de los pensamientos negativos ante las dificultades o fracasos en conseguir dichos objetivos (Snyder, 2005). Por otra parte, los estudios de Larsen y Stege (2010a, 2010b) se centraron en el uso implícito/explícito de la esperanza en las tres primeras sesiones de terapia y su impacto en el proceso. Entienden como uso implícito aquel que se hace sin nombrar a la esperanza: a un primer nivel de relación terapéutica, escuchando y sosteniendo el relato de desesperanza del cliente y señalando sus recursos después. Por otra parte, generando nuevas perspectivas del problema, a través de metáforas, reencuadre, compartiendo historias o con el uso de la externalización y/o el humor.

A nivel explícito se investigó el uso del término esperanza en sus dimensiones cognitivas, conductuales, emocionales, relacionales y temporales. Siempre a través del lenguaje, del discurso, de la conversación con el cliente.

No se han encontrado intervenciones desde lo psicocorporal o desde la fantasía, acercamientos propios del movimiento psicológico-humanista, ni tampoco ninguna mención a la dimensión ética de la esperanza.

Como puede observarse, la investigación sobre la aplicación de intervenciones para incrementar la esperanza se encuentra en su fase inicial. Este artículo pretende mostrar y describir una serie de intervenciones desde un modelo humanista, holístico e integrador: la Psicoterapia Integradora Humanista. No obstante, y cómo puede observarse en las diferencias entre los estudios señalados anteriormente, el campo que se propone explorar es muy amplio y requiere, por tanto, una primera ubicación y delimitación tanto del objeto de estudio, la esperanza, cómo de las teorías y modelos desde los que la exploramos. ¿ A qué se llama esperanza? ¿Cómo se justifica la esperanza cómo actitud ética? ¿Cómo operativizar dicho concepto? ¿Qué es la Psicoterapia Integradora Humanista? ¿Cómo se justifican las intervenciones desde dicho modelo psicoterapéutico? Preguntas pertinentes a las que se intentará responder en los siguientes apartados del artículo. Tras dichas justificaciones y marcos explicativos y descriptivos, se pasará de lo general a lo

particular, mostrando la descripción de algunas intervenciones realizadas, desde el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista, en un caso clínico.

**¿A qué se llamará esperanza en este estudio?**

Varias son las definiciones y acepciones del concepto esperanza: desde la de un estado de ánimo: "estado del ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos" (RAE, 2014), pasando por una acepción emocional: "Emoción compleja afín a la emoción de alegría*"* (Greenberg, 2000). Otros autores, han puesto el acento en lo cognitivo del concepto:

Un proceso cognitivo que cuenta con tres componentes:

a) establecimiento de objetivos.
b) capacidad para el desarrollo de diferentes vias (cognitivas) para alcanzar dichos objetivos.
c) habilidades para mantener la motivación en el proceso (Snyder, 1999, p. 258).

Todas ellas reflejan diferentes perspectivas del concepto. Sin embargo, la definición con la que este artículo guarda una mayor afinidad, por ser comprehensiva de las anteriores, es la de Rosal (2003). En este estudio se hablará de actitud esperanzada en el sentido que expresa el autor:

Una actitud esperanzada, como concepto psicológico social, que se manifiesta por:

A) un componente afectivo profundo de carácter gratificante y energetizador hacia la acción, un tipo de estado de ánimo alegre.
B) un componente cognitivo relacionado, que consiste en que "ciertas metas relevantes para que la propia vida tenga sentido…tienen un alto grado de probabilidad de ser alcanzadas, si uno coopera en ello.
C) un componente conductual de esta actitud como conducta activa, energetizada a partir de los dos componentes anteriores.
D) Este conjunto de pensamientos y sentimientos se apoyan en convicciones científicas, filosóficas o de fe.
E) Dichas convicciones no son "meras fantasías derivadas de deseos inconscientes. (Rosal, 2003, pp28s.).

**¿Cómo justificar la actitud esperanzada como actitud ética?**

Se enmarca este estudio en una ética naturalista no reduccionista desde una perspectiva integracionista (Rosal, 2003). Desde esta concepción ética, se entienden las actitudes humanizadoras como valores/virtudes, y por tanto, "éticamente positivas, no a partir de determinados estilos socio-culturales, sino a partir del conocimiento psicológico de tendencias del ser humano en proceso de autorrealización" (Rosal, 2003, p. 238). Es una ética pues antropológico-psicológica. Desde aquí, el cultivo y desarrollo de diferentes actitudes éticas contribuyen al crecimiento personal, buscando "una ética inmanente al ser humano maduro" (*Ibidem*), entre ellas la actitud esperanzada.

**El modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista**

Se trata de un Modelo de psicoterapia creado en el Instituto Erich Fromm de Barcelona por Rosal y Gimeno-Bayón en los años 80. Sus **principios metateóricos** principales son: epistemológicamente constructivista, entiende la realidad de forma sistémica, existencialista, considera a la persona como parcialmente libre y le da relevancia a su proyecto vital y al sentido que otorga a su vida. Asimismo, se interesa de forma primordial por los temas específicamente humanos. ¿Y qué es sino la esperanza? Dice Laín-Entralgo:

> La esperanza, más que una pasión es un *constitutivum* de la existencia humana, un modo de ser tan inherente al sentimiento de la vida, es decir, a la vida misma, como el pensamiento, el amor de sí mismo y el deseo del propio bien. Como el hombre no puede no pensar, de igual modo no puede no esperar (Laín-Entralgo, 1957, p.238).

Entre sus **principios teóricos**, sostiene la naturaleza psicodinámica de la psique, acepta la variabilidad en las motivaciones humanas, distinguiendo ente motivaciones y metamotivaciones y sitúa a los valores éticos como una parte importante en el núcleo de la personalidad. Dicha personalidad constituye "una estructura dinámica y relativamente estable…integradora de rasgos somáticos, cognitivos, emocionales, práxicos y existenciales, mediante la cual el individuo influye en su ambiente y se deja influir por él" (Gimeno-Bayón, 1996 pp.14s.). La personalidad resulta pues en una manera única de desplegarse para satisfacer necesidades.

Tomando como base el ciclo de satisfacción de necesidades de la Psicoterapia de la *Gestalt* y enriqueciéndolo, entre otras, en sus fases Valorativa y Decisional, plantean el siguiente modelo de fases del fluir vital :

***Figura 1.***
**Ciclo del fluir vital en la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón & Rosal, 2016).**

Desde este modelo, se entiende que, cualquier proceso humano, para poder ser considerado sano, debe ser fluido, entendiendo por fluidez el paso por estas fases del ciclo libre de bloqueos, dispersiones o distorsiones. Así, los diferentes problemas o trastornos psicopatológicos, serán considerados y diagnosticados como diferentes tipos de bloqueos, dispersiones o distorsiones en cualquiera de las fases que constituyen el ciclo del fluir vital. Se entiende también que dichos problemas afectarán a las fases sucesivas a aquellas donde estos se produzcan.

En lo que concierne a las actitudes éticas, a su vivencia y cultivo, como procesos naturalmente presentes en el ser humano y constituyentes del mismo, podrán desarrollarse y vivenciarse, siguiendo el ciclo anterior, de una manera fluida o armoniosa, o bien podrán darse bloqueos, dispersiones o distorsiones en este fluir que se conviertan en obstáculos para el bienestar psicológico y aún para la realización de un proyecto existencial libre y nutricio.

Por otra parte, siguiendo a Rosal, (2014):

> …previamente a la capacidad psicológica valorativa –para la captación de valores éticos– se encuentran implicados procesos sensoriales, emocionales y cognitivos…un funcionamiento sano de estos es un requisito para una vivencia satisfactoria de la captación de valores (Rosal, 2014, p. 4).

Como puede observarse en la figura 1, dichas capacidades sensoriales y cognitivo-emocionales corresponden a las 4 primeras fases del ciclo de satisfacción de necesidades.

El modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista, ha hallado y diagnosticado más de 103 problemas que pueden darse en las diferentes fases del ciclo (Gimeno-Bayón & Rosal, 2016), y nos ofrece, como veremos más adelante, diferentes intervenciones para cada uno de ellos.

## Descripción de un caso clínico: pasando de lo general a lo particular

### Presentación del caso

Hombre, 58 años. Soltero. Se dedica al comercio textil. Presencia física grande, voz profunda y grave. Discurso abierto y fluido. Colaborador y extravertido. Actitud depresiva. Cierta ansiedad. Se advierte cierta incomodidad por el estado en el que se encuentra, como si estuviera en un sitio que no le toca.

**Historia familiar. E**l cliente refiere un ambiente familiar con muchas comodidades materiales, pero con muchas dificultades emocionales. Convivían, en una masía familiar, sus padres, su abuela materna y él mismo, que es hijo único. Su padre presentaba una "personalidad segura" (Millon & Everly, 1994), empresario de éxito y muy dominante. Como el cliente dice, con ironía, era una personalidad "yo-yo". La madre, presentaba una personalidad de tipo dependiente, sumisa a los dictados del padre, y tanto ella como su abuela le sobreprotegían. Recuerda una infancia libre, jugando en el jardín, sin ninguna responsabilidad y, aunque refiere episodios de conflictividad familiar, sobre todo entre su abuela y su padre, él permanecía

alejado de ellos. En la adolescencia y posterior adultez joven, la relación con el padre se fue deteriorando. Éste esperaba que su hijo, "el heredero", se hiciera cargo del negocio familiar, y que lo hiciera a su manera, ¡claro! Tras unos años de convivencia laboral y personal tormentosa, aunque muy cómoda a nivel material, a los 30 años, decide independizarse y tomar su camino. Dicha decisión ahonda la brecha emocional y relacional con su padre: "estos años teníamos como una especie de pacto de no agresión, algo así como cada uno hace su vida y no nos molestamos". Posteriormente, la muerte de la madre afianzó dicho pacto tácito. La vida del cliente discurría, una vez cursados estudios empresariales y en un buen puesto de trabajo, de forma muy plácida. Desde siempre, las actividades hedonistas le habían resultado muy atractivas y placenteras. Puede decirse que, gran parte de su tiempo libre, lo ha dedicado y dedica a jugar, a lo lúdico. "Toda la vida he pensado que hemos venido a este mundo a pasarlo bien…" Cuenta con muchos amigos y amigas con los que juega a golf, explora la gastronomía… A nivel afectivo, recuerda dos relaciones afectivas importantes, y en las dos, en el momento de comprometerse, se deprimió, inexplicablemente para él, "sobre todo con la primera, era una chica excelente…pero no pude…la dejé". Una tercera relación, tras estas dos, la ha ido manteniendo durante los últimos 15 años, a un nivel de no compromiso.

Llegados a este punto, se dan dos situaciones, que además confluyen temporalmente, y que parecen amenazar su bienestar psicológico: por un lado, su padre, que cuenta ahora 85 años, atraviesa dificultades económicas, así como las propias de una salud que se deteriora y "rompe" el pacto tácito de estos años, solicitándole ayuda económica. Por otro, la relación afectiva que mantenía amenaza romperse, cuando la mujer decide irse al extranjero por periodo de un año, en parte cansada por la situación de *impasse* en que se encuentran.

El cliente se desborda emocionalmente y desarrolla sintomatología depresiva, con tristeza, ansiedad psíquico-somática, apatía, anergia, cogniciones negativas y trastornos del sueño.

Presenta mucha rabia hacia su padre, con estallidos frecuentes, seguidos de cierta culpa. Una inestabilidad emocional que no consigue resolver. Por otra parte, la ausencia de su pareja da como resultado un sentimiento de pena profundo, que lo sume en, como dice él, "una crisis vital". Tras medicarse con antidepresivos y ansiolíticos, decide acudir a consulta psicológica.

**Motivo de consulta.** Motivo principal: Trastorno adaptativo con síntomas depresivos. Dificultad de gestión emocional y posicionamiento respecto a una situación sobrevenida: hacerse cargo –tanto en lo económico como en lo relacional– de su padre (de 84 años) con el que mantiene una relación distante, desde hace años.

*Impasse* con una relación de muchos años con la que no acaba de comprometerse (problema secundario que se fue desvelando a lo largo del proceso terapéutico).

**Métodos diagnósticos.** El diagnóstico inicial (provisional, siempre sometido a revisión conforme transcurre el proceso), se basó en una entrevista semi-

estructurada de dos horas, en la cual se realizaron dos fantasías guiadas (a modo de test proyectivo) y se aplicaron dos cuestionarios. Las fantasías guiadas fueron las siguientes:

a) *Encuentro y conversación con la persona sabia*, (Stevens, 1976, pp.163s.). Se trata de un ejercicio de visualización mental proveniente de la Psicoterapia de la *Gestalt*. Su uso en este momento de la terapia permite sensibilizar al cliente para trabajos proyectivos, así como recabar información no consciente sobre sí mismo, su autopercepción y sus necesidades.

b) *Escribir un cuento de animales* (O'Hearne, 1977). Es un test proyectivo proveniente del Análisis Transaccional. Permite conocer el esquema relacional y de solución de problemas del cliente, así como algunos aspectos importantes de su proyecto vital no consciente, decidido prematuramente (el constructo "guión de la vida").

Durante la entrevista, se aplicaron dos cuestionarios objetivos: *Adult Hope Scale (HS)* (Snyder, et al. 1991) y la *Beck Hopelessness Scale* (*BHS*), (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). El resultado de estos cuestionarios fue el siguiente:

a) Escala de Esperanza de Snyder et al. (1991), (HS) : 11. Muy baja esperanza

b) Escala de desesperanza de Beck et al. (1974), (BHS): 18. Alta desesperanza.

**Diagnóstico triple complementario.** Es común, en la práctica clínica en el Instituto Erich Fromm, en el que se desarrolla una parte de la actividad como terapeuta del autor, presentar un diagnóstico triple, complementario: con DSM-IV-R ó DSM-V, un segundo desde el Análisis Transaccional y un tercero desde la Psicoterapia Integradora Humanista. Dado el objetivo de este artículo, me limitaré a describir el diagnóstico con el DSM-IV-R y desde la Psicoterapia Integradora Humanista, en las cinco primeras fases del ciclo, las pertinentes para el estudio que aquí se presenta. Asimismo, se muestran los resultados cuantitativos de los cuestionarios objetivos administrados, pre y post-tratamiento, simplemente a nivel informativo. El análisis cuantitativo de los mismos desborda el objetivo de este artículo. Puede verse dicho análisis como parte del estudio presentado en las III Jornadas de la APIH (Asociación de Psicoterapia Integradora Humanista, 2014), titulado "*La psicoterapia como constructora de esperanza: un estudio empírico".* (Oriol, 2014).

Según el DSMI-IV-R.

Eje I: F.43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28].

Eje II: Rasgos importantes de personalidad sociable (Millon & Everly, 1994)

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Conflicto relacional.

Eje V: EEAG 55.

*Análisis diagnóstico con Psicoterapia Integradora Humanista (PIH).*

Desde este modelo, la vivencia sana de cualquier virtud y/o potencial humano se corresponde con un buen fluir vital entre las diferentes fases que constituyen el ciclo de la experiencia humana.

El diagnóstico desde este modelo consiste, a nivel "macro" en el análisis del proyecto existencial y de los valores que lo sustentan. A nivel "micro", consiste en la evaluación e identificación de diferentes problemas observados en el fluir vital del cliente, tomado como un proceso de resolución de problemas o satisfacción de necesidades en relación con el conjunto del proyecto vital. Proceso en el que pueden darse bloqueos, dispersiones o distorsiones en cada una de las fases del ciclo. Gimeno-Bayón y Rosal (2016) describen cada uno de los problemas, observaciones para su identificación y procedimientos de intervención de probada eficacia clínica, de los diferentes modelos integrados en diferentes niveles de profundidad en el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista.

De forma holística, se puede observar un bloqueo en la vivencia de la actitud esperanzada ligada al síndrome depresivo del cliente. Y una distorsión de dicha actitud, a nivel más profundo, ligada al estilo de personalidad del cliente, hedonista, presentista, traducido en una vivencia de la actitud esperanzada de esta misma forma, "resbalando" por la superficie de la misma, (Rosal, 2003). Dice el cliente: "…yo, he ido haciendo…decidí, tengo que pasármelo bien, tú...".

Ahora, las circunstancias y el momento vital lo ponen delante de tener que "hacerse cargo", "responsabilizarse" de su posición en el mundo. No hay esperanza sólida porque no hay metas profundas, y las metas hedonistas se agotan en sí mismas. También porque existe miedo/desconfianza a no poder hacer frente a las que la vida le propone.

Así, dichos problemas holísticos en la vivencia sana de la actitud esperanzada, pueden operativizarse en diferentes bloqueos, distorsiones y dispersiones en cada una de las fases del Ciclo del Fluir Vital. Se procede a continuación a indicar la presencia de los diferentes problemas observados en las cinco primeras fases del Ciclo, junto con una breve descripción del mismo, acompañado de datos del cliente que permitan identificar dicho problema.

**Fase 1. Receptividad sensorial**

• Dispersión. Problema: *Dispersión externa: exceso de estímulos ambientales.*

Descripción: como su nombre indica es un problema ambiental, salvo como ocurre en este caso, que el cliente busque o cree este ambiente abigarrado de estímulos.

Identificación: El cliente mantiene un nivel de estimulación constante y positiva que permite pocos momentos de vacío"…me cuesta mucho estar en silencio…siempre me lleno de actividades los fines de semana…".

• Distorsión. Problema : *Prejuicio sensorial*

Descripción: la sensación aparece contaminada por un juicio previo que

puede distorsionar la información que llega a nuestros sentidos.

Identificación: Observamos este problema respecto a las sensaciones/emociones negativas. Presenta una vivencia perturbadora de dichas sensaciones/emociones, y desea eliminarlas sin pararse a entender su significado. Referido a una situación de conflicto paterno: "…no necesito pasar por aquí…, no quiero… , a mí no…, no he venido aquí a sufrir…".

**Fase 2. Filtración de sensaciones.**

En esta fase "se decide" (habitualmente en forma inconsciente) a qué clase de sensaciones dejaremos pasar en nuestro filtro perceptivo y, por tanto, a partir de cuáles de éstas seguiremos el ciclo.

• Bloqueo. Problema: *Falta de atención a elementos que aportan información relevante.*

Descripción: la persona bloquea el acceso a determinados tipo de sensaciones, que son negadas. Esto genera una falta de visión panorámica de la situación.

Identificación: se puede enlazar con los problemas de la fase anterior. Además se observa claramente en la percepción que el cliente tiene de su padre, que cuenta con 84 años. Parece que aquellos datos que dan fe de la vejez de su padre son despreciados, negados. Presenta mucha rabia contra él, como si estuviera delante de aquel padre joven.

**Fase 3-4 Identificación Cognitiva.**

• Distorsión

a) Problema**:** *Confusión dentro-fuera*

Descripción: Se refiere a la perturbación en los límites de contacto entre lo de dentro del sujeto y lo externo a él (Gimeno-Bayón & Rosal, 2016; Perls,1973). Puede referirse a la introyección, la proyección o la confluencia.

Identificación: Se puede observar un estilo proyector en el cliente" ¡Pero qué quiere ahora de mí! (refiriéndose a su padre)…es su problema no haber sabido planear su vejez…". Se desvincula de examinar su responsabilidad respecto a la situación que vive su padre anciano a través de proyectar culpa. Ocurre también así respecto a su pareja "…nunca la he engañado…, siempre ha sabido cómo soy…, ahora no sé qué quiere de mí…".

b) Problema: *Proyección de una situación del pasado*

Descripción: Si antes describíamos una confusión dentro-fuera, este problema se refiere a una confusión ayer-hoy. Cuando esto ocurre " hay una serie de estímulos similares a las de algunas situaciones que existieron en el pasado… que llevan a una idéntica interpretación" (Gimeno-Bayón & Rosal, 2016).

Identificación: siguiendo con el conflicto con su padre, dice el cliente: "…ya está como siempre, yo-yo… y a los demás ¿qué?...siempre tan egoísta…". Minusvalora el hecho de que, hoy, el "egoísmo" de su padre no es sino necesidad pura por una disminución acusada de sus capacidades motrices, visuales…y

económicas.

c) Problema: *Proyección de deseos o temores*

Descripción: Problema que refiere a un contacto con la realidad en forma distorsionada, en base a una deformación optimista de la misma, en el caso de la proyección de deseos, o una distorsión negativa o pesimista, en el caso de la proyección de temores. Este último supuesto es el que presenta el cliente.

Identificación: se observa desde la fase depresiva en que se encuentra: "…no sé qué hacer, no veo salida…, nunca me había sentido así…, no voy a poder con esto…".

**Fase 4-3 Identificación afectiva.**

• Bloqueo. Problema: *Emociones prohibidas*

Descripción: Se trata de la represión de la experiencia emocional en algún grado, bien de forma general (desconexión) en los casos más graves; o bien, en casos más leves, en la represión de alguna emoción concreta, o en la expresión o actuación de la misma.

Identificación: Se observa respecto a las emociones "negativas", concretamente respecto a la tristeza. A pesar de que ahora se muestre de forma patológica, la emoción de tristeza se encuentra ausente en la experiencia emocional habitual del cliente, fruto de su posición vital "…hemos venido a pasarlo bien… nunca me siento así… mis amigos están alucinando".

• Dispersión. Problema: *Conflicto entre distintas emociones*

Descripción: Presencia simultánea de dos emociones de valencia contraria que generan movimientos internos emocionales con diferente orientación, produciendo en muchas ocasiones una parálisis en el fluir vital.

Identificación: "…no sé qué hacer… siento mucha rabia hacia él (padre)…, pero después de discutir no me quedo bien…, estoy hecho un lío…". Como en fases posteriores pudo comprobarse, el cliente vivía un conflicto entre la rabia y la compasión, emoción ésta todavía no identificada de forma plena al inicio del proceso terapéutico.

• Distorsión.

a) Problema: *Falsa identificación por proyección en el presente de una situación pasada.*

Descripción: Sería la contrapartida emocional al problema de Proyección de una situación del pasado de la fase anterior, la de Identificación Cognitiva.

Identificación: El cliente vive las demandas del padre como un "abuso de su relación", respondiendo con una rabia intensa y, desde el punto de vista del terapeuta, desproporcionada.

b) Problema: *Descontrol emocional* (tristeza/ansiedad)

Descripción: Se caracteriza por la incapacidad de la persona de acceder a sus recursos para regular sus emociones.

Identificación: Se observa la tristeza patológica como parte de su síndrome

depresivo, así como de episodios puntuales de ansiedad nocturna y de accesos de rabia referidos por el cliente.

c) Problema: *Aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional*

Descripción: Se refiere al tipo de aprendizaje emocional que propició el ambiente familiar: desde fomentar la represión del mundo emocional parcial o totalmente, hasta el abandono o las deficiencias de educar en la vivencia y regulación del mismo.

Identificación: Observamos sobreprotección materna, con falta de límites, y represión paterna.

**Fase 5. Valoración.**

• Bloqueo. Problema: *Fobia al compromiso con valores.*

Descripción: La persona detiene el compromiso con valores en su fase inicial, a partir de una proyección negativa de las consecuencias de dicho compromiso.

Identificación: respecto a las relaciones afectivas "huy, huy, huy…, el compromiso me da miedo…, no sé…, es extraño…, no te lo sé explicar, pero necesito espacio…".

• Dispersión. Problema: *Dificultad en la jerarquización de valores.*

Descripción: en este problema la persona duda qué valores, dada una situación, son más importantes o básicos.

Identificación: siguiendo con la situación anterior, pasadas unas sesiones " no sé…, estoy bien con ella, la quiero…, ¿debería proponerle algo? (valor compartir)..., no sé…, ir a vivir juntos…, pero quiero seguir con mis partidas de golf de los domingos (valor libertad)…, no sé…".

• Distorsión. Problema: *Conciencia inmadura*

Descripción: este problema hace referencia al desfase que se produce entre el momento vital de la persona y su madurez ético-valorativa.

Identificación: el cliente se encuentra, siguiendo la clasificación de desarrollo moral de Kolhberg (1969), en el Nivel I o Preconvencional, Estadio 2: Moral individualista: " hemos venido a pasarlo bien tú…". O cuando se enfrenta a situaciones que generan emociones negativas "no quiero pasar por esto…, no debería pasar por esto…, yo nunca he engañado acerca de quién soy…, no es mi problema".

**Dinámica general del proceso**

La terapia se inició en Octubre de 2014 y está activa en este momento (45 sesiones), ahora con periodicidad quincenal, dado que el trabajo está focalizado en el crecimiento personal del cliente, una vez solucionada la demanda sintomatológica.

En las primeras sesiones se trabajó con escucha activa todo lo que rodeaba a su situación vital actual, y, a través de diferentes ejercicios experienciales con fantasía (referidos al inicio) invitamos al cliente a tomar contacto con esta forma de trabajo, ajena a él, dado el poder de las imágenes para soslayar las posibles

resistencias (Rosal, 2013) e ir desvelando diferentes aspectos de la personalidad del cliente. Esto mismo iba funcionando como una especie de desensibilización sistemática hacia sus emociones/sensaciones desagradables, que redundó en una forma de comunicación con él mismo progresivamente más profunda y significativa.

Tras estas primeras sesiones de diagnóstico y creación de un vínculo terapéutico seguro y respetuoso con el ritmo del cliente, el trabajo se focalizó en lo que se fue desvelando como el conflicto más doloroso para él en ese momento: la relación tormentosa con su padre. A través de diferentes procedimientos que se concretarán en el siguiente apartado (Tablas 2 y 3), se trabajó en la identificación emocional de los diferentes movimientos emocionales que se suscitaban en el cliente en esta relación, tratándolos como información, aunque en ocasiones contradictoria (rabia *versus* compasión), que daban fe de diferentes tendencias del cliente, las dos. Este descubrimiento dio una nueva perspectiva del problema al cliente, pues cualquier solución al dilema emocional no podía pasar por "eliminar" una parte del mismo, como él había ensayado en ocasiones con escaso éxito "…que se apañe él solo…" sino por la integración de ambas tendencias. Fue un trabajo complejo y con diferentes altibajos emocionales.

Progresivamente, el cliente pudo elaborar una nueva actitud, más integrada y egosintónica, hacia su padre "…no podré quererlo a rabiar…, pero lo voy a cuidar, voy a hacerme cargo de él respetando lo que siento…".

El trabajo en una progresiva identificación y profundización de su experiencia emocional le fue desvelando diferentes interrogantes sobre quién era él, sus valores, el sentido de su vida "…tengo la sensación que he perdido tanto el tiempo... evitando aquello que me molestaba…". No es extraño, ya que como apunta Gimeno-Bayón:

> El tratamiento de los valores afecta al subsistema emocional (nos emocionamos respecto a lo que consideramos valioso, a lo que nos importa, y por tanto es un valor para nosotros)…lo que hará que el detenimiento del desarrollo ético comporte detenimiento psicológico y a la inversa (Gimeno-Bayón, 2014, p. 67).

En este momento del proceso (sesión 20), la mejoría sintomatológica es evidente y permite centrarse en estos aspectos más profundos. Se utilizaron para ello trabajos con imágenes y fantasía, propios de la Psicoterapia Integradora Humanista, que se relacionarán en el apartado siguiente (Tabla 4). Fruto de este trabajo, el cliente contacta con aquello que le ha faltado en su proyecto vital y que quiere que forme parte del mismo en el futuro para llegar a ser un proyecto vital pleno para él. Como parte de este proyecto maduro lleno de sentido aparece su deseo de una relación afectiva profunda. Esto le lleva a dar un paso de compromiso con la relación con una mujer con la que lleva "saliendo" durante años como pasatiempo.

Se llega así al momento actual del proceso, en el que el foco está en cristalizar lo madurado y pasar, siguiendo a Kohlberg (1969), de una ética pre-convencional hedonista (estadio 2) a una ética madura que responda a la persona que desea ser,

más allá de limitaciones o decisiones antiguas de su etapa infantil que aún hoy arrastra, faltas de libertad.

**Procedimientos de intervención**

En este apartado se relacionarán, en las tablas que se muestran a continuación, los diferentes procedimientos de intervención para los distintos bloqueos,

distorsiones y dispersiones diagnosticadas en las tres fases del ciclo vital que presentaban un mayor número de problemas y en los que se centró el proceso psicoterapéutico . En negrita, se señalan aquellos problemas de cada fase que demostraron una mayor relevancia en la génesis y/o mantenimiento del malestar del cliente y, por tanto, con mayor relevancia también en la resolución del proceso.

Como podrá comprobarse, la mayoría de ellos son procedimientos con implicaciones de la imaginación y psicocorporales, procedimientos que han mostrado en la práctica clínica su eficacia para los problemas diagnosticados. Una vez relacionados, se procederá a mostrar la aplicación en sesión de aquellos que, según el informe de evaluación del proceso terapéutico del cliente, le resultaron de más ayuda. Se hacía siguiendo la metodología de acontecimientos de cambio intrasesión de Greenberg, Rice y Elliot (1996).

**Tabla 1**
***Fase 3-4 Identificación Cognitiva***

| ***Problemas diagnosticados*** | ***Intervención*** |
|---|---|
| DISTORSIÓN | |
| Introyección-Prejuicio | Eidetic Parent (Ashen, 1972 ). |
| **Proyección de una situación del pasado** | Trabajo en fantasía con visualización de dos pantallas: diferenciación pasado/ presente (Gimeno-Bayón & Rosal, 2016). |
| **Proyección de deseos o temores** | Trabajo en fantasía: enfrentamiento a los miedos y conexión con los recursos (Gimeno-Bayón & Rosal, 2017). |

**Tabla 2**
***Fase 3-4 Identificación Afectiva***

| ***Problemas diagnosticados*** | ***Intervención*** |
|---|---|
| BLOQUEOS | |
| **Emociones prohibidas** | Trabajo con fantasía e implicación corporal para la identificación y clarificación de las 4 emociones básicas (Moiso, 1983; Gimeno-Bayón, 1996). |
| DISPERSIÓN | |
| **Conflicto entre distintas emociones** | Diálogo gestáltico entre la Rabia y la Compasión (Levitsky & Perls, 1973). |
| DISTORSIÓN | |
| **Falsa identificación por proyección en el presente de una situación pasada** | Diálogo gestáltico con el padre de 40 años. Trabajos con fantasía con el padre actual (Levitsky & Perls, 1973, Greenberg, Rice & Elliot, 1996). |
| **Descontrol emocional** | Eye Movement Therapy (TMO Frieldberg, 2003) |
| **Aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional** | Trabajo con la dinámica del proceso emocional (Moiso, 1983; Gimeno-Bayón, 1996). |
| **Desplazamiento de la afectividad a otros niveles de la Personalidad** | Esculpiendo mis emociones (Gimeno-Bayón, 1985). |

**Tabla 3**
***Fase 5 Valoración***

| ***Problemas diagnosticados*** | ***Intervención*** |
|---|---|
| BLOQUEOS | |
| **Fobia al compromiso con valores** | Fantasía de la Obra de Teatro. Encuentro y diálogo con el Yo anciano (Berne, 1973; Gimeno-Bayón, 2012). |
| DISPERSIÓN | |
| **Dificultad en la jerarquización de valores** | Fantasía de la Obra de Teatro. Trabajo con el epitafio (Berne, 1974). |
| DISTORSIÓN | |
| **Conciencia inmadura (Kolhberg)** | Trabajo con fantasía sobre los criterios sobre lo Bueno y lo Malo (Gimeno-Bayón & Rosal, 2017) |

**Descripción de dos sesiones**

La descripición de las mismas se realiza utilizando la metodología descriptiva de Greenberg, et al. (1996) para los acontecimientos de cambio intrasesión.

**1.-Sesión novena: Diálogo gestáltico entre la Rabia y la Compasión.**

***Señal del cliente*:**

F. sufre una gran ambivalencia emocional respecto a su padre, y dicha ambivalencia lo bloquea y le genera mucho sufrimiento. Pasa de episodios de rabia explosiva, cuando percibe que su padre quiere "volver a dominar la situación como entonces…" a una pena y culpa más tarde, cuando recuerda la situación y se da cuenta de que su padre está muy mayor. No consigue salir de este bucle.

***Actuación del terapeuta*:**

El terapeuta le plantea un diálogo gestáltico en la silla vacia entre ambas emociones en conflicto. Con esto pretende, a través de un proceso de diferenciación física entre ambas emociones, "sentando" a cada una de ellas en un sitio diferente, fomentar el conocimiento entre ambas y favorecer su mutuo reconocimiento y posterior integración. Se indica al cliente que ocupe, alternativamente, ambos lugares, que se identifique con la emoción en la que se encuentra y que, desde ahí le explique a la otra emoción quién es, qué hace aquí, qué intención le mueve, cómo se siente respecto a ella… Se le invita a hacer lo propio desde la otra emoción y se favorece el diálogo entre ambas, trabajando el reconocimiento de que ambas forman parte del cliente y explorando aquello que aportan de positivo en su vivencia.

***Actuación del cliente (resumida):***

• *Desde la Rabia*:

Estoy aquí para que te des cuenta de que te sientes traicionado por tu padre…, teníais un acuerdo de no agresión… y ahora no tienes más remedio que hacerte cargo…es injusto que esto caiga sobre mí…, no hay derecho…, estoy aquí para protegerte y que no te tome el pelo…, además económicamente te quedas tocado, ¿y tus aficiones?..., no es justo.

• *Desde la Compasión*:

Date cuenta… cada vez tu padre es más dependiente… está muy mayor… estoy aquí para señalarte que debes tener esto en cuenta… realmente necesita tu ayuda… y para decirte que no es un opción para ti abandonarlo –el cliente se emociona– sería muy cruel y tú no lo eres… es así. Eres generoso en tu vida en general, así que….

• *Diálogo* : La Compasión a la Rabia:

tienes razón en muchas cosas de las que dices…, ¿pero de qué sirve?.., no me es útil…, si tú dominas yo no estoy bien…te necesito para que me muestres cuáles son mis límites con él, para no hacer lo que no quiera hacer…,pero que me dejes

hacer lo que espontáneamente me surja…

• *Responde la Rabia*:

Es razonable, me cuesta desde aquí, pero me doy cuenta de que no te voy bien, que no vamos a estar bien… ¿sabes?, no lo voy a querer como si hubiera sido un padre amoroso y estaré aquí para recordártelo…, pero supongo que puedo aflojar y ver si nos podemos entender mejor tú y yo….

**Cambio intra-sesión.**

El cliente se siente más tranquilo e integrado tras el diálogo. Ha podido conectar con una parte generosa a la que no puede renunciar en el trato con su padre. Asimismo, puede reconocer una función positiva en la rabia y, desde este conocimiento, poder diferenciarla de la rabia excesiva, para modular ésta última. Pero sobre todo, ha podido experienciar que ambas emociones pertenecen a su mundo emocional particular, y que no puede eliminar a ninguna de las dos sin que su vivencia quede disminuida en algún sentido.

***Cambio inter-sesiones.***

En las sesiones posteriores se realizó algún diálogo más para acabar de integrar ambas emociones en conflicto. La relación con el padre va mejorando progresivamente, y el cliente manifiesta que ahora "incluso puedo disfrutar de algunos momentos con él…, otros aún me cuestan". Se encuentra en un camino ya sólido de aceptación tanto de él mismo como de su padre.

**2.- Sesión vigésima. Fantasía de la Obra de Teatro.**

***Señal del cliente.***

A través del trabajo en las sesiones, el cliente se siente inquieto ante la percepción de que necesita una orientación vital en el futuro, un "sentido" diferente en todo caso al que parece que le ha animado hasta hoy. Llega a verbalizar: "¿Quién soy yo?".

***Actuación del terapeuta.***

Le propone un trabajo con fantasía guiada, concretamente la Fantasía de la Obra de Teatro (Berne, 1974). Se pretende una visión panorámica de diferentes aspectos del proyecto vital, muchas veces inconsciente. Se invita al cliente de forma respetuosa a ver una obra de teatro que alguien ha escrito sobre su vida, desde la escena de su infancia hasta la de su muerte. Tras esta, se acompaña al cliente a visualizar su epitafio. Tras la fantasía, se elabora con el cliente el material vivenciado.

***Actuación del cliente.***

Vivencia profundamente la fantasía. Dice al acabar:

> me he metido mucho…, tras la primera escena de mi infancia que era de alegría y libertad total, jugando por la masía a mi antojo…, la última escena has sido muy dura, me veía sólo en un hospital… me he dado cuenta que lo valioso para mí ha sido la amistad y el disfrute…, pero he sentido claramente que echaba en falta querer, querer a alguien profundamente, quizás una pareja…, también me pesaba haber renunciado a ser padre.

Cuando el terapeuta pregunta por el epitafio dice que era algo así como "No ha vivido en paz*"*. Le propone que tome conciencia de qué significa para él y responde "no vivió intensamente…, falta de profundidad…, no tomó riesgos. Tomo conciencia de que es un camino que quiero recorrer, aunque me sea extraño…".

***Cambio intra-sesión.***

El cliente se siente conmovido por su *insight* y también más orientado. Da muestras tanto verbales como no verbales de la profundidad y veracidad de sus "hallazgos" interiores. "Sí, sin duda es esto, necesito pararme, estar conmigo, hacer estos ejercicios yo mismo, fuera de aquí…".

***Cambio inter-sesiones.***

Terapeuta y cliente siguen trabajando en sesiones posteriores con el epitafio deseado por el cliente y cómo dirigirse hacia allí. Se suscita en el cliente un deseo claro de convivir, comprometerse con la pareja con la que ha estado muchos años en una relación sin proyecto. Emocionalmente, se siente más alegre y orientado.

**Resultados post-intervención**

**DSMI-IV-R.**

Eje I: Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09] Rasgos de personalidad sociable (Millon & Everly, 1994).

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo. En fase de resolución.

Eje V: EEAG: 80.

**Resultados cuestionarios.**

Escala de Desesperanza de Beck et al. (1974) (BHS): 1. Baja desesperanza.

Escala de Esperanza de Snyder et al. (1991) (HS): 43. Alta esperanza.

**Cambios operados con diagnóstico Psicoterapia Integradora Humanista.** Los cambios, desde el punto de vista del diagnóstico desde este modelo son los que se reflejan en la Tabla 4.

**Tabla 4**
***Fase 3-4 Identificación cognitiva***

| ***Problemas diagnosticados*** | ***Resultado*** |
|---|---|
| DISTORSIÓN | |
| Introyección-Prejuicio | Mejorado. |
| **Proyección de una situación del pasado** | Resuelto. Actualmente el cliente se relaciona de forma "actualizada" con su padre anciano. |
| **Proyección de deseos o temores** | En vías de resolución. El cliente ha enriquecido su proyecto vital y lo está recorriendo. Aún surgen algunos temores, que va trabajando. |

**Tabla 5**
***Fase 4-3. Identificación afectiva***

| ***Problemas diagnosticados*** | ***Resultado*** |
|---|---|
| BLOQUEOS | |
| **Emociones prohibidas** | Mejorado. Progresivamente, el cliente puede acceder a su mundo emocional de forma más sana. |
| DISPERSIÓN | |
| **Conflicto entre distintas emociones** | Muy mejorado. |
| DISTORSIÓN | |
| **Falsa identificación por proyección en el presente de una situación pasada** | Resuelto. |
| **Descontrol emocional** | Resuelto. Sin episodios depresivos y/o ansiosos. |
| Aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional<br>Desplazamiento de la afectividad a otros niveles de la Personalidad | Mejorado/en resolución. Sigue trabajando en una vivencia emocional más sana y diferenciada. |

**Tabla 6**
***Fase 5. Valoración***

| *Problemas diagnosticados* | *Resultado* |
|---|---|
| BLOQUEOS | |
| **Fobia al compromiso con valores** | Muy mejorado. El cliente se muestra decidido a ser fiel al Proyecto vital elegido. |
| DISPERSIÓN | |
| **Dificultad en la jerarquización de valores** | Muy mejorado. Aparecen claras sus prioridades vitales en este momento. |
| DISTORSIÓN | |
| **Conciencia inmadura** | Mejorado/en proceso de resolución. El cliente se encuentra en un proceso madurativo sano. |

## Conclusiones

Se puede afirmar, tras examinar los resultados post-intervención, que se ha solucionado el bloqueo en la vivencia de la actitud esperanzada, parejo a la resolución del síndrome ansioso-depresivo, síndrome que resultaba de la incapacidad del cliente para manejar, de forma sana, las emociones suscitadas por una relación afectiva complicada con su figura paterna. Por otra parte, se señalaba una dispersión de dicha actitud, más profunda, ligada a un proyecto vital hedonista y presentista, con una vivencia de la actitud esperanzada superficial y corta de miras. En estos momentos del proceso terapéutico, el cliente muestra una mayor conciencia y profundidad en la vivencia de sus valores personales, ahora libremente elegidos. Esto se traduce, entre otras vivencias, en una actitud esperanzada renovada, que se estira hacia el futuro, acompañada de un estado emocional alegre y sereno.

Se ha mostrado, asimismo, la bondad de las intervenciones desde la Psicoterapia Integradora Humanista, poniendo el énfasis en aquellas de índole imaginativa y psicocorporal, para la resolución de los diferentes bloqueos, dispersiones y distorsiones de la actitud esperanzada, resultando en un incremento de "eticidad" en la vivencia de dicha actitud y por ende, en el crecimiento personal del cliente.

## Referencias Bibliográficas

Ahsen, A. (1972). *Eidetic parents test and analysis*. New York: Brandon House.

American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: *DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.

Beck, AT., Weissman, A., Lester D. & Trexler L., (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Consult. J .Clin. Psychol. 42*(6), 861-865.

Berne, E (1974). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona, España: Grijalbo.

Cheavens, J.S., Feldman, D.S., Gum, A., Michael, S.T. & Snyder, C.R. (2006). Hope Theory in a community simple: a pilot investigation. *Social Indicators Research. 77,* 61-78.

Friedberg, F. (2003) *La técnica de los movimientos oculares*. Bilbao, España: Desclèe de Brouwer.

Gimeno-Bayón, A. (1985). Esculpiendo mis emociones. *Revista de Psiquiatría Humanista, 11*, 63-66.

Gimeno-Bayón, A. (1996). *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*.

Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Gimeno-Bayón, A. (2014). Psicopatología y psicoterapia de la fase de valoración ética. *Revista de Psicoterapia,* 25(97), 43-78. http://revistadepsicoterapia.com/psicopatologia-y-psicoterapia-valoracion-etica.html

Gimeno-Bayón, A. & Rosal, R. (2001) *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoriales, cognitivos y emocionales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Gimeno-Bayón, A. & Rosal, R. (2012). *Análisis transaccional para terapeutas. Vol. II. Tratamiento de los trastornos de la personalidad y algunos síndromes*. Barcelona, España: Milenio.

Gimeno Bayón, A. & Rosal, R. (2016). *Psicoterapia Integradora Humanista. Volumen II. Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de la personalidad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Greenberg, L.S. (2000). *Emociones: una guía interna.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Greenberg, L.S., Rice, L. & Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Madrid, España: Paidós Ibérica.

Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999*). The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kohlberg, L. (1969) Stage and sequence: the cognitive-development approach to socialization. En D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization. Theory and research* (pp. 347-480). Chicago: Rand McNally

Larsen, D., Edey, W., & LeMay, L. (2007). Understanding the role of hope in counselling: Exploring the intentional uses of hope. *Counselling Psychology Quarterly, 20*, 401–416.

Larsen, D. & Stege, R. (2010a). Hope Focused Practices During Early Psychoterapy Sessions: Part I: Implicit Approaches. *Journal of Psychoterapy Integration*, *20*(3); 271-292.

Larsen, D. & Stege, R. (2010b). Hope Focused Practices During Early Psychoterapy Sessions: Part II: Explicit Approaches. *Journal of Psychoterapy Integration, 20*(3); 293-311.

Levitsky, A. & Perls, F.S. (1973). *Teoría y práctica de la psicoterapia gestáltica* (pp.144-152). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Lizeretti, N.P. & Gimeno-Bayón, A. (2014). Inteligencia emocional y valores éticos. *Revista de Psicoterapia*, *25*(97); 79-104. http://revistadepsicoterapia.com/inteligencia-emocional-y-valores-eticos.html

Millon, T. & Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Moiso, C. (1983).*Teoría psicológica y neurofisiológica de los sentimientos y proceso terapéutico*. Seminario dictado en Barcelona (Noviembre 1983).

O'Hearne, L.P. (1977). Contes des fées et redécisions. *Actualités en Analyse Transactionelle*, *1*(2), 271-276.

Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la lengua española* (23ª Ed., 2014). Madrid, España. Recuperado de http://dle.rae.es/?id=GYjXr3Q.

Rosal, R. (2003) *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza?* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Rosal, R. (2013). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Lleida, España: Milenio.

Rosal, R. (2014). Problemas sensoriales y emocionales que obstaculizan la vivencia de los valores éticos. *Revista de Psicoterapia, 25*(97). 1-42. http://revistadepsicoterapia.com/problemas-sensoriales-y-emocionales.html

Snyder, C. R.; Harris, Cheri; Anderson, John R.; Holleran, Sharon A.; Irving, Lori M.; Sigmon, Sandra T,… Harney, Pat. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 570-585.

Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press.

Stevens, J.O. (1976). *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivenciar.* Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.

# TERAPIA BASADA EN INTELIGENCIA EMOCIONAL: UN TRABAJO SISTEMÁTICO CON EMOCIONES EN PSICOTERAPIA

## THERAPY BASED ON EMOTIONAL INTELLIGENCE. A SYSTEMATIC WORK WITH EMOTIONS IN PSYCHOTHERAPY.

**Nathalie P. Lizeretti**
Centro de Investigación, Formación y Desarrollo de la Inteligencia Emocional.
Fundación Ramón Rosal Cortés, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Lizeretti, N.P. (2017). Terapia basada en Inteligencia Emocional: Un trabajo sistemático con emociones en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 175-190.

### Resumen

*La Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE; Lizeretti, 2009, 2012) es una terapia cuyo objetivo principal es el desarrollo de las habilidades de procesamiento de la información emocional. Es creativa en cuanto la meta de la psicoterapia no es el trastorno en sí, sino adquirir un profundo conocimiento emocional que permita afrontar el problema presente y los que se presenten en el futuro este modelo de intervención implica realizar un exhaustivo diagnóstico emocional complementario a los diagnósticos tradicionales a través de la exploración de las diferentes dimensiones de la personalidad tomando como eje estructural el modelo de Inteligencia Emocional (Mayer y Salovey, 1997). En un ensayo clínico aleatorizado con pacientes de ansiedad ha demostrado ser significativamente más eficaz que la TCC sobre los síntomas, rasgos de personalidad, vínculo terapéutico, satisfacción con la vida y con el tratamiento. Actualmente se están llevando a cabo otras investigaciones para validar su eficacia en otros ámbitos de intervención.*

Palabras clave: *Psicoterapia, Inteligencia Emocional, Tratamiento Psicológico, Emociones*

### Abstract

*The Therapy based on Emotional Intelligence (TIE; Lizeretti, 2009, 2012) is a therapy whose main objective is the development of emotional information processing skills. It is creative in that the goal of psychotherapy is not the disorder itself, but to acquire a deep emotional knowledge that allows to face the present problem and those that present in the future This model of intervention implies to realize a comprehensive emotional diagnosis complementary to the diagnoses Traditional ones through the exploration of the different dimensions of the personality taking as a structural axis the model of Emotional Intelligence (Salovey and Mayer, 1997). In a randomized clinical trial with anxiety patients has been shown to be significantly more effective than CBT on symptoms, personality traits, therapeutic link, life satisfaction and treatment. Further research is currently under way to validate its effectiveness in other areas of intervention.*

Keywords: *Psychotherapy, Emotional Intelligence, Psychology Treatment, Emotions*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 14 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: nathaliepl@cidie.es
Dirección postal: C/ Pintor Velázquez, 66. 08302 Mataró, Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

En los últimos años, se ha podido comprobar que las tasas de mejoría para las psicoterapias basadas en la evidencia son limitadas. Se estima que las tasas de mejoría clínica tan sólo son del 54% para la depresión, del 63% para el trastorno de pánico y del 52% para el GAD (Westen & Morrison, 2001) y numerosos estudios indican que las tasas de recaída y de recurrencia son todavía demasiado elevadas (e.g.,Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Lo que explica que un reciente foco en la literatura en psicoterapia ha sido el desarrollo de alternativas o mejoras para establecer tratamientos que optimicen los resultados clínicos (Gibbons et al., 2010).

La dificultad en el manejo de habilidades emocionales constituye un aspecto clave en la mayoría de los trastornos psicopatológicos (e.g., Campbell-Sills & Stein, 2005; Edwards, Jackson & Pattison, 2002; Linehan, 1993). Por ejemplo, se ha observado que tres dimensiones de procesamiento emocional distinguen el pánico de los grupos de control: mayores intentos de control ante las experiencias emocionales, mayor atención a los sentimientos y más dificultades en el etiquetado de las emociones. Lo que lleva a replantear la hipótesis de que los déficits de procesamiento emocional estarían actuando como un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de los ataques de pánico (Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens, 2004).

En este contexto adquiere especial interés el concepto de Inteligencia Emocional (IE). Mayer y Salovey, 1997 desarrollaron un modelo jerárquico en el que se estructuran los principales procesos psicológicos implicados en la regulación emocional en torno a cuatro grupos de habilidades de procesamiento de la información emocional. Estas habilidades pueden resumirse en: habilidades para percibir e identificar emociones, tomar conciencia de ellas y utilizarlas para facilitar el pensamiento, comprensión de las experiencias emocionales y regulación de la conducta emocional. Para evaluar este modelo se han desarrollado dos tipos de medidas: escalas de autoinforme como el TMMS (Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995) y un test de ejecución el Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test 2.0 (MSCEIT; Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2003) que implica la resolución de problemas con y sobre las emociones.

Las investigaciones realizadas con ambos instrumentos ponen de manifiesto dos dimensiones de la IE: una objetiva (evaluada con el test de ejecución) y otra subjetiva o Inteligencia Emocional Percibida (IEP) relacionada con la percepción de auto-eficacia respecto a nuestras destrezas emocionales. Ambas dimensiones han mostrado correlaciones significativas con un gran número de variables de salud y ajuste psicológico (Lizeretti y Rodríguez, 2011).

**Inteligencia Emocional y psicopatología**

Hace unos años se inició una nueva línea de investigación orientada a explorar si había algún tipo de relación entre la IE y la presencia los síntomas en personas diagnosticadas con diversas psicopatologías, a fin de comprobar si la IE podía ser un factor implicado en los procesos de salud-enfermedad. Los resultados obtenidos

por estas investigaciones demuestran que, en general, las personas tienen menos inteligencia emocional de lo que creen y que los pacientes con psicopatología presentan menos IE que la población general (Downey et al., 2008; Hertel, Schütz and Lammers, 2009; Jacobs et al., 2008; Lizeretti and Extremera, 2011). Estos estudios también demuestran cosas como que en la fobia social se da una mayor dificultad para identificar correctamente las emociones de los demás (Jacobs et al., 2008), que los pacientes con depresión tienen menos habilidades para tomar conciencia de sus emociones y por tanto les resulta más difícil comprenderlas, que los pacientes con trastorno límite de la personalidad carecen de habilidades efectivas para comprender y gestionar sus emociones (Hertel et al., 2009) o que los pacientes con trastorno de ansiedad prestan excesiva atención a emociones que no comprenden con claridad y por tanto tienen más dificultades para reparar sus estados de ánimo (Lizeretti y Extremera, 2011).

En conjunto todas estas investigaciones indican que no sólo la carencia de habilidades emocionales tendría influencia en el hecho de padecer algún trastorno psicopatológico, sino que la percepción de incapacidad para manejar las propias emociones también constituye un factor de vulnerabilidad. Gracias a éstas se han podido identificar las habilidades de procesamiento de la información emocional deficientes en numerosos trastornos y se están estableciendo perfiles característicos de IE para cada uno de ellos (e.g., Lizeretti, Extremera y Rodríguez, 2012). Así que puede ser de gran utilidad al terapeuta conocer el nivel de IE del paciente y en qué nivel o niveles de habilidades emocionales reside su dificultad antes de iniciar la intervención.

En este sentido y desde el punto de vista terapéutico el modelo de Inteligencia Emocional propuesto por Mayer y Salovey (1997) ofrece dos ventajas importantes a la vez que novedosas. La primera es que constituye un marco para el trabajo sistemático con las emociones en psicoterapia, y la segunda es que dispone de instrumentos válidos y fiables que permiten evaluar los déficits emocionales, así como los cambios experimentados tras el tratamiento (Lizeretti, 2009, 2012).

Pero si bien la mayoría de enfoques psicoterapéuticos tienen como finalidad mejorar las habilidades emocionales del paciente, no consideran la IE como un objetivo directo de la intervención (Oberst y Lizeretti, 2004). Aunque, como se ha visto, existen argumentos que justifican una intervención psicoterapéutica basada en el desarrollo de las habilidades que potencian un tipo de inteligencia orientada a la gestión adecuada de los procesos emocionales. Cuanto más si se tiene en cuenta que cualquier experiencia humana implica un proceso emocional.

## La Terapia basada en Inteligencia Emocional

La Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE; Lizeretti, 2009, 2012) es una terapia cuyo objetivo principal, pero no único, es el desarrollo de las habilidades emocionales que configuran la IE. Es decir, con ella se pretende alcanzar la competencia para utilizar la sabiduría natural que aportan las emociones a través de

un mayor conocimiento de nuestro mundo emocional y del entrenamiento de las habilidades emocionales que potencian este tipo de inteligencia. Porque aunque todavía no se ha establecido que sea la causa directa, se ha demostrado que las habilidades de procesamiento emocional están relacionadas con el malestar psicológico y la presencia y gravedad de la psicopatología. En la mayoría de ocasiones el sufrimiento psicológico está relacionado con la dificultad de las personas para atender y comprender las emociones, integrarlas con el pensamiento y la conducta, y regularlas en base a sus necesidades psicológicas auténticas. Lo que puede explicarse como una disfunción en el procesamiento de la información emocional que suele estar causada por un aprendizaje emocional distorsionado o por una experiencia emocional traumática.

La razón principal que lleva a plantear una terapia basada en el desarrollo de la IE es la inmensa importancia que tienen las emociones en la vida de los seres humanos, y en consecuencia, la inteligencia que permite gestionarlas adecuadamente. El modelo de IE permite el abordaje de las emociones de una forma estructurada y sistemática. En esta línea, no se puede perder de vista que las emociones son el principal sistema de evolución y adaptación de las criaturas inteligentes (Fdez-Abascal, Palmero y Martínez-Sánchez, 2002); las primeras competencias del recién nacido de intercambio y de reacción al mundo son básicamente emocionales. De hecho, constituyen el primer motor del desarrollo, de construcción de significado y de conocimiento (Mead, 1910). Conforman un proceso complejo que responde a un ciclo de satisfacción de necesidades. Se establecen como la unidad básica de nuestro sistema afectivo y configuran el principal sistema de integración de todas las dimensiones de la personalidad.

Las emociones se hacen imprescindibles para la vida, no sólo para la supervivencia y bienestar sino también para el bienser a través de sus numerosas funciones como son la evaluación y valoración de estímulos –ambientales o internos–, la preparación de los sistemas de respuesta psicofísicos, la comunicación con los demás a través de la comunicación verbal y no verbal, etc. Desde la perspectiva de la TIE se destacan tres de las principales funciones de las emociones: integrar todas las dimensiones de la persona, lo que permite obtener una percepción holista de los fenómenos humanos; priorizar, en cuanto permiten asignar valor –lo que confiere una dimensión ética a las emociones y los procesos emocionales– y satisfacer necesidades auténticas –lo que implica la bondad intrínseca de las emociones–.

Aunque son diversas las clasificaciones que pueden hacerse, se considera que las emociones, en base a su naturaleza, pueden ser emociones básicas o complejas, y en base a su funcionalidad pueden ser emociones auténticas, emociones parásitas o emociones prohibidas. Las emociones básicas son innatas y universales, onto y filogenéticamente primarias, y poseen un importante sustrato biológico. Están asociadas a expresiones faciales así como a patrones neuroendocrinos y localizaciones cerebrales, cosa que no sucede con las emociones complejas. Las emociones básicas para las que se ha hallado mayor evidencia empírica son el miedo, la rabia,

la alegría y la tristeza (Jack, Garrod, and Schyns, 2014). Las emociones complejas son secundarias, puesto que resultan de la evolución cultural y social de las emociones básicas; aquéllas que en origen constituyen emociones básicas pero que se matizan por factores socio-culturales (como podrían ser la vergüenza o la culpa), o que resultan de la combinación de más de una emoción básica. Pero cuando se da un aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional, puede darse la eliminación automática y sistemática de alguna de las emociones; a éstas se las denomina emociones prohibidas. La persona no puede o no se permite expresar alguna emoción, porque ha aprendido que no le es funcional (bien porque se trate de una expresión emocional culturalmente inapropiada, bien porque la persona sabe por experiencias anteriores que el resultado de su expresión le es contraproducente). En este caso, la energía emocional puede desviarse hacia otra emoción permitida, la emoción parásita, que se experimentará de forma desproporcionadamente fuerte y cuya expresión no corresponde a la situación presente. Estas emociones contaminan la expresión, pero también la vivencia de otras emociones básicas y conducen a la persona hacia un estado de confusión emocional. Por lo que se entiende que la experiencia emocional es siempre positiva, se viva o no como una experiencia agradable. En todo caso, para que la vivencia emocional sea realmente positiva, la reacción, la experiencia y la expresión emocional deben mantenerse coherentes, es decir, la vivencia emocional debe de ser "auténtica".

**Dinámica emocional**

La funcionalidad de las emociones está muy relacionada con su dinámica (figura 1). El esquema básico de cualquier experiencia emocional puede resumirse en: primero se da la percepción de un estímulo interno o externo que pone a la persona en situación de desequilibrio, este desequilibrio le provoca la necesidad de recuperar dicho equilibrio. El desequilibrio provocado por el estímulo desencadena una serie de reacciones fisiológicas, cognitivas y afectivas que generan energía vital. Fruto de la integración de la información procedente de los subsistemas fisiológico, cognitivo y afectivo que procesan el *input* o sensación a distintos niveles, surge la experiencia emocional específica de cada emoción. Como se dijo anteriormente las emociones básicas están biológicamente determinadas por patrones de reacciones físicas, cognitivas y afectivas, por lo que la vivencia de ellas permite identificar de forma natural qué emoción se está experimentando. Además, cada una de las emociones básicas tiene como meta la satisfacción de un tipo de necesidad específica y motiva las conductas necesarias para su satisfacción. Por ejemplo, cuando percibimos un estímulo que al procesarlo a nivel fisiológico se nos acelera el corazón y la respiración, percibimos mayor tensión en las piernas, aumenta nuestra receptividad sensorial, se nos seca la boca, sentimos un nudo en el estómago, etc., a nivel cognitivo pensamos que estamos ante una amenaza que supone un peligro para nosotros y a nivel afectivo nos sentimos inseguros, experimentamos miedo. El procesamiento de toda esta información puede darse de

forma consciente o inconsciente, pero la vivencia del miedo motiva en la persona conductas de huida, defensa o de quedarse paralizada con la meta de satisfacer la necesidad de protección y preservar la vida o algún aspecto de ella.

Para que el proceso emocional se cierre es necesario que la experiencia sea coherente con la emoción que la desencadena y que la persona logre satisfacer la necesidad, si esto no sucede la experiencia deja una sensación de insatisfacción, sufrimiento o malestar. En el proceso psicoterapéutico con la TIE se buscan las causas que bloquean, distorsionan o dispersan la dinámica emocional a fin de poder identificar la emoción auténtica, poder comprenderla y gestionarla de forma que la persona pueda al fin satisfacer la necesidad que la desencadenó. Los procesos emocionales constituyen en esencia ciclos de satisfacción de necesidades, y como puede observarse, los procesos emocionales no pueden desligarse de los conceptos de necesidad y motivación, ya que se trata de elementos constitutivos del mismo proceso.

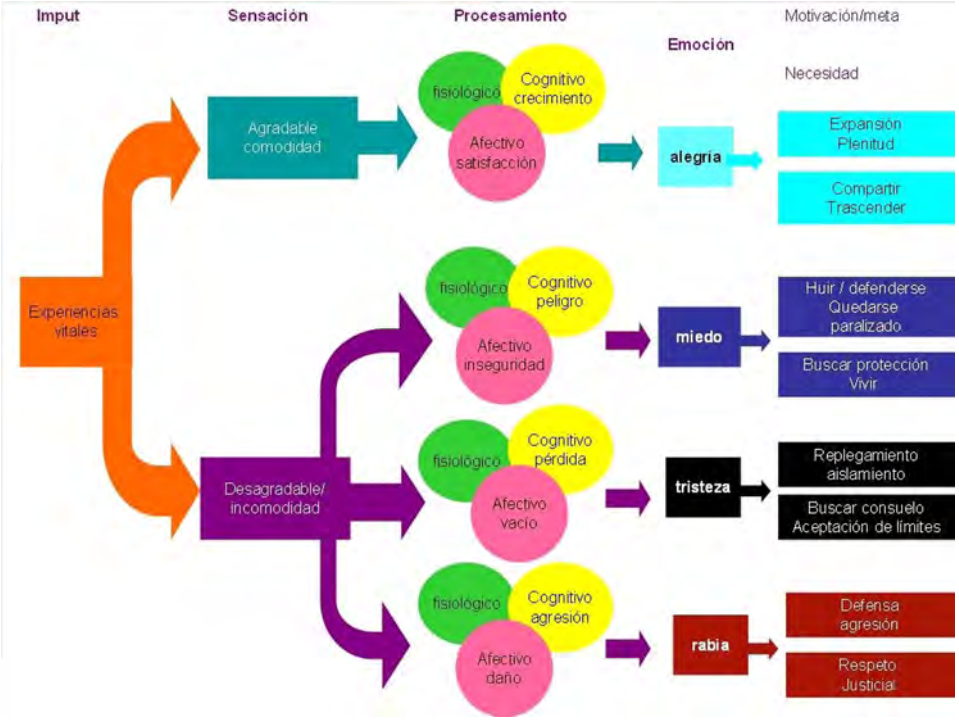


**Figura 1.**
***Dinámica emocional. Adaptada de Lizeretti. N.P (2012).***

**Diagnóstico emocional**

La intervención desde la Terapia basada en Inteligencia Emocional requiere realizar un "diagnóstico emocional" exhaustivo que aporta un valor añadido a los diagnósticos convencionales. Consiste en la evaluación de las diferentes dimensiones de la persona focalizando en la emoción, con el objetivo de comprender su mundo emocional. Este proceso diagnóstico ofrece una visión holista de la persona y sus vivencias. Permite una mayor comprensión de los fenómenos humanos, con lo que se puede captar con más exactitud las necesidades que causan el sufrimiento de la persona, pero también sus motivaciones más íntimas y principales potencialidades, favoreciendo una intervención creativa más que correctiva.

Para ello los aspectos que se tienen en cuenta en este tipo de diagnóstico son las emociones prohibidas y parásitas a fin de identificar la emoción auténtica que rige cada uno de los principales procesos vitales de la persona, tomar conciencia de ella, comprenderla y gestionarla de manera que puedan satisfacerse las necesidades psicológicas básicas. Además se evalúan y analizan tanto las habilidades de IE como la percepción subjetiva de competencia emocional o IEP. El modelo de IE se utiliza a modo de guía durante el diagnóstico emocional, indicando qué habilidades son necesarias en cada fase del proceso emocional para poder completar con éxito el ciclo de la experiencia. Esto es importante porque los diferentes trastornos psicopatológicos pueden entenderse como un intento de adaptación ineficaz por bloqueo, dispersión o distorsión energía emocional.

En el diagnostico emocional adquiere especial relevancia la exploración de la personalidad y de sus diferentes dimensiones. Entendiendo la personalidad como un estilo o forma particular de satisfacer necesidades afectivas y la base sobre la que se construye el síntoma y que le da sentido. Además de las dimensiones clásicas como la cognitiva, conductual o afectiva desde la TIE se abordan también la dimensión experiencial, la relacional, la existencial o la ética, entre otras.

**Dimensión Experiencial**

Desde una comprensión dinámica de los procesos humanos, donde la vida se entiende como un macroproceso configurado por multitud de procesos, resultantes a su vez de la combinación de infinidad de microprocesos que constituyen las diferentes experiencias humanas. Esta dimensión experiencial de la personalidad hace referencia al carácter procesual de las vivencias humanas a partir de las cuales se va construyendo la persona. Para alcanzar una mayor comprensión de estos procesos resulta de gran utilidad el Ciclo de la Experiencia que se ha tomado y adaptado de la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001). Este ciclo, que equivale a un proceso emocional, permite concebir cada experiencia vital como una *gestalt*, un todo con principio y fin.

El paso de un ciclo a otro viene dado por un nuevo estado de desequilibrio provocado por una necesidad de déficit (relacionadas con nuestro bienestar) o por una necesidad de autorrealización (relacionadas con nuestro bienser). Este ciclo,

que responde a un ciclo de satisfacción de necesidades, puede ser aplicado a cualquier proceso vital. La personalidad sana es entendida como un fluir armonioso de energía a través de las experiencias vitales que constituyen ciclos de satisfacción de necesidades tanto de supervivencia como de crecimiento (Maslow, 1991, 1994). El ser humano tiende inherentemente a la integración de su personalidad a través de la emergencia del sí mismo que surge como logro de la autorrealización y es fruto de una orientación productiva de su existencia. Desde esta visión holista, los acontecimientos se interpretan en función del sentido que tienen para la persona en el conjunto de su existencia y para que esto suceda es necesario que pueda darse cuenta del "aquí y ahora" de su experiencia auténtica.

La vivencia de las experiencias vitales se da en un espacio de tiempo, en un momento concreto. La dimensión experiencial está relacionada con la dimensión temporal de la personalidad, en cuanto el significado de la experiencia adquiere dimensiones distintas en función de esta temporalidad a la que estamos indeleblemente sujetos. La IE aporta información sobre las habilidades emocionales implicadas en cada una de las fases del proceso emocional: indica en que fase está bloqueado el procesamiento de la información emocional y las habilidades que es necesario potenciar para superar estas fases. Pero para que esta información sea realmente útil es fundamental identificar con claridad el macroproceso, proceso o microproceso en el que se encuentra la dificultad emocional. En función de ello se puede identificar si nos encontramos ante la insatisfacción de una necesidad del bienestar o del bienser.

**Dimensión relacional**

En la TIE también se hace una interpretación sistémica y multifactorial de los fenómenos humanos. La persona se entiende como un todo conformado por diferentes subsistemas o dimensiones e integrado a la vez en sistemas más amplios (familiar, social, cultural, ecológico, etc.) que implican una causalidad circular del funcionamiento humano.

Las relaciones humanas son imprescindibles para el desarrollo físico y psicológico de los seres humanos y por tanto configuran un factor clave en el desarrollo de una personalidad sana. En las interacciones con los demás es imposible no comunicar. Los procesos de comunicación humana son muy complejos y, además de la información explícita verbal –que sólo explica el 7% (Mehrabian, 1970) –, incluyen mensajes emitidos a través de la comunicación no verbal de contenido básicamente emocional. Constantemente estamos recibiendo y enviando mensajes no verbales a otras personas que son enormemente influyentes sobre la afectividad.

En esencia, los mensajes emocionales que recibimos a lo largo de la vida pueden ser de reconocimiento y valoración o de descuento (infravaloración) y rechazo: estimulan o reprimen algunos de los rasgos que nos constituyen, condicionando los roles que asumimos, las relaciones que establecemos y los contextos en

los que nos movemos. Estos mensajes son muy influyentes en la infancia, especialmente en las etapas en que aún no se ha integrado el lenguaje. Pero también lo son cuando se es adulto, porque cada persona se mueve por un conjunto limitado de mensajes que condicionan su posición en el mundo, y en último término el guión de su vida.

Entre los mensajes de reconocimiento se pueden encontrar algunos como son "tú puedes", "tú eres capaz", "tú eres importante", etc. que impulsan a ser y a hacer, pero en otros casos mensajes impulsores o de presión psicológica como "sé perfecto", "complace", "sé fuerte", etc. pueden ser contraproducentes porque con ellos se están rechazando aspectos importantes de la persona y condicionando la aceptación al cumplimiento de estos mensajes. Entre los mensajes de descuento se incluyen aquellos que como "no seas tú", "no sientas", "no hagas", "no seas niño"… reprimen y paralizan. La influencia que ejercen estos mensajes en la construcción de nuestra personalidad y de nuestra vida es muy importante, tanto que se observa que detrás de muchos trastornos psicopatológicos se encuentran mensajes de descuento como el "no existas" recibido en el primer año de vida de muchos pacientes con trastorno psicótico o el "no crezcas" asimilado en la adolescencia por muchos jóvenes que presentan anorexia nerviosa. Puesto que estos mensajes tienen origen externo y se reciben en contextos relacionales, se dan en segunda persona, pero al integrarlos en la personalidad los convertimos en primera persona y configuran las creencias que tenemos acerca de nosotros mismos (no soy capaz, no puedo, no soy suficiente para, los demás son mejores que yo…). Identificar para transformar los mensajes emocionales que limitan o potencian a la persona es un valioso instrumento terapéutico,

También se identifican este tipo de mensajes cuando entre dos o más personas se dan secuencias de comunicación repetitivas en las que los mensajes verbales no son coherentes con la comunicación no verbal. Estas interacciones pueden dar lugar a juegos, de los que no se tenga plena conciencia. Los juegos psicológicos generan sentimientos repetitivos y parásitos, carentes de autenticidad, que intoxican la personalidad. Juegos en los que se prohíbe la expresión de algunos sentimientos provocando una gran confusión emocional y sensación de malestar.

En este contexto tienen lugar también los juegos de poder que son un tipo de juego en el que uno de los participantes pretende conscientemente controlar los comportamientos de la otra persona, como sucede en el chantaje emocional. Estos juegos constituyen factores de riesgo y de mantenimiento de dinámicas y comportamientos disfuncionales.

Es importante recordar que son las emociones las que establecen y estructuran nuestra posición en relación a los demás y sus ideas, establecen un espacio entre nosotros y los otros, nos aproximan o alejan, provocan atracción o rechazo. Los mensajes emocionales que acompañan a las palabras marcan el estilo de la relación desde el inicio de la vida y ejercen una influencia fundamental en la construcción de nuestra personalidad y de nuestra vida.

Para descifrar estos mensajes emocionales se utiliza la lógica emocional que es muy simple, básica, innata y universal. El principio básico es "amar y ser amado" en cualquiera de sus formas. Se podría decir que incluye aquello llamado "íntuición" y que se logra descifrar e interpretar a través de la IE. Durante el proceso diagnóstico se van identificando los mensajes emocionales y las dinámicas relacionales. La utilidad de tomar conciencia de todo ello es comprender los mecanismos que las crean y las mantienen, para posteriormente poder regular la interacción con los demás.

**Dimensión existencial**

La dimensión existencial implica adoptar una visión holista del proceso vital como macroproceso emocional y comprender las distintas experiencias vitales desde el sentido que tienen en el conjunto de la vida humana. El proyecto vital de la persona tiene una gran importancia y es necesario prestar atención al significado peculiar que cada persona da a su experiencia y circunstancias. Porque es precisamente el sentido que damos a nuestra existencia lo que le da un carácter singular e irrepetible a nuestra vida. Para alcanzar el bienser (llegar a ser lo que potencialmente uno es) es necesario dar sentido a nuestra vida, tener objetivos vitales que guíen nuestras decisiones, tener la sensación de que el pasado y el presente tienen sentido en un todo integrado. A nivel científico se han demostrado tres vías fundamentales por las cuales podemos alcanzar "la felicidad" (en términos de bienestar y de bienser): la vida placentera, que implica aumentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida, es decir, la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas; y la vida significativa, que incluye el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo o metamotivaciones (Seligman, 2002).

Hay emociones que marcan nuestra existencia. Como se vio, la vida humana se conforma a través de experiencias vitales que constituyen procesos emocionales que guían dichas experiencias. En la TIE se pretende identificar las emociones que marcan las experiencias vitales significativas de la persona a fin de orientarla hacia la satisfacción de sus necesidades del estar y del ser. En el trabajo con la dimensión existencial además de tener en cuenta el autoconcepto de la persona –conformado a partir de los mensajes emocionales recibidos–, es importante descubrir las metas del bienser que orientan su vida. Así como comprender las estrategias que utiliza para la satisfacción de estas metas.

**Dimensión ética**

Muy relacionada con la dimensión existencial está la dimensión ética donde juegan un papel fundamental las emociones. La ética hace referencia a saber valorar lo que nos conviene y diferenciarlo de aquello que no nos conviene. Nuestros valores constituyen un aspecto fundamental de nuestra personalidad y son las

emociones las que nos permiten en primera instancia asignar valor a las cosas, las personas, las situaciones, etc. Es en función de estos valores que se orientan las motivaciones de la persona psicológicamente sana. El valor es captado como un bien, ya que se le identifica con lo bueno, lo necesario o lo valioso y como afirma Rosal (2012) los valores éticos son fuerzas que dan sentido a la vida. Sin embargo, y a pesar de su importancia los valores éticos han sido frecuentemente obviados en el campo de la psicología (Maslow, 1991).

Las personas necesitan evolucionar, y evolucionar supone seleccionar, elegir y decidir, lo que implica asignar valor. Debido a una innata tendencia teleológica, las conductas humanas siempre están orientadas o motivadas hacia un fin. Entre estas metas se distinguen las que están orientadas a la satisfacción de necesidades básicas y las que lo están a satisfacer necesidades de realización personal o metamotivaciones (Maslow, 1991). Pero el problema es que muchas veces tenemos dificultad para identificar con claridad nuestras auténticas necesidades básicas y, en consecuencia, lo que tenemos que hacer en vistas a su satisfacción.

Por esto en ocasiones la forma en que buscamos satisfacer nuestras necesidades es errónea, nos movemos por necesidades sustitutivas que generan motivos compensatorios (Deci y Ryan, 2000) que no nos orientan hacia la consecución de nuestras metas. Cuando se tienen necesidades insatisfechas en una o varias áreas de la personalidad puede dar lugar a la aparición de necesidades sustitutivas con el objetivo de reducir el nivel de insatisfacción (e.g., adquisición de bienes materiales, deseo de admiración, éxito económico…). Las consecuencias pueden ser muy negativas a corto y largo plazo.

Para alcanzar un auténtico estado de bienestar es necesario que éste se oriente hacia el bienser, es decir, hacia aquello que nos hace ser nosotros mismos. Sin esta orientación, el bienestar es superficial y fugaz, y no se vive como una experiencia auténtica de felicidad, de equilibrio o de paz interior. En la TIE se busca identificar el sistema de valores de la persona poniendo de manifiesto sus necesidades y motivaciones auténticas, discriminándolas de los motivos compensatorios que llevan a estados crónicos de insatisfacción.

**Dimensión creativa**

La creatividad es una característica primordial del ser humano, signo de salud mental y crecimiento personal. Consiste en la reorganización de forma nueva y valiosa de un todo que se manifiesta en cualquier actividad humana. Está muy relacionada con la felicidad y el bienestar, que consisten en una valoración global positiva de la vida. También implica la capacidad de hacer frente al trauma y a situaciones de vida desfavorables desarrollando la resiliencia. Muchas personas han conseguido superar situaciones traumáticas integrándolas, de forma que han podido seguir viviendo, incluso, a un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados.

En este punto, se requiere enfatizar en los potenciales de la persona. La vida

constantemente ofrece experiencias con las que aprender más de nuestro medio, de los demás y de nosotros mismos, pero sobre todo con las que poner a prueba nuestros potenciales. De forma que estos conocimientos nos llevan "a ser" cada vez más persona, cada vez más uno mismo. En este sentido, la creatividad tiene que ver con dar sentido al conjunto de la vida de forma comprometida, Cuando las personas tienen metas coherentes con sus necesidades, valores e intereses genuinos, y cuando éstas son congruentes entre sí, presentan mayores niveles de bienestar (e.g., Sheldon y Kasser, 1995) y de bienser. Pero cuando la persona ignora o relega a un segundo plano sus necesidades sufre como consecuencia una mayor desorientación, frustración, agresividad, ansiedad y depresión. Por este motivo en la TIE se busca ir más allá del tratamiento de los síntomas que presenta la persona, más allá del bienestar momentáneo.

**Objetivos**

Si bien el objetivo principal es el desarrollo de la inteligencia emocional a partir del conocimiento y el entrenamiento de las habilidades emocionales, el trabajo con la IE desde la Terapia basada en Inteligencia Emocional también puede fomentar a través del trabajo focalizado en las emociones valores éticos como la escucha interior –que no debe confundirse la actitud egocéntrica que promueven algunos tipos de intervención–. Pero ¿por qué son importantes los valores éticos en la TIE? Porque el proceso de valoración es inherente al proceso emocional y todos los valores hacen referencia a las necesidades o aspiraciones humanas. También por su papel determinante en los procesos de toma de decisiones y por la fuerte implicación que tienen en nuestra felicidad. Hay que tener en cuenta que todas las decisiones son emocionales y sin emoción no puede darse ningún proyecto valioso, porque todo empieza y acaba por una emoción. Tanto es así que los daños cerebrales que afectan al componente emocional del cerebro provocan comportamientos irracionales y carentes de ética (Damasio, 2006). Por este motivo, la educación emocional requiere de un marco ético que le indique los fines y prolongarse con la realización de valores fundamentales (Marina, 1996). Si no fuera así, corremos el riesgo de hacer un mal uso del conocimiento emocional que aporta la IE.

La TIE consiste en una terapia creativa ya que no se centra únicamente en los síntomas. A diferencia de los tratamientos tradicionales, más focalizados en la reducción de síntomas, se centra en las capacidades y recursos de los pacientes. La meta de la psicoterapia no es el trastorno, sino ayudar a crecer a la persona de modo que sea capaz de afrontar el problema presente y los que se presenten en el futuro (Gondra, 2002). Se trata de conocer para ser.

**Procedimiento**

El diagnóstico emocional se lleva a cabo previo a la intervención con la evaluación psicométrica de la personalidad, la IE (subjetiva y objetiva) y la sintomatología, y a lo largo de todo el proceso de intervención. Durante el proceso

terapéutico guiado por una heurística positiva se explora la emoción básica en torno a la que se estructura la personalidad, los mensajes emocionales recibidos en la infancia que condicionan el autoconcepto o *self* y las relaciones, el significado o metáfora del síntoma que representa la vivencia personal y particular que tiene la persona sobre su propio sufrimiento, así como la función del síntoma en su ciclo vital y la estructura y dinámica del sistema familiar al que pertenece. Con toda esta información se van integrando las piezas de un *puzzle* que va tomando forma a medida que ofrece una visión holista de la persona.

Para atender a los objetivos planteados, se emplean diferentes técnicas o estrategias de intervención como son las técnicas narrativas que permiten expresar y ordenar la experiencia emocional, fomentando su reconstrucción e integración. Técnicas de arteterapia que se basan en dar sentido al mundo subjetivo de forma simbólica y mejoran la calidad de las relaciones humanas, facilitando el desarrollo creativo de la persona. Pero también se utiliza la dramatización que consiste en la representación metafórica de conceptos y personas en conflicto, enfatizando en la dimensión relacional. Así como de las técnicas de fantasía que utilizan las imágenes como vía de acceso a la información no verbal implícita en la experiencia emocional.

En su versión manualizada la TIE se lleva a cabo en 24 sesiones que siguen una estrategia transversal y otra longitudinal, aunque puede desarrollarse atendiendo a las necesidades específicas del proceso de cada paciente. La intervención se orienta a las cuatro emociones básicas: miedo, tristeza, rabia y alegría, que constituyen la base de nuestra experiencia emocional. Consiste en una intervención multimodal y multidimensional, que tomando como eje estructural las habilidades emocionales y como procedimientos los descritos anteriormente, aborda de forma integrada las diferentes dimensiones de la personalidad.

El proceso de intervención gira en torno a dos ejes de trabajo. El eje longitudinal hace referencia a la totalidad del tratamiento que está destinado a trabajar en cuatro fases las habilidades de IE: identificación, facilitación, comprensión y regulación. Los cambios destacados en este nivel se dan entre-sesiones. En cambio, el eje transversal hace referencia a cada una de las sesiones de terapia. En las sesiones de cada fase se plantea como objetivo principal el desarrollo de un nivel de habilidad emocional al que se le dará especial énfasis. Aunque también, se aborda el desarrollo de los cuatro niveles en cada una de las sesiones, por lo que se destacan los cambios que se dan intra-sesión.

**Eficacia de la TIE**

Para su validación empírica se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 132 pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad procedentes de un Centro de Salud Mental de la provincia de Barcelona. Los pacientes fueron asignados a una de las dos condiciones experimentales para llevar a cabo grupos de psicoterapia: grupo de Tratamiento basado en Inteligencia Emocional y

grupo de Terapia Cognitivo Conductual. Los resultados mostraron una eficacia estadística significativamente superior de la TIE respecto a la TCC sobre la mayoría de las variables evaluadas: síntomas clínicos como ansiedad, depresión y somatización; la personalidad, demostrando que el desarrollo de las habilidades emocionales tiene un efecto positivo sobre la estructura de la personalidad; la satisfacción general con la vida; la alianza terapéutica, fomentando en mayor medida el vínculo terapéutico; la satisfacción con el tratamiento y por supuesto sobre las variables de IE (tanto subjetiva como objetiva). Además se observó que los efectos de la TIE son más lentos pero más eficaces y duraderos que los de la TCC. Los cambios significativos en ansiedad con la TCC se dan entre la sesión 1-12 en cambio con la TIE entre la sesión 12-24. Lo que parece lógico puesto que el TCC focaliza en los síntomas y el TIE los aborda de forma indirecta (para una revisión véase Lizeretti, 2009).

## Modalidades y ámbitos de aplicación

TIE es un tratamiento psicoterapéutico que se ha diseñado para su aplicación tanto individual como grupal en adultos y actualmente se está trabajando en su adaptación manualizada para niños.

Dentro del ámbito de la psicopatología actualmente se están realizando estudios para validar su eficacia con pacientes diagnosticados de depresión mayor y fibromialgia. Fuera del ámbito sanitario, también se están llevando a cabo diversos proyectos. Uno de ellos es el proyecto PsiBe en colaboración con el Colegio Oficial de Psicología de Catalunya y la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Generalitat de Catalunya en el que se está validando la TIE en menores tutelados. Otro ámbito dónde se está aplicando y se quiere evaluar su eficacia es en personas con discapacidad intelectual.

## Referencias bibliográficas

Baker, R., Holloway, J., Thomas, P.W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy, 42*(11), 1271–1287.

Campbell-Sills, L. & Stein, M. (2005). Justifying the diagnostic status of social phobia: A Reply to Wakefield, Horwitz, and Schmitz. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(6), 320-323.

Damasio, A. R. (2006). *El error de Descartes*. Barcelona, España: Crítica.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11,* 227-268.

Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., ,.. Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *The European Journal of Psychiatry*, *22*, 93-98.

Edwards, J., Jackson, H.J. & Pattison, P.E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clinical Psychology Review, 22*, 789–832.

Fernández-Abascal, E., Palmero, F., & Martínez-Sánchez, F. (2002). Introducción a la Psicología de la motivación y la emoción. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.). *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 3-33). Madrid, España: McGraw Hill.

Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2010). The Clinical Effectiveness of Cognitive Therapy for Depression in an Outpatient Clinic. *Journal of Affective Disorders, 125*, 169–176.

Gimeno-Bayón, A. (2002). *Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad* (5ª ed.). Bilbao, España: Desclée De Brouwer

Gimeno-Bayón, A. & Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista (volumen I). Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoriales, cognitivos y emocionales.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Gondra, J. M. (2002). *Apuntes de la psicoterapia de G. Egan: Un modelo post-rogeriano.* Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.

Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 942-954.

Jack, R. E., Garrod, O.G.B., & Schyns P. G. (2014). Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. *Current Biology* 24, 187–192. Institute of Neuroscience and Psychology, University of Glasgow, Glasgow, Scotland, G12 8QB, UK

Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R.J.R., …Blair, K.S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 22,* 1487–1495.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford Press.

Lizeretti, N. P. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional.* Barcelona, España: Universitat Ramon Llull (Tesis doctoral). Recuperado el 21 de enero de 2016 de:

http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1.

- (2012). *Terapia basada en Inteligencia Emocional. Manual de tratamiento.* Lérida: Milenio.

Lizeretti, N. P. & Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatric Quarterly*, 82, 253-260.

Lizeretti, N. P., Extremera, N., & Rodríguez, A. (2012). Percived emotional intelligence and clinical syptoms in outpatients with mental disorders. *Journal of clinical psychology.*

Lizeretti, N. P., & Rodríguez Ruiz, A. (2011). La Inteligencia Emocional en Salud Mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés, 17,* 233-253.

Marina, J. A. (1996). *El laberinto sentimental*. Barcelona, España: Anagrama.

Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid, España: Díaz de Santos. (Trabajo original publicado en 1954).

- (1994). *La personalidad creadora*. (4ª ed.). Barcelona, España: Kairos.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence educational implications* (pp.3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2003). Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT v.2. 0. *Emotion, 3,* 97-105..

Mead, G.H. (1910). "Social Consciousness and the Consciousness of Meaning". *Psychological Bulletin, 7*, 397-405.

Mehrabian, A. (1970). When are feellings communicated inconsistently? *Journal of Experimental Research in Personality, 4,* 198-212.

Oberst, U., & Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, *15,* 5-22. http://revistadepsicoterapia.com/inteligencia-emocional-en-psicologia-clinica-y-en-psicoterapia.html

Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Lleida, España: Milenio.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (dir.), *Annual Review of Psychology* (vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C., & Palfai, T. (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, DC: American Psychological Association.

Seligman, M. E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment.* New York, NY: Free Press.

Sheldon, K.M., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 531-543.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing Relapse and Recurrence in Unipolar Depression: A Comparative Meta-Analysis of Cognitive–Behavioral Therapy's Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 475–488.

Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 875–899.

# LA TÉCNICA DEL ROSAL COMO DIAGNÓSTICO EMOCIONAL EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

## ROSAL TECHNIQUE AS AN EMOTIONAL DIAGNOSIS IN SPECIFIC POPULATIONS

**Núria Garcia y Nathalie P. Lizeretti**
Centro de Investigación, Formación y Desarrollo de la Inteligencia Emocional.
Fundación Ramón Rosal Cortés, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Garcia, N. y Lizeretti, N.P. (2017). La técnica del rosal como diagnóstico emocional en poblaciones específicas. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 191-205.

### Resumen

*Las técnicas de fantasía guiada suponen una gran fuente de información diagnóstica (Rosal, 2002), que permite un trabajo terapéutico creativo al tiempo que constituyen estrategias efectivas para el desarrollo de la Inteligencia Emocional (Lizeretti, 2009; 2012). El objetivo del presente estudio ha sido sistematizar el análisis de la técnica del rosal a fin de contribuir a su validez empírica en el proceso psicodiagnóstico. Para ello se presentan de forma esquemática dos estudios donde se ha aplicado la técnica desde el modelo de Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE). El primer estudio en una muestra de 92 participantes, pacientes con ansiedad y depresión clínica derivados de un centro de salud mental y un grupo control sin diagnostico. El segundo estudio estuvo formado por 62 menores, un grupo experimental procedente de Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE's) y un grupo control procedente de escuelas de secundaria. Los resultados muestran diferencias claramente significativas entre los diferentes grupos que se han comparado, demostrando la importancia de la investigación empírica en este ámbito a fin de consolidar la eficacia de las técnicas de fantasías guiadas y proyectivas.*

Palabras clave*: Inteligencia Emocional, Depresión, Ansiedad, Menores, CRAES, Técnicas de fantasía guiada, Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE).*

### Abstract

*Guided fantasy techniques provide a great source of diagnostic information (Rosal, 2002), which allows creative therapeutic work and are effective strategies for the development of Emotional Intelligence (Lizeretti, 2009, 2012). The aim of the present study was to systematize the analysis of the rosal technique in order to contribute to its empirical validity in the psychodiagnostic process. For this, two studies are presented schematically where the technique has been applied from the model of Therapy based on Emotional Intelligence (TIE). The first study with a sample of 92 participants, patients with anxiety and clinical depression derived from a mental health center and a control group without diagnosis. The second study consisted of 62 minors, an experimental group from Residential Educational Action Centers (CRAE's) and a control group from secondary schools. The results show clearly significant differences between the different groups that have been compared, demonstrating the importance of empirical research in this area in order to consolidate the effectiveness of guided and projective fantasy techniques.*

Keywords: *Emotional Intelligence, Depression, Anxiety, Minors, CRAES, Guided Fantasy Techniques, Therapy based on Emotional Intelligence (TEI).*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 17 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: nuriagarcia@cidie.es
Dirección postal: C/ Pintor Veláquez, 66, 08302 Mataró, Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

La Fantasía del Rosal es una técnica gestáltica de fantasía guiada que enfatiza en el darse cuenta *awarness* como agente curativo, propiedad que toda persona tiene y que tal como señala Stevens (1976) se va perdiendo con la edad. Por ejemplo, el bebé se limita a algunas necesidades emocionales y fisiológicas como lo que es grato e ingrato, que expresa en forma de sonrisa o llanto para comunicar estos estados emocionales agradables o desagradables. A media que vamos creciendo aumenta la capacidad de darse cuenta de estos estados emocionales y necesidades biológicas, como sentir una emoción u otra, tener o no tener hambre, etc. Pero esto que resulta tan sencillo puede complicarse a medida que nos relacionamos con el entorno y nos integramos con él, a partir de las relaciones sociales, estilos educativos, personalidad, expectativas y deseos, proyecto de vida, etc. Por lo que empezamos a confundir entre lo que uno es y lo que la sociedad espera de él, entre lo que uno quiere y lo que quieren los demás, entre lo que es real y lo que no.

En la actualidad existe en psicoterapia un creciente interés por técnicas de fantasía guiada, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Aunque se encuentran pocas investigaciones sobre técnicas de imaginación y fantasía guiada, las existentes demuestran que constituyen una valiosa fuente de información diagnóstica que además generan cambios en el "aquí y ahora" (para una revisión véase Rosal, 2002, p.334). La fantasía guiada permite aflorar material no consciente o explorar aspectos desconocidos, permitiendo el cierre simbólico de situaciones imposibles de cerrar en la realidad. Por otro lado, en la adaptación realizada por Lizeretti (2009; 2012) sugiere que permite un trabajo creativo con la dimensión emocional, pudiendo identificar las necesidades básicas asociadas a estados emocionales, constituyen estrategias efectivas para el desarrollo de la Inteligencia Emocional, permitiendo captar el sufrimiento de manera más pura y auténtica que los test psicométricos, y recogiendo información que es muy difícil de obtener de otra manera, o se tardaría mucho.

La Inteligencia Emocional (IE) se ha convertido en los últimos años en un concepto que ha despertado gran interés tanto entre los científicos como entre la población general. Intuitivamente se podría definir como *"la competencia para utilizar la sabiduría natural que aportan las emociones"* (Lizeretti, 2012 p.134). La IE se compone de cuatro niveles de habilidades emocionales descritas como *"la habilidad para percibir con precisión, evaluar y expresar emociones; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento; la habilidad de entender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad de regular las emociones para fomentar el crecimiento intelectual y emocional"* (Mayer y Salovey, 1997 p.10). Este modelo es el más aceptado por la población científica por sistematizar el procesamiento cognitivo de la experiencia emocional, lo que ofrece un marco excepcional para el trabajo terapéutico con las emociones en psicoterapia (Lizeretti y Gimeno-Bayón, 2014).

La IE se asocia con la felicidad, afecto positivo, satisfacción vital y autoestima (Gohm y Clore, 2002). Las personas con altas puntuaciones en IE son más

optimistas, tienen más autoestima, presentan una mayor capacidad empática (Bracket y Mayer, 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Mayer, Caruso y Salovey, 1999; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002; Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden, C y Dornheim, 1998) y muestran más conductas prosociales (Mayer et al., 1999), lo que contribuye a un mayor bienestar psicológico. En cambio, cuando es baja se relaciona con conductas desviadas y pobres relaciones sociales (Bracket, Mayer y Warner, 2004). Altos niveles de atención a las emociones, una baja claridad y reparación emocional está vinculado a síntomas como la ansiedad (Salguero y Iruarrizaga, 2006) o la depresión (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; Augusto-Landa, López-Zafra, Martínez de Antoñana y Pulido Martos, 2006). La IE también tiene un impacto significativo en el ajuste psicológico de los adolescentes asociándose negativamente a la salud mental, a los comportamientos agresivos y perturbadores (Bracket et al., 2004; Davis y Humphrey, 2012; Kokkinos y Kipritsi, 2012; Lomas, Stough, Hansen y Downey , 2012; Mayer, Roberts y Barsade, 2008; Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger y Dennison, 2001), y positivamente a la empatía, las relaciones personales y la satisfacción con el entorno social (Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000; Mayer et al., 1999). Además la IE está relacionada con la presencia de los trastornos mentales indicando que los pacientes con psicopatología presentan menos IE que la población general (Jacobs et al., 2008; Lizeretti, Extremera y Rodriguez, 2012; Perna et al., 2010). Por ejemplo, existe relación entre el nivel de IE y la presencia de TAG (Lizeretti y Extremera, 2011) y depresión (Downey, Mountstephen, Lloyd, Hansen y Stough, 2008; Hertel, Schütz y Lammers, 2009).

En este sentido, podemos considerar la IE como un factor de protección de la salud mental y de los trastornos psicopatológicos. Por este motivo, se quiere destacar que desde este modelo de Inteligencia Emocional se puede contribuir a explicar los procesos emocionales que se dan en las diferentes psicopatologías, a fin de comprender mejor su etiología y poder intervenir de una forma más eficaz. El abordaje psicoterapéutico de estas habilidades emocionales puede ser el foco del tratamiento en el abordaje de los trastornos mentales. A pesar de que las investigaciones que estudian el concepto de IE en el ámbito de la psicopatología clínica son aun limitadas, los resultados que se han obtenido hasta el momento señalan que se encuentran ante un nuevo paradigma desde donde formular modelos explicativos para los diferentes trastornos mentales. También pueden contribuir al diseño y aplicación de programas de intervención psicológica eficaces basados en el desarrollo de estas habilidades. En la *Terapia basada en Inteligencia Emocional. Manual de tratamiento* (Lizeretti, 2012) se ofrecen herramientas para el diagnóstico y la intervención de los diferentes problemas emocionales, una de ellas la Técnica del Rosal (Stevens, 1976; adaptación Lizeretti, 2009).

En este sentido la Técnica del Rosal (Stevens, 1976) no solo facilita la imaginación y el cambio creativo, sino que también sirve como diagnóstico fenomenológico (Rosal, 2002), constituye un test proyectivo con el fin de aflorar

material no consciente e identifica aspectos relevantes de la personalidad. En su adaptación (Lizeretti, 2009) identifica la emoción vital básica a través de la fantasía y del dibujo, así como los aspectos inconscientes de la personalidad que están relacionados.

Esta técnica facilita una intervención creativa que permite poner de manifiesto las emociones generadoras de los problemas y conflictos emocionales tanto a nivel personal como relacional. Pero además tal y como indica Rosal (1983), la actitud creadora da lugar a un estilo peculiar en el modo de percibir, pensar, emocionarse, motivarse, decidir, de carácter muy personal, idiosincrásico, fiel a uno mismo. La experiencia creadora requiere, más que unos rasgos característicos de la personalidad, una vivencia más o menos profunda de encuentro con uno mismo y con el otro.

**La Técnica del Rosal desde el modelo Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE).**

En esta nueva versión de la técnica se han realizado algunas adaptaciones como la reducción de la fantasía, el cambio de objetivo y algunos aspectos fundamentales de la interpretación. Tal y como se ha mencionado anteriormente, el objetivo principal en esta adaptación es identificar la emoción vital básica a través de la fantasía y del dibujo, así como aspectos inconscientes de la personalidad (Lizeretti, 2012).

Desde el modelo de la TIE las emociones sirven como guía y nos orientan hacia el descubrimiento de la necesidad asociada a dicha emoción. Cuando la emoción es auténtica actúa de forma emergente satisfaciendo las necesidades vitales y contribuyendo al bienestar –aquel que nos ayuda a recuperar el equilibrio alcanzando una experiencia auténtica de comodidad o bienestar–. Pero también contribuye al *bienser* a través de la satisfacción de aquellas necesidades que nos dan una identidad y nos acercan a todo aquello que podemos llegar a ser, dando sentido a nuestra vida, logrando objetivos vitales e integrando nuestras vivencias pasadas, presentes y futuras. Para lograr un auténtico estado de bienestar es necesario que se oriente hacia el *bienser*. Sin ello, el bienestar es superficial y fugaz y no sirve como una experiencia auténtica de felicidad, equilibrio o paz interior (Lizeretti, 2012 p. 28). Cuando se actúa desde esta superficialidad y el ciclo de la experiencia emocional queda incompleto, ya sea porque se ha *bloqueado, dispersado o distorsionado* la energía generada por la emoción, imposibilita satisfacer la necesidad auténtica, provocando malestar e insatisfacción. En este caso la emoción queda prohibida, pero la energía emocional necesita una vía de escape, y por ello, cuando prohibimos una emoción, la energía se deriva hacia otra emoción (parásita) motivada a la satisfacción de otras necesidades por lo que las necesidades asociadas a la emoción prohibida quedan insatisfechas. Por ejemplo, imaginemos una persona que desde pequeña se le ha prohibido la emoción de la tristeza a través de mensajes como "llorar es de niñas, tienes que ser fuerte, no seas débil", esta persona para satisfacer

las expectativas del entorno aprenderá a no mostrar o expresar esta emoción aunque la sienta, sin embargo, desviará toda esta energía hacia otra emoción, que puede ser, por ejemplo, la rabia parásita. De tal modo que ante una situación de tristeza, como una pérdida, la persona se verá motivada a expresar conductas agresivas, disruptivas, de enfado, etc. para intentar tapar los sentimientos de vacío. Pero quedará insatisfecho al no recibir el consuelo que necesita (necesidad vital básica ante la pérdida) lo que le llevará a sentimientos de culpabilidad, resentimiento o frustración (a corto y largo plazo). Cuando la persona aprende a expresar la emoción auténtica y satisfacer la necesidad que la desencadena puede cerrar el ciclo de la experiencia emocional reparando sus estados emocionales desagradables.

Teniendo en cuenta la importancia de identificar de forma adecuada las emociones que subyacen a nuestras experiencias emocionales y las necesidades vitales vinculadas a la emoción auténtica, desde este modelo se lleva a cabo un diagnóstico emocional. La comprensión e información que aporta el diagnóstico emocional sirve como guía para el diagnóstico psicopatológico y puede resultar útil para formular la teoría del problema en el contexto psicoterapéutico. En este enfoque se atiende tanto al proceso como al contenido de la emoción, y el diagnóstico del proceso emocional se prioriza sobre el diagnóstico psicopatológico. La formulación del problema en términos de habilidades emocionales es útil para identificar emociones prohibidas y parásitas en torno a las que se construye el problema y ayuda a ajustar la tarea terapéutica a las necesidades auténticas del paciente, ayudando al establecimiento de objetivos eficaces. Este diagnóstico es una alternativa y complementa a los diagnósticos tradicionales, ya que permite hacer un análisis emocional exhaustivo, tiene en cuenta el perfil de personalidad en la que se gesta y desarrolla el síntoma. Además hace referencia al proyecto vital de la persona y tiene una visión sistémica donde identificar patrones relacionales disfuncionales, con el objetivo principal de comprender de forma holista el sufrimiento de la persona. El diagnóstico emocional abre la posibilidad de intervenciones más creativas orientadas no solo a la solución de problemas sino también al crecimiento personal (Lizeretti, 2012 p.103). Por todo ello se ha considerado importante validar empíricamente, no sólo la eficacia de la Terapia basada en Inteligencia Emocional (Lizeretti, 2009) sino también iniciar un proceso de validación de las diferentes técnicas y estrategias de intervención empleadas. En el presente trabajo se presentan algunos de los primeros resultados obtenidos en el proceso de validación de la Técnica del Rosal.

## Método

**Participantes.** Para llevar a cabo esta investigación se realizaron 2 estudios. El primer estudio se realizó con una muestra de 95 participantes compuesta por 30 pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad y 21 con diagnóstico de depresión derivados de un Centro de Salud Mental de la provincia de Barcelona, y un Grupo Control (GC), muestra de la población general (n=44). El 79% de los

participantes eran mujeres y la media de edad fue de 41 años (DT=14,5).

En el segundo estudio participaron 62 menores de ambos sexos con una media de edad de 13,60 años (DT=2,75). Un grupo experimental de 36 menores procedentes de Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE's) tutelados por la *Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència* (DGAIA) de la *Generalitat de Catalunya* y un Grupo Control (GC) formado por 26 menores procedentes de diferentes centros escolares de Catalunya.

Los participantes fueron informados de los propósitos de la investigación y expresaron su participación voluntaria en el estudio a través del documento de consentimiento informado.

**Material.** El material empleado fue el procedimiento de la Técnica del Rosal (Lizeretti, 2009) que empieza por un ejercicio de fantasía guiada con una previa relajación. Tras la breve fantasía se procede a elaborar el dibujo y la descripción del rosal con las principales características. Seguidamente se realiza la interpretación en colectivo donde se identifican la emoción principal que les genera el dibujo, emoción parásita y la emoción que sentirían al ser este rosal, emoción prohibida, así como otros aspectos relevantes del dibujo (las necesidades básicas en torno a la que se construye la personalidad y el problema). De tal manera que, como en otras técnicas proyectivas, la interpretación se basa en la lógica emocional y en el sentido común.

**Procedimiento.** La técnica fue aplicada en la primera sesión de terapia grupal porque además aportar una valiosa información en el proceso de diagnóstico emocional, permite dar a conocer la dinámica que guiará la intervención terapéutica, la participación de todos los miembros del grupo en el proceso terapéutico, compartir aportaciones, facilitar el propio cambio y el del resto del grupo.

Para llevar a cabo la validación del proceso de interpretación del dibujo del rosal se llevaron a cabo los siguientes pasos: Primero se establecieron en categorías los criterios utilizados para la interpretación de las pruebas proyectivas del siguiente modo: tamaño, ubicación en la hoja, trazo, color, etc. Posteriormente se hizo lo mismo con los elementos del rosal (raíces, tronco, espinas, hojas, flores y ramas) y los elementos del entorno (árbol, casa, maceta, montañas, sol, nubes, etc.). También se analizó y recogió la emoción auténtica y parásita de cada participante. Finalmente se sistematizaron las categorías en diferentes variables con el objetivo de encontrar resultados lo más fiables posibles para su empleo diagnóstico.

En el proceso de sistematización de los datos y su análisis participaron diferentes profesionales expertos en Terapia Basada en Inteligencia Emocional y formados en el diagnóstico emocional. Como procedimiento para la estimación de la fiabilidad de las categorías se utilizó el método de evaluación interjueces. Para el análisis estadístico se llevaron a cabo análisis de frecuencia y tablas de contingencia.

**Resultado**

Este artículo no pretende hacer un análisis exhaustivo de todos los resultados obtenidos en estos estudios sino ofrecer algunos de los resultados más significativos que ayudan a demostrar por una parte, la riqueza que puede aportar esta técnica y por otra, a demostrar cómo la sistematización en su interpretación puede contribuir a su validez empírica como herramienta en el proceso psicodiagnóstico. Además de destacar la necesidad de investigaciones científicas en este campo que demuestren y consoliden la eficacia de las técnicas de fantasías guiadas y proyectivas.

**Estudio 1.** A continuación se muestran algunos de los resultados más significativos del primer estudio.

• Diferencias entre población general y población clínica

Se encuentran diferencias significativas entre la población clínica y el grupo control ($X^2$=,002) en cuanto a la emoción parásita. La mayoría de las personas del GC expresaron alegría (45,5%) como emoción parásita, en cambio la población clínica expresó en mayor medida el miedo (43,1%) o la tristeza (31,4%). En relación a la emoción auténtica, la mayor parte de la población general (75%) presentó el miedo como emoción auténtica. Entre la población clínica el 52,9% presentó miedo y el 45,1% rabia.

• Diferencias entre diagnósticos

Cuando se comparan grupos diagnósticos se observan diferencias significativas entre las personas con depresión y ansiedad respecto a la emoción parásita ($X^2$=,001). Las personas con depresión expresan tristeza como emoción parásita (57,11%) y las personas con ansiedad el miedo (46,7%). Pero curiosamente al analizar la emoción auténtica se observa que las personas con depresión en realidad lo que tienen es miedo en el 66,7% de los casos y rabia el 50% de las personas con ansiedad.

Más concretamente, los resultados indican que las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) presentan la alegría como emoción parásita (45,5%) y las personas con agorafobia el miedo (63,2%), dándose diferencia significativas entre ellas ($X^2$=,006). En cuanto a la emoción prohibida, las personas con TAG presentan miedo (66,7%) y las personas con agorafobia rabia (57,9%), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($X^2$=,110).

Al analizar los elementos constitutivos del rosal se encontraron diferencias entre ambos diagnósticos. Por ejemplo, las personas con depresión (57,9%) al dibujar el rosal no conectan el tronco con otros elementos como las raíces o las ramas, en cambio la mayoría de los pacientes con ansiedad (79,3%) hacen dibujos en los que todos los elementos están bien conectados, siendo estas diferencias significativas ($X^2$=,009). Asimismo, se observan diferencias respecto al nivel de conexión entre los pacientes con Agorafobia y las personas con TAG ($X^2$=,008). En la agorafobia (89,5%) parece haber más conexión que en el TAG (60%)

La posición del rosal en el lienzo también se tomó como indicador. El 52, 4 % de los pacientes con depresión dibujan el rosal en la parte superior, el 45% de los

pacientes con TAG lo dibujan en la parte de abajo y el 63,2% de las personas con agorafobia en el centro, dándose una diferencia significativa ($X^2$= ,025).

En los rosales de los pacientes con ansiedad (85,7%) se observa el uso de colores que corresponden a la realidad (por ejemplo las rosas son de color rosa o rojo) pero no así en los pacientes con depresión que con frecuencia (58,3%) utilizan colores poco fieles a la realidad (azul, negro, marrón o lila), siendo este dato también significativo ($X^2$= ,042).

Las espinas están relacionadas con los mecanismos de defensa de las personas. La mayoría de los pacientes con depresión (42,97%) tienden a no dibujar espinas, mientras que los pacientes con ansiedad (66,7%) si lo hacen, indicando otra diferencia entre estos dos grupos diagnósticos ($X^2$ = ,005).

• Diferencias respecto a la emoción parásita

Un dato que ha resultado de especial interés y muy significativo ($X^2$= ,000) indica que todas las personas que expresan rabia (100%) tienen miedo como emoción auténtica. Por el contrario, todos los que expresan miedo (100%) tienen la rabia como emoción prohibida. Las personas que expresan tristeza (88,8%), tienen miedo auténtico del mismo modo que las que expresan alegría (71,4%).

Al analizar el tipo de entorno se encontraron diferencias significativas ($X^2$ = ,010), en cuanto a la emoción parásita. Las personas que expresan alegría (60%) han dibujado un entorno afable (flores, ríos, montañas), las que expresan miedo (66,6%) dibujan un entorno hostil (borrasca, rayos) así como las que expresan rabia (50%). La otra mitad dibujan un entorno vacío (50%) junto los pacientes que han expresado tristeza (47,1%). Seguramente porque la tristeza es más introspectiva y focaliza menos en el entorno, pero cuando se fija lo ve hostil (41,7%).

Las mayoría de personas que expresan alegría (71%) y miedo (88%) han dibujado el rosal nutrido, es decir con color, flores abiertas, frondosos, etc. En cambio las personas que expresan tristeza (72%) y rabia (50%) han dibujado un rosal desnutrido, por ejemplo con la tierra seca, el tronco negro, las hojas y flores mustias, etc.. apreciándose diferencias significativas ($X^2$= ,010) . Respecto al número de flores, las personas que expresan tristeza (70%) sólo han dibujado una flor y las personas que transmiten rabia (50%) han dibujado más de 5, hallándose una diferencia significativa entre ambos grupos ($X^2$= ,045) .

• Diferencias respecto a la Emoción Auténtica:

También se encuentran diferencias significativas respecto a la presencia de espinas ($X^2$= ,049), mostrando que todas las personas con tristeza auténtica (100%) no dibujan espinas en el rosal y presentan desprotección. Las personas que sienten rabia (77%) dibujan espinas, de las cuales un 68,4% lo hacen como defensa. Asimismo, las personas con miedo auténtico (55%) dibujan espinas, y el 30% lo hacen como defensa.

• Diferencias entre sexos

Al analizar la emoción parásita en relación a la variable sexo se encontraron diferencias significativas entre ambas variables ($X^2$= ,029), indicando que los

hombres expresan rabia (37,5%) o miedo (50%), como emoción parásita y las mujeres tristeza (37,2%) y miedo (32,6%).

**Estudio 2.** Los resultados más significativos del estudio 2 son:

• Diferencias entre el grupo experimental y el grupo control

Cuando comparamos grupos diagnósticos se observan diferencias significativas ($X^2$=,003) entre el GC que presenta alegría como emoción parásita (14,5%) y los menores tutelados que presentan rabia (27,4%).

De los elementos constitutivos del rosal, las hojas son un indicador relacionado con los recursos personales que puede tener la persona. Resulta interesante observar como los menores tutelados no dibujan hojas en sus rosales (37,1%), pero si lo hacen los menores del GC (37,1%) observándose diferencias significativas ($X^2$=,019) entre ambos grupos. Además, el GC presenta un rosal nutrido (35,5%), en cambio el grupo experimental presenta el rosal desnutrido (27,7%). En la misma línea, los menores del GC dibujan un entorno afable (13,1%) o neutro (18%), por el contrario los menores tutelados presentan un entorno hostil (23%) observándose diferencias significativas ($X^2$= ,006) entre ambos grupos diagnósticos.

• Diferencias respecto al abuso o maltrato

Otro dato interesante del que se dispone información y se han hallado diferencias altamente significativas ($X^2$=,000) ha sido el maltrato (físico y/o psicológico y el abuso sexual) en relación al grupo diagnóstico. Ninguna persona del GC presenta abuso ni maltrato y sólo un 1,7% presenta sospecha. En cambio, entre menores tutelados hay un alto índice de maltrato (30%) y de abuso sexual (11,7%) así como de sospecha (13,3%).

En relación con la emoción parásita se observan diferencias significativas ($X^2$=,026) en cuanto al tipo de maltrato. Los niños que han sufrido abuso sexual expresan tristeza (8,3%) y rabia (3,3%) como emoción parásita, los niños que han sufrido maltrato expresan rabia (13,3%) y los niños con sospecha miedo (6,7%).

La mayoría de los menores que han sufrido abuso o maltrato (23,2%) no han dibujado el rosal con colores fieles a la realidad, en cambio los menores que no han sufrido maltrato (31,6%) lo dibujan con colores fieles a la realidad, observándose diferencias significativas ($X^2$=,007). Así mismo, los menores que han sufrido abuso sexual presentan un rosal desnutrido (10%) igual que las personas con sospecha (8%), en cambio los que no han sufrido ningún tipo maltrato (36,7%) presentan un rosal nutrido, dándose diferencias significativas ($X^2$=,004) entre estas variables.

• Diferencias entre sexos

Se observan diferencias significativas ($X^2$=,025) en relación al sexo y algunos de los elementos del rosal. Por ejemplo, los chicos han dibujado más espinas en su rosal (25,9%) y ninguna hoja (27,4%). En cambio las chicas no dibujan espinas (38,7%) pero si hojas (37,1%).

• Diferencias respecto la emoción parásita

Las personas con alegría parásita (10%) dibujan más de 5 flores en su rosal. Las personas que expresan rabia (21,7%), tristeza (11,7%) y miedo (16,7%) dibujan

solo una flor, observándose diferencias significativas ($X^2$=,021).

Las personas que expresan alegría (12,9%) presentan elementos dinámicos en su entorno (insectos, sol, nubes blancas), pero no pasa lo mismo con el resto de emociones, siendo esta diferencia significativa ($X^2$=,015). En esta misma línea, se observan que los menores que expresan alegría (1,6%) y tristeza (3,3%) no dibujan un entorno hostil, en cambio los menores que expresan miedo (1,6%) y rabia (1,6%) no dibujan un entorno afable, apreciándose diferencias significativas ($X^2$=,038) entre las diferentes emociones.

• Diferencias respecto la emoción auténtica

Otro dato de especial interés y altamente significativo ($X^2$=,000) indica que los menores que expresan miedo (22,6%) como emoción parásita, en realidad sienten rabia como emoción auténtica. Los menores que expresan tristeza (14,5%) como emoción parásita sienten miedo auténtico y los menores que expresan rabia (29%) como emoción parásita sienten miedo como emoción auténtica.

También se encuentran diferencias significativas en cuanto a los mecanismos de defensa ($X^2$=,040), señalando que las personas con rabia auténtica (28%) y miedo auténtico (31,7%) dibujan espinas en su rosal. Pero no lo hacen las personas con tristeza (10%) por lo que no se protegen.

**Discusión**

La primera coincidencia en los dos estudios es que el GC formado por población general presenta alegría como emoción parásita. Esto puede deberse a la necesidad de la persona de satisfacer las expectativas del entorno, buscando continuamente el bienestar subjetivo, la satisfacción vital y la felicidad. Autores como Cantón y Justicia (2008) indican que haber sufrido abuso sexual infantil supone una alta probabilidad de padecer problemas de depresión. Curiosamente las personas que presentan abuso y las personas con depresión han dibujado el rosal con colores poco fieles a la realidad. Este hallazgo puede ser de especial interés en investigaciones futuras para la detección de la depresión en menores.

En cuanto la variable sexo, los hombres muestran rabia como emoción parásita, dibujan más espinas en el rosal y ninguna hoja. En cambio, las mujeres presentan tristeza, no dibujan espinas, pero si hojas. Las hojas son elementos de intercambio con el entorno y suelen indicar las capacidades comunicativas de la persona. Las espinas son las defensas de la persona que pueden ser elementos de protección o de defensa. Parece interesante observar como estos datos coinciden con los aprendizajes emocionales recibidos a través de nuestra cultura.

En ambos estudios, la alegría se presenta de forma afable, la tristeza en forma de vacío, y el miedo y la rabia se presentan de forma hostil. Aunque en los menores el miedo aparece más de forma agresiva y en los adultos en forma de protección. La manera como dibujan el entorno también puede ser un dato relevante para identificar la emoción parásita en torno a la que se construye el problema.

Respecto a la emoción auténtica ambos estudios coinciden en que las personas

con miedo parásito sienten rabia como emoción auténtica, los que expresan tristeza presentan miedo auténtico y los que expresan rabia sienten miedo. Por tanto, reforzamos nuestra hipótesis de la importancia de identificar las emociones auténticas para poder satisfacer las necesidades emocionales y contribuir a un mayor bienestar (Lizeretti, 2012).

Además, actuar desde la emoción auténtica facilita estrategias de afrontamiento. En este sentido, podemos observar como en relación a la presencia de espinas, tanto la rabia como el miedo auténtico dibujan espinas en su rosal pero el miedo lo hace en forma de defensa y la rabia en forma de protección. Las personas con tristeza no ponen espinas en su rosal, por lo que tienen más dificultades para afrontar de forma eficaz sus conflictos.

En el estudio 1, un dato interesante al comparar grupos diagnósticos indica que las personas con depresión presentan tristeza como emoción parásita y en la ansiedad miedo. Estos resultados coinciden con los criterios diagnósticos establecidos según los manuales utilizados (DSM y CIE). Pero resulta interesante cuando se analiza la emoción auténtica, que se prohíbe, que varía en relación a la emoción expresada, siendo el miedo el que más prevalece en la depresión y en el TAG, y la rabia en la agorafobia. Este dato puede ser de especial relevancia no solo para la explicación y la comprensión del proceso emocional en diferentes psicopatologías sino para una adecuada intervención basada en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona.

Asimismo, las personas con depresión se presentan de forma más desconectada, dibujan en la parte superior de la hoja y utilizan colores poco realistas. Estos indicadores coinciden con los modelos cognitivos más relevantes de la literatura científica. Por ejemplo en el modelo de Beck (1967) se indica que existen diferentes elementos clave para el desarrollo de la depresión. En primer lugar, la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; en segundo lugar, los pensamientos automáticos negativos que desencadenan la activación emocional; en tercer lugar, las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información que nos llega desde nuestro medio; y en cuarto lugar, la disfunción en los esquemas cognitivos, que son formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones. Por otro lado, otro factor altamente relacionado con la depresión es la rumiación, es decir un tipo de pensamiento negativo repetitivo que incapacita a la persona a la búsqueda de soluciones (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Esto se podría explicar por la gran dificultad que tienen las personas con depresión para identificar con claridad de sus estados emocionales y de repararlos de forma adecuada (para una revisión véase Lizeretti y Rodriguez, 2011).

Las personas con depresión tampoco dibujan espinas, por lo que se sienten desprotegidos, pero dibujan elementos de protección en el entorno. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) indican que las personas más propensas a sufrir depresión son aquellas que cuando experimentan situaciones que no pueden controlar activan respuestas emocionales negativas y atribuyen su indefensión a

causas internas, globales y estables. En esta misma línea algunos estudios demuestran que el estilo atribucional de las personas indefensas se relaciona con los síntomas depresivos, siendo el proceso emocional un aspecto fundamental en la depresión (Camuñas, 2005).

En cambio, los pacientes con ansiedad se muestran más conectados con la realidad, tienden a dibujar en el centro de la hoja o en la parte de abajo y utilizan colores más realistas. Esto podría relacionarse con los pensamientos o síntomas obsesivos que se asocian a estos trastornos.

Otro dato de interés es como las personas con TAG dibujan espinas que les permiten protegerse y tienen como emoción auténtica el miedo. En cambio, las personas con agorafobia dibujan las espinas en forma defensiva y presentan rabia prohibida, dato que confirma la importancia de intervenir en relación a las necesidades vitales auténticas (Lizeretti, 2009; 2012).

En relación al estudio 2, los menores tutelados tienen rabia parásita y disponen de menos recursos que el CG, lo que viene indicado por un entorno desnutrido u hostil. Estos indicadores confirman el malestar general que presentan y la dificultad que tienen para gestionar sus emociones como consecuencia de todos los cambios que han sufrido ya a edades tan tempranas. En la mayoría de casos provienen de entornos negligentes y de maltrato, proceden de familias desestructuradas donde han quedado desatendidas sus necesidades básicas tanto físicas como afectivas. Este entorno hostil puede provocar en el menor una inestabilidad emocional que frecuentemente se manifiesta a través de conductas agresivas, de descontrol o de dificultad para mantener relaciones sanas. De hecho, diferentes autores señalan la alta prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en este ámbito (e.g., Del Valle, Saneiro y Bravo, 2011).

El segundo dato relevante a destacar es la alta prevalencia de maltrato y abuso sexual, lo que genera una serie de consecuencias en los menores que repercuten directamente en su ajuste psicosocial, en sus relaciones de apego, en su autoestima, en sus expectativas de control y en su capacidad empática (Drapeau, Saint Jacques, Lépine, Begin y 2007; Haskett, Nears, Sabourin y McPherson, 2006; Lázaro y López, 2010).

Los menores que han sufrido abuso sexual pueden sentir rechazo hacia el entorno y conductas de retraimiento o por otro lado presentar mucha ansiedad, que expresan con sentimientos de tristeza o rabia. Aquellos que han sufrido maltrato físico y/o psicológico suelen presentar actitudes agresivas, destructivas, rebeldes e hiperactividad relacionadas con la emoción de la rabia.

En relación a la emoción parásita también se observan algunos indicadores interesantes como que las personas con alegría parásita no dibujan en la parte izquierda de la hoja, por lo que parecen menos focalizados en el pasado. En cambio las personas con tristeza tienen dificultad para focalizar su atención en el aquí y ahora, por lo que no dibujan el rosal en el centro. Las personas con miedo focalizan mucho la atención hacia el futuro, aspecto relevante dado la coincidencia entre la

expresión del miedo y la anticipación de amenazas futuras manifestada con conductas evitativas, fóbicas, etc.

Otro dato que sustenta la interpretación de la técnica es como las personas que presentan alegría dibujan elementos dinámicos, como sol, insectos, nubes… que complementan su dibujo. Estos elementos están relacionados con nuestras relaciones de intercambio con el exterior y con cómo nos sentimos respecto al mundo que nos rodea.

Finalmente, se puede concluir que la mayoría de los resultados confirman la hipótesis de que contrariamente a lo que se cree los pacientes con ansiedad tienen como emoción prohibida la rabia y los pacientes con depresión el miedo. Esta técnica podría servir para detectar la presencia de alguna forma de abuso en los menores. Asimismo, hay coincidencia entre los dos estudios en cuanto a la relación entre emociones parásitas y auténticas y su forma de protegerse del entorno, confirmándose algunos de los sesgos culturales más frecuentes en nuestra cultura emocional. Además, los datos obtenidos también contribuyen a explicar algunos aspectos que se "captan intuitivamente", y que un mayor conocimiento emocional a través de la Inteligencia Emocional puede ayudar a descifrar.

Futuras investigaciones deben ir orientadas a la mejora de la sistematización de los datos, definiendo y acotando mejor las categorías y ampliando la muestra para consolidar los resultados encontrados. Dadas las relaciones encontradas en los dos estudios, también sería interesante correlacionar la técnica con síntomas y otros resultados psicométricos. Así como extender el análisis a otros ámbitos de intervención o comparar resultados de intervención pre y post tratamiento. Por todo ello es importante seguir avanzando en la investigación empírica en este ámbito a fin de poder demostrar y consolidar la eficacia de las técnicas proyectivas y de fantasía guiada.

## Referencias Bibliográficas


Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87,* 49-74.

Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., Martínez de Antoñana, R., y Pulido Martos, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema*, *18*, 152-157.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects.* Nueva York: Harper y Row.

Brackett, M. A. y Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(9), 1-12.

Bracket, M. A., Mayer, J. D. y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, *36*, 1387-1402.

Camuñas, N. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *EduPsykhé*, *4(*2), 179-197.

Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, *20*, 509-515.

Ciarrochi, J., Chan, A., y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, *28*, 539-561.

Davis, S.K., y Humphrey, N. (2012). The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. *Journal of Adolescence, 35*(5), 1369-1379.

Del Valle, J., Saneiro, A., y Bravo, A. (2011). *Salud Mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Extremadura: Junta de Extremadura.

Downey, L. A., Mountstephen, J., Lloyd, J., Hansen, K., y Stough, C. (2008). Emotional intelligence and scholastic achievement in Australian adolescents. *Australian Journal of Psychology*, *60*(1), 10–17.

Drapeau, S., Saint Jacques, M.C., Lépine, R., Begin, G., y Bernard M. (2007) Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of adolescence, 30*, 977-999.

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia Emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud, 15,* 117-137.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N y Ramos, N. (2004): Validity and reliability of the V Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, *94*, 751-755.

Gohm, C.L. y Clore, G.L. (2002). Tour latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. *Cognition and Emotion*, *16,* 495-518.

Haskett, M. E., Nears, K., Sabourin, C., y McPherson, A. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, *26*, 796-812.

Hertel, J., Schütz, A., y Lammers, C. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(9), 942-954..

Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J., Charney, D. S., Pine, D. S., y Blair, K. S. (2008). Association between level emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1487-1495.

Keyes, C.L.M., y López, S.J. (2002). *Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions*. Londres: Oxford University Press.

Kokkinos, C. M., y Kipritsi, E. (2012). The relationship between bullying, victimization, trait emotional intelligence, self-efficacy and empathy among preadolescents. *Social Psychological Education*, *15*, 42-58.

Lázaro, S. y López, F (2010) Continuidad de los efectos del maltrato durante la infancia en adolescentes acogidos en los centros de protección. *Infancia y Aprendizaje*, *33*(2) 255-268.

Lizeretti, N. P. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional.* Barcelona: Universitat Ramon Llull (Tesis doctoral). Recuperado de http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1.

Lizeretti, N. P. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional*. *Manual de tratamiento.* Lleida: Milenio.

Lizeretti, N. P., y Extremera, N.(2011) Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatric quarterly, 82*(3), 253-260.

Lizeretti, N. P., y Rodríguez, A. (2011). La inteligencia emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés*, *17*(2-3), 233-253.

Lizeretti N., Extremera N., y Rodríguez A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, *83*(4),407-18.

Lizeretti, N.P. y Gimeno-Bayón, A. (2014). Inteligencia emocional y valores éticos. *Revista de Psicoterapia 25*(97), 79-104. http://revistadepsicoterapia.com/inteligencia-emocional-y-valores-eticos.html

Lomas, J., Stough,C., Hansen, K., y Downey, L.A. (2012). Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in adolescents. *Journal of Adolescence*, *35*. 207-211.

Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). *What is Emotional Intelligence*? Nueva York: Basic Books.

Mayer, J. D., Caruso, D. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for and intelligence. *Intelligence*, *27*, 267-298.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., y Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, *59*, 507–536.

Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D., y Dennison, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence, 24,* 1-9.

Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61,* 115-121.

Perna, G., Menotti, R., Borriello, G., Cavedini, P., Bellodi, L., y Caldirola, D. (2010). Emotional intelligence in panic disorder. *Rivista di Psichiatria*, *45,* 320-325.

Rosal, R. (1983). Investigación sobre la creatividad y psicología humanista. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, 4*, 1-15.

Rosal, R. (2002). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Barcelona, España: Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista.

Salguero, J. M., y Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y estrés, 12*(2-3), 207-221.

Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., y Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, *17*, 611-627.

Schutte, N., Malouff, J., Hall, L., Haggerty, D., Cooper, J., Golden, C., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *25,* 167-177.

Stevens, J.O. (1976). *El darse cuenta. Sentir, vivenciar e imaginar*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.

# EXPERIENCIA Y EXISTENCIA EN LAS PSICOTERAPIAS HUMANISTAS

## EXPERIENCE AND EXISTENCE IN HUMANISTIC PSYCHOTHERAPIES

**Ana Gimeno-Bayón Cobos**
Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno-Bayón Cobos, A. (2017). Experiencia y existencia en las Psicoterapias Humanistas. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 207-229.

### Resumen

*Una de las características distintivas de las psicoterapias humanistas es su carácter experiencial, de tal forma que frecuentemente se las denomina "psicoterapias experienciales". Otro de los rasgos de la Psicología y Psicoterapias Humanistas es su carácter de "existencial" y también por eso se refieren a ellas como existencial-humanistas. Estos dos adjetivos hacen referencia a la globalidad e inmediatez en la adquisición de la sabiduría (terapéutica) y a su significatividad respecto al conjunto del proyecto vital. El artículo abordará estos temas, y preguntas tales como: ¿Qué conlleva y cómo se le da la cualidad de "experiencial" o de "existencial" en la sala de terapia? ¿Por qué han optado las psicoterapias humanistas por este enfoque? ¿Se sobrevaloran, en el proceso terapéutico de las psicoterapias humanistas, alguno de los subsistemas o niveles que configuran la experiencia en detrimento o disociándolo de los otros? ¿Tienen en cuenta el contexto del sujeto más allá de la sala de terapia? ¿Se contempla la perspectiva del momento evolutivo en que se encuentra la persona y la tarea a realizar en este período de su vida? ¿Hay un ir y venir entre el presente de la experiencia "aquí y ahora" y el conjunto del proyecto vital de la persona? La multiplicidad de dimensiones e inteligencias que conlleva el hecho de ser humano necesitan estructurarse en un hilo conductor teleológico y plástico que dé sentido al proceso, de modo que cada sesión terapéutica sea un momento único, en el seno de una vida única y llena de sentido.*

Palabras clave: *experiencia, existencial, psicoterapias humanistas, proceso psicoterapéutico, proyecto vital.*

### Abstract

*One of the hallmarks of humanistic psychotherapies is its experiential character, so that it is often called "experiential psychotherapy". Another feature of Humanistic Psychology and Psychotherapy is its "existential" character and also why they are referred to as existential-humanistic therapies. These two adjectives refer to the globality and immediacy in the acquisition of wisdom (therapeutic) and its significance from the overall life project. The presentation will address these issues, and questions such as: What does it require and how to give the "experiential" and/or "existential" connotation to what happens in the therapy room? Why have humanistic psychotherapies choosen this approach? Do these overestimated, in the therapeutic process of humanistic psychotherapies, any of the subsystems or levels that make up the experience in detriment or dissociating them from others? Do they take into account the context of the subject beyond the therapy room? Does it take into consideration the the evolutionary perspective of the person and the task to be done in the persons period of his life? Is there a back and forth between this experience "here and now" and the whole of the persons life project? The multiplicity of dimensions and intelligence that comes with being human need to be structured in a teleological and plastic thread that gives meaning to the process, so that each therapeutic session is a unique and meaningful moment, within a single life and full of meaning.*

Keywords: *experience, existential, humanistic psychotherapies, psychoterapeutic process, life project.*

Fecha de recepción: 9 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 14 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: anagb.ifromm@gmail.com
Dirección postal: c. Madrazo 113, enlo. 2ª. 08021 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Llegó con tres heridas:
la del amor,
la de la muerte,
la de la vida.
Con tres heridas viene:
la de la vida,
la del amor
la de la muerte.
Con tres heridas yo:
la de la vida,
la de la muerte
la del amor.

(Hernández, 1977, p. 441).

¿Quién no se siente aludido por el poema de Miguel Hernández como parte de su experiencia personal? ¿Acaso no consiste la profesión del psicoterapeuta, en sanar esas heridas, hasta donde se pueda, o ayudar a que cicatricen en forma sana y se hagan fecundas para el propio sujeto y para los demás?

A las Psicoterapias Humanistas se las denomina frecuentemente "experienciales" o "existenciales", porque experiencia y existencia son dos elementos que están presentes en las Psicoterapias Humanistas desde su inicio.

Maslow, en 1957, se quejaba de los "intelectuales que se dejan absorber por abstracciones, palabras y conceptos, y olvidan la experiencia real original que es el inicio de toda ciencia*"* señalando que "deberían aprender más sobre lo subjetivo, privado, interno, y meditativo y llevar la introspección, desechada como técnica, al campo de la investigación psicológica" (Maslow, cit. en Misiak y Sexton, 1973, p. 115). Así ya desde sus inicios, la experiencia (también la interior) fue puesta en el centro de la Psicología Humanista como protagonista y fuente de conocimiento. En definitiva, la Psicología Humanista se hacía cargo de la subjetividad de todo conocimiento, y en lugar de rechazarlo por su carencia de objetividad, lo convertía en fuente de significado.

> El sentido de las cosas es también, por ser relativo a la situación, único e irrepetible, y esta unicidad de "lo uno que hace falta" constituye su transubjetividad: hace que el sentido no sea dado por nosotros, sino que nos sea dado, aún cuando su percepción y su realización pueda depender mucho de la *subjetividad del conocimiento y de la conciencia del hombre.* […]
>
> La consciencia es uno de los fenómenos específicamente humanos. Se podría definir como la capacidad intuitiva de percibir el sentido único e irrepetible que está escondido en cada situación. En una palabra, la consciencia es un *órgano que percibe el sentido* (Frankl, 1978, p. 82).

En el mismo escrito de Maslow antes citado, aboga éste por una psicoterapia de corte existencial cuando apunta que: "Los psicólogos [...] deberían estudiar las

experiencias finales`...]. ¿Para qué vive el ser humano? ¿Qué hace que la vida valga la pena? ¿Qué experiencias en la vida justifican los sufrimientos de la existencia?*"* (Maslow, 1957, cit. en Misiak y Sexton 114s.).

Por otra parte, si a las psicoterapias humanistas se les llama experienciales o existenciales ¿qué relación hay entre ambos términos? Gendlin lo aborda señalando que

> La psicoterapia existencial sostiene que uno mismo se hace y se transforma en la vida diaria. El pasado y todos los "mecanismos interiores" no determinan completamente la vida. Los hombres no son máquinas que trabajan por necesidad matemática. En una terapia relacional, paciente y terapeuta viven más allá de las estructuras. Las personas son existencias, no definiciones [...]
>
> La psicoterapia experiencial trabaja con lo más concreto. La experiencia actual no emociones, palabras o movimientos musculares, sino un sentimiento directo de la complejidad de las situaciones y de sus dificultades (Gendlin, 1997, p. 44).

Podría resumirse diciendo que, de entre las múltiples opciones posibles, las terapias experienciales se caracterizan por:

a) la experiencia actual como objeto a tratar, tal como se da, y qué significado tiene para el sujeto
b) la fenomenología como método a aplicar para comprenderla, y
c) la filosofía existencial como marco metateórico en el que encuadrarla.

En el escrito que sigue, se verán, uno tras otro, estos tres niveles y cómo afectan al proceso psicoterapéutico.

**La experiencia**

El adjetivo experiencial, hace referencia, básicamente, a la globalidad e inmediatez en la adquisición de la sabiduría. El filósofo Ferrater Mora define la experiencia como un "modo de conocer algo inmediatamente antes de todo juicio formulado sobre lo aprehendido" (Ferrater Mora, 1994, p. 1181).

Frente a una manera argumentativa y analítica en cuanto al modo de acceder al conocimiento terapéutico –propia de los dos paradigmas dominantes cuando nace la Psicología Humanista– lo experiencial viene caracterizado, al menos, por dos rasgos: la velocidad en su adquisición y el carácter global del conocimiento alcanzado. Ello supone dar preeminencia a las funciones propias del hemisferio cerebral derecho: la intuición y la capacidad de síntesis, frente al razonamiento lógico y el análisis. Eso conlleva una serie de consecuencias:

a) Al ser la experiencia idiosincrásica, la psicoterapia va a estar más pendiente de lo específico de la vivencia de cada individuo que de los aspectos nomotéticos, los principios generales, o las teorías propias de una escuela.

b) Ello no quiere decir que no haya teoría, sino que ésta se va a centrar más en los procesos de adquisición del conocimiento que en los contenidos en sí mismos.

c) El lenguaje que utilizará no será entonces el típico del análisis lógico, sino el que permite mejor la plasmación expresiva personal, y que es diferente al primero. Tres décadas después del nacimiento de la Psicología Humanista, Jerome Bruner –uno de los inspiradores de las psicoterapias postmodernas–, formuló la existencia de dos tipos de pensamiento, irreductibles entre sí, con sus propios presupuestos, objetivos y metodologías de verificación de la realidad (Cfr. Bruner, 2004). Lo podemos sintetizar en la siguiente tabla:

**Tabla 1**
***Adquisición del conocimiento según J. Bruner (2004)***

| Tipo | Paradigmático | Narrativo |
|---|---|---|
| **Objetivo** | Conocer la realidad empírica y convencer sobre ella.<br>Busca obtener verdades universales. | Dar sentido a la experiencia y convencer de su verosimilitud y conexiones probables entre dos sucesos particulares. |
| **Rasgos** | Verificación argumentativa.<br>Es posible la falsación con pruebas formales empíricas.<br>No tiene en cuenta el contexto. | Trata las intenciones y experiencias en el marco de un contexto.<br>No es falsable.<br>Predomina lo psíquico |
| **Método** | Descendente: de arriba a abajo.<br>Enfoque abstracto.<br>Consiste en aplicar una teoría a un caso concreto. | Ascendente: de abajo a arriba.<br>Busca la teoría implícita en lo individual para deconstruir y reconstruir. |

Para ejemplificar los dos tipos de pensamiento: observemos la palabra "avalancha". Podemos definirla al modo de la *wikipedia*, como

> el desplazamiento de una capa de nieve o de tierra ladera abajo, que puede incorporar parte del sustrato y de la cobertura vegetal de la pendiente, ocasionada por la falta de homogeneidad de la capa de nieve y por la existencia, entre los límites de capas físicamente diferentes, de un agente que facilita el deslizamiento de una de ellas sobre otra subyacente.

¿Cuál ha sido la experiencia interna del lector al leer esta descripción? Seguramente predominan en ella los aspectos cognitivos.

Otra manera de conocer ese fenómeno puede ser contemplar la imagen de Turner de la "Caída de una avalancha en los Grisones". Seguramente la experiencia interior es ahora distinta a la anterior y se ha dado un determinado movimiento emocional ante una escena llena de dramatismo –con piedras volando, aplastando una cabaña, un cielo oscuro en movimiento, y una gran roca que se dirige al espectador– que no se dio leyendo la descripción.

Ambos modos de conocimiento son válidos, pero seguramente conducen a distintos lugares y reacciones internas.

En el momento en que nace la Psicología Humanista –hacia 1954– existían

básicamente dos grandes modelos terapéuticos (que no se hablaban entre sí):

a) El psicoanalítico, con una fuerte carga teórica, que a veces impide que el paciente se reconozca en la interpretación ofrecida por el terapeuta porque su experiencia interna es absolutamente incompatible con la interpretación del psicoanalista. Un botón de muestra: la mujer que llega feliz a su sesión de psicoanálisis, y que cuenta al psicoanalista que por fin ha quedado embarazada. El psicoanalista le dice: "De mí, ¿verdad?" La paciente, horrorizada, le dice: "¿Cómo que de usted? De mi marido". Y el psicoanalista insiste: "Físicamente sí, pero simbólicamente está embarazada de mí". Este es un ejemplo (real) de la distancia entre la experiencia vivida y la experiencia interpretada por otro.

b) El otro modelo, el conductismo, tan centrado en los conocimientos del comportamiento animal y en el amaestramiento aplicable a los seres humanos, que obviaba lo que –con perdón– tenemos de específico como especie.

Ambos modelos estaban instalados en el pensamiento paradigmático, funcionaban de arriba abajo (desde el discurso del experto terapeuta al inexperto paciente), como descubridores de verdades objetivas (intenciones incluidas, en el caso del psicoanálisis y emociones excluidas en el del conductismo).

Hay que decir que ambos modelos hoy han evolucionado notablemente hacia la flexibilidad y la integración de actitudes procedentes de otros ámbitos, de lo cual no queda sino felicitarse.

Sea como sea, ese exceso de teoría, por un lado, y el desarrollo del pensamiento débil, la penetración del idealismo oriental, la postmodernidad, las teorías de la complejidad y el movimiento corporeísta, entre otros factores, hicieron que el nacimiento de la Psicología Humanista se abocara a una aproximación a la realidad más relativista, introspectiva y experiencial, claramente decantada hacia el pensamiento narrativo, en el que la metáfora, el símbolo, la expresión plástica o corporal, la conciencia del sujeto y la interpretación por éste del significado de su experiencia, cobraban un protagonismo indiscutible.

¿Significa eso que las terapias humanistas eliminaron el pensamiento lógico-científico? En absoluto. Lo que hicieron fue ampliar sus áreas, de modo que:

a) Introdujo en la sesión el cuerpo, que se había quedado aparcado en la sala de espera o en el diván, y con él arrastró toda clase de posibilidades. Al hacerlo, incluía los estudios anatómicos de Reich (1938, 1983, 1985, 1986) que daban fundamento teórico a las psicoterapias corporales, los estudios del neurocirujano Penfield –el del "homúnculo"– (Penfield y Boldrey, 1937; Penfield y Rasmussen, 1950), en los que se basó Berne a la hora de concebir los estados del yo del Análisis Transaccional, o los innumerables experimentos perceptivos de la Escuela de la Psicología de la Gestalt que integró Perls.

b) Introdujo la valía de la intuición. Detrás tenía los estudios realizados por Berne (2010) en torno a su capacidad de captar la realidad compleja de lo humano, más certera –en determinadas circunstancias– que la realizada a través del análisis, e igualmente los estudios del premio Nobel, Roger Sperry (Sperry, 1974; Sperry y

Gazzaniga, 1967) sobre la diferenciación funcional de los hemisferios cerebrales. Una de las maneras más comunes de utilización de la intuición es la intervención terapéutica mediante fantasías guiadas, de cuyo fundamento científico da buena cuenta la obra de Rosal (2013), *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica.*

c) Introdujo la emoción como motor y elemento de orientación del cambio, y cuya funcionalidad fue reconocida bastantes lustros después a través del constructo de "inteligencia emocional" de Salovey y Mayer (1989). La emoción no era ajena a los estudios de Darwin sobre el tema, ni a las consideraciones que Gardner, en 1983, había realizado respecto a su función en el comportamiento inteligente.

d) Introdujo en la sesión la dimensión axiológica como elemento indispensable para comprender el comportamiento del sujeto.

e) Igualmente introdujo en el seno del proceso terapéutico la dimensión espiritual, cuya experiencia se había intentado disecar entre las páginas de los libros de psicopatología, y que tenía detrás estudios tan diversos como los realizados a partir de los años sesenta por Grof (1975, 1980) sobre los estados alterados de conciencia, o los realizados por Fischer (1971), sobre neurofisiología del éxtasis, a los que se añadieron después los múltiples estudios sobre los efectos bioquímicos de la meditación. La Psicología Humanista se tomó en serio esta dimensión, como intrínseca al ser humano, distinguiendo, con Maslow, entre "necesidades de défit" y "necesidades del Ser", figurando entre éstas últimas las metanecesidades espirituales. En la misma línea de reconocimiento de éstas, Assagioli (1973) estructura el proceso terapéutico en el modelo por él creado, la Psicosíntesis, en dos etapas: una primera denominada "psicosíntesis personal" y una segunda, la "psicosíntesis transpersonal", afirmando que

> Las necesidades fundamentales y las necesidades personales se refieren al nivel inferior y al nivel medio de la vida psicológica, ya sea consciente o inconsciente. Hay además un tercer nivel superior –el área del superconsciente– que culmina con el Sí Transpersonal (Assagioli, 1989, p. 88).

f) Introdujo la realidad social en la sala de terapia, al valorar y desarrollar la psicoterapia grupal, en la que, en lugar de hablar el sujeto de cómo son sus interacciones con los demás, las actúa y modula en el propio marco de la psicoterapia. Los Grupos de Encuentro de Schutz (2001), o los de Rogers (1979), fueron algunos de los que dieron lugar a toda una variedad de psicoterapias grupales y, en el caso de Rogers, se abrieron e instalaron en los conflictos político-sociales para facilitar la resolución de los mismos (como ocurrió con los grupos de enemigos políticos en Irlanda, o las conversaciones de Camp Davis).

Lo que caracteriza a las psicoterapias experienciales no es el carecer de teorías, sino la diferente utilización que se hace de ellas.

> Un terapeuta experiencial utiliza teorías para apuntar a lo que se está viviendo y sintiendo en lugar de traducir al paciente a conceptos y trabajar

> luego con éstos. Debido a que este método nos permite usar cualquier terminología teórica, los terapeutas experienciales hablan de muchas y diferentes maneras y participan más en el método que en una determinada manera de hablar. Por eso es un movimiento amplio y dentro de él las líneas de división no son tajantes (Gendlin, 1997, p. 150).

**Repercusión en la sesión terapéutica de la dimensión experiencial**

Las psicoterapias humanistas –si quieren ser fieles a su denominación de experienciales– harán consistir el proceso psicoterapéutico en desarrollar un interés por lo **concreto vivo** en el presente en el que prima el holismo, la interrelación sistémica y compleja de todo con todos y con todo lo que forma parte del universo del individuo.

Por supuesto, el psicoterapeuta tendrá en cuenta cada uno de los subsistemas emocional, corporal, cognitivo, interaccional, etc. para explorar qué cambios se pueden introducir en ellos y así modificar la globalidad de la experiencia, pero no lo hará en forma reduccionista. El mensaje "Piensa globalmente y actúa localmente" atribuido al activista Patrick Geddens (1854-1932) es aquí plenamente aplicable.

En la sesión, entonces, se da la oportunidad y la posibilidad de **releer lo implícito en la experiencia,** en un proceso de deconstruir y reconstruir el significado de la misma, dándole carácter sanador a lo que permanecía como dolorosamente insignificante o irreparable, incluyendo en la nueva lectura dimensiones –como la corporal, emocional o espiritual– que habían permanecido ocultas, y acceder así a significados verosímiles y más funcionales para la realidad del aquí y ahora.

Para ello se cuenta, (además de la ingente cantidad de técnicas de intervención creadas en el marco de las psicoterapias humanistas) sobre todo, con un **nuevo estilo de relación** configurada en buena parte por las aportaciones de Carl Rogers (1953, 1962), Rollo May (1959, 1977, 1985) Fritz Perls (1976), Laura Perls (1973) e Irvin Yalom (May y Yalom, 1989), en que el individuo pueda sentirse aceptado y respetado, cosa que muchas veces significa estrenar una experiencia nunca vivida. Un tipo de relación llena de autenticidad y de presencia viva de dos o más personas implicadas en lo que Gergen (1996) llama "diálogo transformativo" y que Rollo May denominó "encuentro profundo", marcado por la fidelidad al ser humano concreto que está delante, antes que la fidelidad a un modelo.

> El terapeuta debe estar presente al paciente, debe esforzarse por un auténtico encuentro con el paciente. Aún cuando el terapeuta haya gastado sólo una hora a la semana con el paciente, es de vital importancia [...] que el terapeuta esté plenamente presente e implicado intensamente. Si el terapeuta se siente aburrido, irritado, o apartado del paciente, si el terapeuta está impaciente por el final de la hora, entonces en tal medida el terapeuta está fallando en proveer la relación que el paciente requiere urgentemente (May y Yalom, 1989, p. 396).

La relación entre alguien que ostentaba una posición de superioridad desde su objetividad y pericia (el terapeuta), y alguien que estaba en posición de inferioridad desde su subjetividad y su rol de inexperto, se transformó en un trabajo en equipo entre dos expertos: el terapeuta, experto en ayudar a provocar cambios que la propia persona no logra realizar sola, y el cliente o paciente (a ver si algún día se halla una palabra más bonita) experto en su propia subjetividad. La conciencia de desigualdad de roles y ámbito de pericia, pero igualdad en el resto de los campos –importancia, valía, inteligencia, etc.– llevó al individuo a una experiencia de "consideración positiva incondicional" en un clima de respeto y comprensión profunda. Algo bien nuevo y sanador, en mayoría de ocasiones, en la vida del sujeto que acudía a terapia.

Tal relación vincular no era fruto de un teatro vagamente compasivo, sino de la autenticidad, y de haber pasado el terapeuta por su propio proceso de psicoterapia para curar las tres heridas a que aludía el poema inicial.

La comunicación experiencial prioriza un **enfoque interactivo** de modo que la sala de terapia se convierte en un espacio de exploración, que permite buscar nuevos caminos a través de todo tipo de lenguajes: el metafórico, el simbólico, la expresión plástica, o la silenciosa narrativa no verbal que va dando cuenta de los avatares del vínculo terapéutico o del discurso interno del sujeto.

Igualmente se presta una **especial atención a las emociones**, como fuerzas de cambio. Si queremos una explicación lógica de las causas o modos de cambiar, recurriremos al lenguaje paradigmático. Si queremos un cambio cualitativo, tendremos que recurrir al lenguaje narrativo experiencial y a las motivaciones afectivas que impulsan tal cambio.

La experiencia se caracteriza por ser preconceptual, internamente diferenciable y sentida corporalmente (Gendlin, 1997, p. 11). William James, en su admirable estudio sobre la corriente del pensamiento, señala que

> Debemos hablar de una sensación de "y", de una sensación de "si", de una sensación de "pero", y de una sensación de "por medio de", casi con la misma presteza con que hablamos de una sensación de azul o de una sensación de frío (James, 1890/1989, 197).

Es por ello por lo que en las psicoterapias humanistas se da una **especial atención al cuerpo** como lugar en que transcurre la experiencia, y residencia de los aspectos no conscientes que pueden ser abordados y desvelados a partir de él.

> Dice Gendlin: "Hace 25 años, cuando el Focusing era nuevo y dije "el inconsciente es el cuerpo", sorprendí a mis colegas en la universidad. Ahora el énfasis en el cuerpo como fuente de información e innovación no es novedoso. Pero aún no es ampliamente conocido cómo uno puede exactamente penetrar en esa fuente (Frezza, 2007).

El cuerpo aparece, pues, como el lugar al que acudir una y otra vez cuando necesitamos contactar con nuestra experiencia actual, revisitar la actualidad de nuestra experiencia pasada o constatar cómo se anticipa en él la supuestamente futura.

Así lo muestran dos experimentos realizados por la autora (Gimeno-Bayón, 1999), corroborados posteriormente por investigaciones similares, que mostraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control respecto a los resultados de la aplicación de una fantasía guiada, con dramatización corporal y sin dramatización corporal de la misma, y respecto al cambio emocional tras la lectura de frases, involucrando o no, conscientemente, la respiración profunda.

**La Fenomenología**

Así como en el existencialismo encontraron las Psicoterapias Humanistas sus principios antropológicos, encontraron su metodología en la fenomenología de Husserl, porque –igual que ellas– partía de la experiencia. Bugental, en su formulación de los *Basic Postulates and Orientation of Humanistic Psychology* formulados en la Conferencia celebrada en Filadelfia, en 1963, afirmaba:

> La psicología humanística confía ampliamente en la orientación fenomenológica, sin que por ello desprecie los logros de otras orientaciones; así intenta completarla y agregarla a la relación total de una concepción de la experiencia humana, es decir, como se desprende de los puntos anteriores, la psicología humanística hace hincapié en la posición central de la orientación fenomenológica para la investigación de la existencia humana en su integridad (Bugental, 1964, p. 24).

Desde el punto de vista de la Fenomenología, la comprensión de algo no es su explicación, sino que la aprehensión viene de la descripción detallada, clara e ingenua de lo que está siendo. La herramienta terapéutica es la vivencia del investigador (incluyendo la sensación de dirección, de intencionalidad) tal como es percibida en el aquí y ahora.

Si observamos este tipo de metodología, en su aplicación terapéutica, se verá que: Si la experiencia es la forma en que se experimentan los fenómenos, en la sala de terapia hay, como mínimo, dos experimentadores: el terapeuta y el protagonista de la terapia.

Esta **disparidad perceptiva** de la experiencia es la que da lugar al cambio, co-creación realizada en el seno mismo de la relación terapéutica. Por ello aparece ahora, en la terapia, de la mano de Perls (a diferencia de Rogers), en primer lugar, la posibilidad de la autorrevelación de la experiencia del terapeuta, que aporta su percepción para disonar y crear algo nuevo (por ejemplo, cuanto el terapeuta apunta su extrañeza ante la persona que sonríe mientras cuenta algo triste).

Dicha relación minimiza la distancia entre los roles, que la psicoterapia había copiado del modelo médico y el **vínculo terapéutico** se convierte en la pieza clave del proceso, más allá de las técnicas, como luego mostrarán las investigaciones de Lambert (Lambert y Berguin, 1994) entre otros. Gergen resumía y criticaba así el enfoque clásico que él llama "modernista" de la relación terapéutica:

> …al final, la estructura del procedimiento le da al consultante una lección de inferioridad. Indirectamente, se le informa al consultante que es igno-

> rante, insensible, obtuso o emocionalmente incapaz de conocer la realidad. Por el contrario, el terapeuta se posiciona como el que todo lo sabe y conoce, un modelo al que el consultante debe aspirar. La situación es aún más lamentable, debido a que, al ocupar el rol superior, el terapeuta no revela ninguna debilidad. En ningún lugar se dan a conocer los tambaleantes fundamentos de la explicación del terapeuta; en ningún lugar se visibilizan las dudas personales del terapeuta, sus debilidades y fracasos. Y así, el consultante se enfrenta a una visión inalcanzable de las posibilidades humanas, como el heroísmo de la mitología del cine (Gergen, 2007, p. 195).

Por el contrario, en las terapias humanistas se adopta un enfoque bien diferente, a caballo entre lo que Gergen denomina "posmoderno" y el "diálogo transformativo":

> Este contexto posmoderno de pensamiento es el que informa la mayoría de las contribuciones del presente volumen. […]. Existe una prevaleciente renuncia al rol del terapeuta como conocedor superior, que está por encima del consultante como modelo inalcanzable de la vida buena. Hay, en cambio, un fuerte compromiso para ver el encuentro terapéutico como un entorno para la generación creativa de significado. La voz del consultante no es simplemente un mecanismo auxiliar para la vindicación de la narración predeterminada del terapeuta, sino que sirve en estos contextos como constituyente esencial de una realidad construida conjuntamente. Prácticamente, en todos estos capítulos el énfasis está puesto en la relación colaborativa entre el consultante y el terapeuta, en tanto que se esfuerzan para desarrollar formas narrativas que puedan habilitar eficazmente al consultante para moverse más allá de la crisis actual o crónica (Gergen, 2007, p. 198).
>
> Conducir a otro hacia la orientación que viene de ver lo que no podemos ver implica, primero, liberarse de la tiranía de la autoridad implícita de las creencias dominantes. Dada la constitución lingüística de nuestros nuevos modelos del mundo, esto requiere, a su vez: 1) un diálogo transformativo en el cual se negocien nuevos entendimientos, junto con un nuevo conjunto de premisas acerca del significado; y 2) la evocación de una actitud expectante hacia lo que aún no se ha visto, aún no se ha contado, el "significado que está delante del texto" […]Esto implica que por todos los medios se intente comprender el punto de vista del consultante, transmitir un entendimiento del sentido que para la persona tienen las premisas de las cuales surge el punto de vista. Al mismo tiempo, esto no implica una aceptación o confirmación de las premisas del consultante. Implica, en cambio, una forma de indagación interesada, que abre las premisas a la exploración. (Gergen, 2007, p. 207).

Terapeuta y cliente focalizan conjuntamente su **experiencia del presente**.

El **análisis teórico** de lo que ocurre en la sesión se da, en las terapias

humanistas. Pero no lo hace tanto en concepto de instrumento de cambio, sino como medio de fijar el cambio obtenido, dotándole de credibilidad y orientación cognitiva para el sujeto.

**El nivel existencial**

El existencialismo fue, quien inspiró los principios metateóricos (es decir, los presupuestos filosóficos) en los que se apoyaron y apoyan las psicoterapias humanistas. Precisamente se llamaron humanistas para enfatizar el **antropocentrismo** que caracterizó la filosofía existencialista, ya que ésta centró su reflexión en lo que el ser humano tiene de distintivo frente a los demás seres.

> La persona es existencial: con esto se significa que no es fáctica ni perteneciente a la facticidad. El hombre, como persona, no es un ser fáctico, sino un ser facultativo; él existe de acuerdo a su propia posibilidad para la cual o contra la cual puede decidirse. Ser hombre es ante todo, y como siempre vuelvo a decir, profunda y finalmente responsable. Con esto se significa que es más que meramente libre: en la responsabilidad se incluye el para qué de la libertad humana –aquello para lo que el hombre es libre–, en favor de qué o contra qué se decide.
>
> En contraposición al psicoanálisis, la persona está, desde el punto de vista de un análisis existencial y tal como he tratado de bosquejarla, no determinada por sus instintos sino orientada al sentido. En oposición a la óptica psicoanalítica, la analítica existencial no aspira al placer, sino a los valores (Frankl, 1988, p. 111).

Ello implica afrontamiento de los grandes problemas que recorren la historia de la humanidad: la soledad, la libertad, el amor, la autocreación, la finitud, el compromiso, la autenticidad, la responsabilidad, los valores, la autorrealización, el proyecto vital… En la declaración de principios de la Psicología Humanista que se formuló en el V Congreso Europeo de Psicología Humanista de 1980, se desgranaban unos cuantos rasgos de la misma que le abren a unos planteamientos y una mirada existencialista. Entre ellos, los siguientes:

> La Psicología Humanista […] insiste en las experiencias que favorecen: la autorrealización, espontaneidad, capacidad de dar y recibir amor, creatividad, valoración, responsabilidad individual, autenticidad, trascendencia;
>
> Propone una percepción de la persona total: corporal, mental, emocional y espiritual, una visión completa de la condición humana; [...]
>
> Anima al desarrollo y la comprensión del poder que tiene cada persona de controlar su propia vida.

**Repercusión del existencialismo en la psicoterapia**

Como consecuencia de la inspiración existencial:

a) Las psicoterapias humanistas huyen del determinismo radical y conceden a todo ser humano un **margen de libertad** sobre el que puede actuar, eligiendo, que

es el acto más radicalmente personal.

Esto, naturalmente, conlleva un énfasis en la **responsabilidad** por las elecciones y los compromisos de un ser, que no tiene una naturaleza dada, sino que la va creando.

b) Esa creación tiene lugar en relación a los otros y lo otro de modo que: me conozco mediante las relaciones con los demás en tanto conozco cómo me afectan. Entonces, es el **vínculo el que da lugar a la creación** y al cambio. Frente a un modelo de sujeto cuyas características paradigmáticas lo desvinculaban del contexto (con un complejo de Edipo universal, unas fuerzas instintivas o unas reacciones conductuales comunes), la Psicología Humanista propuso un sujeto construido a partir de la interacción con el ambiente. Basta pensar en la teoría del guión de Berne (1974), o la de la propia conformación corporal, como propone la Bioenergética de Lowen (1977, 1982, 1985, 1089), como fruto de las decisiones tomadas a raíz de interacciones tempranas.

c) Otro rasgo del existencialismo es la **apertura al futuro** y preferencia por el afrontamiento del propio proyecto vital por encima del trabajo con el pasado. Uno de los cinco postulados básicos que formuló Bugental en el primer congreso de la American Association for Humanistic Psychology, celebrada en 1964 en Filadelfia, señalaba: "El hombre es intencional (tiende al futuro) en sus propósitos, sus experiencias valorativas, su creatividad, su reconocimiento de significaciones, etc." (Bugental,1964, p. 20) o, como parafraseaba Quittman:

> El ser humano vive orientado hacia una meta, es decir, la persona vive orientada hacia un objetivo o unos valores que forman la base de su identidad, por lo cual se diferencia de otros seres vivientes. Este estar orientado tiene un doble carácter, esto es, el ser humano tiende en igual medida, por ejemplo, a la tranquilidad y a la excitación. (Quittman, 1989, pp. 19s.)

Esa atención al futuro, enfoca un proyecto guiado por **motivaciones axiológicas,** con lo que en terapia se da una atención explícita a los valores que, como señala Scheler (2003) son captados intuitivamente.

El afrontamiento del tema de los valores en la terapia, que habitualmente se entendía como "moralina", tuvo que quedar necesariamente incorporado a la reflexión terapéutica si no queríamos eliminar una parte relevante y específica de la persona, que le dota de identidad, unidad y estructura interna –como bien señaló Fromm (1971, 2003)– y sin la cual difícilmente se entenderá la intencionalidad existencial del sujeto. Charlotte Bühler apuntaba cómo es propio de los psicólogos humanistas, para comprender el proceso de la persona, poner el énfasis y comprender "(1) el establecimiento de un sistema personal de valores y metas" y (2) el proceso creativo" (Bühler y Allen, 1972, p. 48). Añade también:

> Los psicólogos humanistas asumen que la búsqueda de ciertos valores fomenta el desarrollo de potencialidades de cada uno, y que el individuo puede necesitar ayuda. Y aquí es donde el psicoterapeuta humanista entra

> en la imagen de ayudar a la persona hacia el establecimiento de su propia identidad (*Ibidem,* p. 64).

d) A esos rasgos añadiremos el subjetivismo, entendido como el **vivir y conocer desde la interioridad**, la especificidad de cada individuo, que realiza una interpretación personalísima de su vivir pues, como señaló Merleau Ponty (1945), ya la misma percepción es una percepción activa, creativa. Esta percepción creativa ya lo es, como muestran los hallazgos de la neurociencia posteriores a este autor, incluso en el hecho de "ver". Como señala Zeki (2005) incluso nuestra visión física es una creación subjetiva.

e) Mas, junto a estos rasgos, lo que constituye el meollo del enfoque existencial es el de abrirse a los **grandes interrogantes**, los cuatro supuestos básicos, que apunta Yalom (1989): la libertad, la muerte, la soledad y el significado, así como la distinción de Frankl (2015) entre neurosis psicógenas y neurosis noógenas, procedentes éstas últimas de la pérdida de sentido ante el vacío existencial.

Interrogantes que nos llevan a preguntarnos:

1º ¿Cómo contribuir desde la terapia a hacer fecunda la herida de la vida, esa vida surcada por la fragilidad y la esperanza? ¿Esa vida llena de poder y fuerza? ¿Esa vida hecha asombro y juego? ¿Esa vida con el mal incrustado en sus entrañas? La vida con sus peligros y su deterioro. La vida con su misterio.

Repitiendo lo que preguntaba Maslow: "¿Para qué vive el ser humano? ¿Qué hace que la vida valga la pena? ¿Qué experiencias en la vida justifican los sufrimientos de la existencia?" (Maslow, 1957, cit. en Misiak y Sexton, 1973, p. 114).

La herida de la vida es la herida del miedo a equivocarse y a tener que hacerse responsable de la propia equivocación. Para arriesgarse a vivir, a apostar por las propias intuiciones, las propias convicciones, las propias aspiraciones, siempre –como a Pandora– queda una esperanza en la caja de recursos, ese fondo vital que empuja a la persona a seguir respirando y experimentando, en una constante autoactualización.

Frankl mantiene que la vida no es un estado libre de tensiones, sino que necesita una ciera dosis de tensión para poder luchar y esforzarse por una meta que dé sentido a su vida, puesto que el ser humano es "autotrascendente":

> Con este término quiero señalar el hecho intrínseco de que el ser humano siempre está relacionado con y señala algo distinto de sí mismo o, para decirlo más exactamente, a algo o a *alguien.* Es decir, más que aparecer preocupado por alguna circunstancia interna, sea ésta el placer o la homeostasis, el hombre se orienta siempre hacia el mundo externo y, dentro de este mundo, se interesa por colmar el sentido de las cosas y por otros seres humanos. En virtud de lo que yo llamaría autocomprensión ontológica prereflexiva, el hombre sabe que se está autorrealizando justamente en la medida que se olvida de sí mismo, y se olvida de sí mismo al darse a sí mismo, ya sea sirviendo a una causa noble o amando a otra persona distinta

> de sí mismo. Verdaderamente, la autotrascendencia es la esencia de la existencia humana (Frankl, 1990, p. 282).

2º ¿Cómo contribuir, desde la psicoterapia, a aceptar con serenidad la herida de la muerte? Más allá de la banalización de la misma a que nos someten los *mass media,* nos encontramos con el impacto a que su presencia o su presentimiento dan lugar, en especial cuando se trata de muertes trágicas, inesperadas, o aparentemente absurdas, ya que, como decía Gracián, "La muerte para los mozos es naufragio, para los viejos tomar puerto" (Gracián, 1657/2017, p. 298)

Seguramente su aceptación serena o esperanzada tenga mucho que ver con la experiencia de una vida llena de sentido y significado. Precisamente la filosofía existencial humanista relaciona la conciencia de la muerte con la autenticidad de la vida, ya que el enfrentamiento con ella nos lleva a determinar prioridades en la utilización de nuestro tiempo y nuestras oportunidades. Viktor Frankl (el creador de la logoterapia) decía que la muerte como final de tiempo que se vive sólo puede causar pavor a quien no sabe llenar el tiempo que le es dado a vivir.

> ¡Cuántas veces se nos dice que la muerte hace problemático el sentido de la vida total, que, en última instancia, todo carece de sentido porque la muerte vendrá, a la postre, a destruirlo todo! ¿Puede realmente la muerte anular o menoscabar el sentido de la vida? Por el contrario. […] viviendo como vivimos en presencia de la muerte como límite infranqueable de nuestro futuro y la inexorable limitación de todas nuestras posibilidades, nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida limitado de que disponemos y a no dejar pasar en balde, desperdiciándolas, las ocasiones que se le brindan una única vez y cuya suma "finita" compone la vida. (Frankl 1978, p. 117).

Podemos ayudar a humanizar el presentimiento de la muerte, a reconciliarnos con ella ya que –como decía Javier Velaza, en su poema *El Salvavidas*– "Sólo el amor nos salva, a fin de cuentas,/del peligro peor que se conoce:/ ser sólo –y nada más– nosotros mismos.[…] Y si nada nos libra de la muerte/al menos que el amor nos salve de la vida" (Velaza, 2002).

3º ¿Cómo contribuir desde la terapia, a consolar y ayudar a disfrutar de la herida del amor?

Del disfrute del amor en intimidad y proyecto común, del encuentro profundo en armonía, de la desazón del desamor, la desazón de la soledad, la irremediable separatividad –a la que se refería Fromm (1973) como fuente de sufrimiento– vivida o anunciada.

Decía Aristóteles que sólo los dioses y los animales viven solos: los dioses no necesitan comunicarse, y los animales son incapaces. Y sin embargo ¡cuántas veces la persona se siente sola! El sentimiento de soledad implica la experiencia de incomprensión y sufrimiento, a la vez que la nostalgia de la comunicación con otros, porque el Yo es esencialmente relación al otro. El ser humano se siente solo, abandonado, cuando para nadie es sujeto (es decir, un ser único, no intercambiable,

que rompe el marco de lo objetivo), centro de iniciativa y libertad, cuando se siente objeto entre otros objetos. Por eso, aunque la relación terapéutica no libra de la soledad existencial, sí puede ayudar a humanizar tal soledad, incluyendo el potenciar los sentimientos comunitarios y la conciencia de que, como decía Buber (1984), vivimos en la corriente de la reciprocidad universal, intrínsecamente mezclados.

Se trata entonces, de realizar el acompañamiento terapéutico por el camino del amor humano, de humanizar el amor puramente animal y naturalista que muchas veces nos presiona desde una cultura chata de afecto y compromiso. De ayudar a vivir un amor unificado, que supere la emergencia de la emoción (o el impulso), un amor en que hechos y valores no estén separados, sino proyectados en una determinada dirección de crecimiento y plenitud. Un amor –siguiendo a Maslow (2016)– motivado, más que por el déficit, por el Ser (con un amor admirativo). Un amor que, como pedía Fromm (1973), se deja de excusas por no encontrar un objeto adecuado, se deja de perezas, y se pone en marcha activamente para conseguir que el sujeto se convierta en un artista del amor: un amor maduro como una fruta jugosa bien cultivada que implicó cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento. Un amor que incluye el amor propio, porque, como recoge Yalom (1989) del rabino Hillel: Si yo no estoy a favor de mí mismo ¿quién va a estarlo? Y si sólo estoy a favor de mí mismo ¿qué soy yo?

Lidiar con este tipo de heridas: la vida, la muerte, el amor, ahí tenemos nuestro reto al que responder con coraje y creatividad en el acompañamiento del otro, sanadores heridos, que decía Nouwen (2005).

## La psicoterapia experiencial-existencial

### Ventajas de este enfoque

**Eficacia.** Se entiende que el trabajo con este enfoque resulta especialmente eficaz porque en él se enfatiza el **vínculo** terapéutico que, como ya se dijo, se ha mostrado como el factor más importante de éxito, por encima de modelos y técnicas.

La eficacia viene dada también por el hecho de trabajar con la **autenticidad** de lo que se está dando, no con lo que se supone que se debería trabajar o debería ocurrir. La referencia al cuerpo como criterio de autenticidad garantiza también la energía suficiente para la implicación en el trabajo terapéutico, momento a momento. En este sentido no se pueden dejar de citar las admirables investigaciones realizadas por Gendlin (1970a, 1970b), a propósito de su capacidad de predicción del éxito de la psicoterapia, a condición de que se trabaje con la experiencia sentida físicamente, puesto que la **referencia corporal** provee de un mapa que dice "usted se encuentra aquí", avisa de si se va en la buena dirección y de si se ha llegado.

Igualmente contribuye a la eficacia de las psicoterapias humanistas la relevancia que se le da a las **emociones** como parte de la experiencia global, plena de sentido, en contraposición con otros enfoques psicoterapéuticos. Ya Bühler había

advertido que entre los cimientos de la Psicología Humanista se encontraba la integración de todas las emociones en el marco de la psicoterapia:

> La ética humanista reconoce que las emociones desagradables "como pena, conflicto, dolor, ira y culpa forman parte de la experiencia humana y necesitan ser comprendidas e incluso valoradas, más que suprimidas y ocultadas. Bugental acentúa que, por el contrario, una "respuesta desorganizada", simboliza la expresión de una emoción un significado experimentado en la vida de la persona (Bühler y Allen, 1972, p. 78).

E igualmente comprendió la utilidad de trabajar con la dimensión emocional como motor de cambio terapéutico. Efectivamente, tanto los trabajos de Greenberg (Greenberg, 2000; Greenberg, Rice y Elliot, 1996) como las aportaciones desde el constructo de Inteligencia Emocional o las neurociencias (p.e. Damasio, 2011, Koenigs et al. 2007; Haidt, 2003; Hauser, 2006) abundan en confirmar la relevancia y potencia del subsistema emocional a la hora de ir más allá de la comprensión cognitiva del problema y realizar un cambio profundo y creativo en el sujeto.

> Una observación sorprendente es la de que en la última década la psicología, en general, y la psicoterapia, en particular, parecen encaminarse en gran medida, hacia una nueva apreciación del papel fundamental de la emoción en el funcionamiento humano y en el proceso de cambio, y hacia la apreciación de la utilidad de los métodos vivenciales para ayudar a que los clientes cambien. Psicólogos sociales, de la personalidad y cognitivos como Lázarus (1991), Datley (1992) y Teasdale (en imprenta) han declarado que la emoción es el componente clave del comportamiento humano y del cambio [...] En resumen, parece que se está produciendo un cambio muy importante en psicología, en el que se ha vuelto a definir la emoción no como una fuente de problemas, sino como un proceso complejo de afrontamiento motivacional cognitivo/afectivo (Greenberg, Rice y Elliot, 1996, pp.364s.).

En general, también contribuye a la eficacia la **actitud activa del terapeuta** en casi todos los modelos de psicoterapias humanistas (el enfoque rogeriano es la excepción), y con dicha actitud facilita nuevas exploraciones y nuevas experiencias al sujeto sin sustituirlo ni manipularlo, ya que la garantía de verosimilitud la tiene la experiencia sentida de la persona, que no puede ser falseada desde fuera. La semidirectividad que suele acompañar a las sesiones de terapia, como han mostrado las investigaciones de Greenberg (Greenberg y Clarke, 1970; Greenberg y Dompierre, 1971) avalan la tesis de una mayor eficacia de esta actitud por parte del psicoterapeuta que la del terapeuta tan sólo receptivo al discurso del protagonista de la terapia.

Igualmente contribuye a la eficacia de la psicoterapia desde estos modelos el **eclecticismo técnico** por parte de bastantes de los psicoterapeutas y de algunos modelos, cosa que permite trabajar tanto desde el nivel verbal, como el corporal, emocional, cognitivo, relacional, u oréctico, con lo que se gana flexibilidad a la hora de buscar las intervenciones que más se ajustan a la sensibilidad y las habilidades

del sujeto. Así lo muestra la investigación de Lizeretti (2009), en la que se comparaba el tratamiento grupal de los trastornos de ansiedad desde el modelo cognitivo-conductual y el mismo tratamiento con el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001, 2017). Los resultados fueron de una eficacia significativamente mayor en los grupos tratados desde este modelo.

El realismo que tiñó desde el inicio el nacimiento de las Psicoterapias Humanistas conocía los límites de cualquier modelo y fomentó un espíritu de integración de recursos procedentes de variados lugares, pero que se podían utilizar en forma coherente y armoniosa al servicio de las personas, para ayudarlas a crecer, sin dejar de atender zonas que el modelo favorito no cubría. Así nos encontramos también con la ventaja de un sinfín de técnicas, métodos e intervenciones que es posible utilizar en forma integrada y ordenada, sin renunciar a aquello que pueda ser útil y coherente por el hecho de proceder de otros modelos o metodologías.

**Unificación y armonía personal.** En el trabajo de las psicoterapias humanistas se tiende a buscar la unificación e integración de los distintos subsistemas que configuran la personalidad y a una contextualización del síntoma, al situarlo dentro del sistema en que se da y que le dota de sentido. Ejemplos como el *diálogo con el síntoma* (Levitsky y Perls, 1973) o con la *fantasía de la obra de teatro* (Berne, 1974), permiten una visión global de la situación actual en la que el síntoma se da, y de la función que cumple en el presente dentro de los diferentes sistemas en que se encuadra el individuo que lo sufre, u observar el sentido de un determinado comportamiento disfuncional que orienta a un desenlace negativo, a raíz de decisiones antiguas, que en el momento de tomarlas eran funcionales. Esta visión global hace que en la sesión se mueva la atención entre lo particular y lo general, entre el aquí y ahora y el conjunto del proyecto vital, de modo que lo que allí ocurre se integra dentro del amplio marco de la vida y globalidad de la persona.

Otra ventaja de los modelos humanistas es que al trabajar con lo que hay, sea esto lo que sea, **no deja fuera ninguna dimensión de lo humano**. Muy especialmente las psicoterapias humanistas, como ya se ha dicho, incorporaron la dimensión espiritual (cuya atención daría luego lugar al desarrollo de la Psicología Transpersonal) a la hora de la comprensión del ser humano, dimensión que había sido suprimida o reprimida en muchos modelos y en la que tozudamente, a lo largo de muchos siglos, una innumerable cantidad de sujetos describieron como relevante para su vida. Bien tramposo y reduccionista resulta seccionarla del campo de la psicología por el simple hecho de no tener, desde esos modelos, herramientas con las que analizarla y clasificarla desde un estilo de ciencia psicológica acomplejada, que copiaba la Física del siglo XVIII. Por el contrario, en los modelos de la Psicología Humanista –y como se dijo en otro lugar (Gimeno-Bayón, 2015), ahora con el permiso y tutela de la Nueva Física– se considera la dimensión espiritual como intrínseca al ser humano.

La persona no se comprende a sí misma sino desde el punto de vista de la

> trascendencia. Más que eso: el hombre es tal, sólo en la medida que se comprende desde la trascendencia, también es sólo persona en la medida en que la trascendencia lo hace persona: resuena y reverbera en él la llamada de la trascendencia. Esta llamada de la trascendencia lo recibe en la conciencia (Frankl, 1988, p. 114).

No sólo se trata de reconocer tal dimensión, sino también de abordar su desarrollo a través de las propuestas de distintos caminos y las diferentes intervenciones específicas destinadas a satisfacer las necesidades trascendentes. Assagioli señala que:

> Las aspiraciones y la voluntad del Sí personal y la atracción ejercida por el Sí Transpersonal que trat de trascender los límites de la vida y de la conciencia "normal", no se manifiestan solamente como búsqueda y voluntad de significado y de iluminación. Hay otros tipos de trascendencia correspondientes a otros tantos tipos humanos. Algunos de los más importantes son:
>
> 1. Trascendencia a través del *amor* transpersonal
> 2. Trascendencia a través de la *acción* transpersonal
> 3. Trascendencia a través de la *belleza*
> 4. Trascendencia a través de la *autorrealización*
>
> Estos caminos de trascendencia pueden ser expresados también en términos de *voluntad*, la voluntad fundamental de *trascender las limitaciones de la personalidad a través de la unión con alguien o con algo más grande y más alto* (Assagioli, 1989, pp. 91s.).

También es ventajoso el hecho de explicitar sin complejos, los **valores éticos** que se encuentran presentes en la sala de terapia, porque de este modo la persona puede acceder a la expresión y manejo de eso que Fromm llamaba "la columna vertebral de la personalidad" (Fromm, 1971, 2003), y que Kernberg (1987) sitúa entre los tres rasgos de la personalidad madura.

**El precio a pagar**

La realidad es que trabajar y moverse hoy, en nuestro país, desde el marco de las psicoterapias humanistas tiene, desgraciadamente, un precio no excesivamente justo. El clínico que ejerce sus trabajos desde alguno de esos modelos se encontrará con una serie de peajes a pagar por ello.

Uno de los principales costos del mismo es **no ser creíbles ni tenidos por científicos** por bastantes de las instituciones académicas en algunos países, especialmente en España (con honrosas excepciones, eso sí). ¿A qué se debe esta falta de credibilidad? En parte al el hecho de utilizar y trabajar desde el modelo de pensamiento narrativo y no desde el paradigmático, y utilizar un lenguaje pedagógico y llano, alejado de lo que una periodista llamaba "academiqués", del que dice que "el mundo universitario aún no ha superado la idea dominante de que aquello que no se entiende es intelectualmente elevado" (Uriarte, 2011). La veneración por

semejante lenguaje puede dar lugar a fraudes ocultos bajo ropaje académico, como el que ella misma denuncia. Pero no sólo por ello. Hay también una cuota de responsabilidad que recae en los propios psicoterapeutas humanistas. Ciertamente, hay una escasez de investigación con los requisitos académicos por parte de los psicólogos clínicos que se definen como psicoterapeutas humanistas, en parte por banalizar la importancia de la investigación al uso (aunque sólo sea para tener prestigio) y en parte porque la investigación al uso no concuerda con el nuevo paradigma de investigación que es propio de las psicoterapias humanistas, y al que se refiere Rosal en este mismo número. Y también en parte por las dificultades de obtener subvenciones para investigar desde estos modelos, dadas las reticencias de muchas universidades hacia ellos.

Seguramente pesa también sobre los psicólogos que se encuadran dentro de la Psicología Humanista las afirmaciones de Bugental en sus *Basic Postulates and Orientation of Humanistic Psychology*, cuando decía:

> 2) La psicología humanística confiere más importancia al sentido y significación de las cuestiones que al procedimiento metodológico, es decir, la psicología humanística iría contra sus principios si, por muy necesarios que sean el desarrollo y la validación de los métodos científicos, descuidase ocuparse de las relaciones de significado de la existencia humana para favorecer la metodología.
>
> 3) Para la validación de afirmaciones la psicología humanística se basa en criterios humanos, es decir, la psicología humanística no va en contra del empleo del métodos estadísticos y *tests*, sino que exige que éstos estén subordinados al criterio de la experiencia humana.
>
> 4) La psicología humanística proclama la importancia relativa de todo el conocimiento, es decir, la psicología humanística parte de que todo saber tiene una importancia relativa, por lo que invita a aprovechar las infinitas posibilidades de nuestra representación mental y creatividad para ampliar nuestro conocimiento (Quittman, 1989, pp.20s.).

Se obvia, sin embargo, que dentro de las Psicoterapias Humanistas se encuentran personajes que han recibido relevantes premios por sus investigaciones como Gendlin (1970a, 1970b) –premiado tres veces por la A.P.A. como investigador distinguido–, o Sperry (Sperry, 1974; Sperry y Gazzaniga, 1967), o investigaciones que gozan de una reputación internacional como las de Greenberg (Greenberg y Clarke,1979; Greenberg. y Dompierre,1981), o que varios de los iniciadores del Movimiento de la Psicología Humanista fueron presidentes de la APA (Maslow, Rogers, Bugental...) .

Otro precio que hay que pagar por parte de los modelos de psicoterapias humanistas, es el de **no ser reconocidos como inspiradores** de tantos modelos, métodos o técnicas de intervención surgidos a partir de la creatividad de aquellos, y que ignoran, esconden o disimulan su origen. Así, por ejemplo, las terapias de tercera generación abogan por una serie de elementos que ya se venían dando en los

modelos psicoterapéuticos humanistas (lectura dentro del contexto, visión del proceso, ámbito en que se da el comportamiento, globalidad del mismo, la interacción en la sesión como microsituación iluminadora, etc.) y en concreto: a) el *Mindfulness* había sido ya propuesto por Fritz Perls en 1947, bajo el nombre de "Terapia de la concentración" en su libro *Ego, Hunger and Agression.* El típico "ejercicio de la pasa" él lo hacía con una manzana, y a partir de esa microexperiencia instaba a darse cuenta de los diferentes estilos de personalidad; b) la Terapia de Aceptación y Compromiso también había sido ya precedida por las reflexiones de Perls sobre la neurosis como falta de contacto por la "fobia al dolor" (Perls, 1976) y sus propuestas de aceptar el presente desagradable (o agradable) entendido bajo el concepto de "presente" en la misma forma que lo hace la Terapia de Aceptación y compromiso, y propuesto como herramientas para potenciarlo las llamadas "cinco preguntas gestálticas" (*Ibidem*) y el *continuum de conciencia* (Levitsky y Perls, 1973); c) el método de las Terapia Narrativa de deconstruir el relato identitario y reconstruirlo en forma creativa, teniendo en cuenta los discursos marginales y los valores del sujeto, es un método que viene siendo habitualmente utilizado para el análisis del guión del Análisis Transaccional (Berne, 1974), en el que la historia dominante aparece en forma de "decisiones de guión" y "posiciones vitales", y respecto a la cual se utilizan múltiples intervenciones, algunas de ellas para aflorar una historia dominante no consciente: análisis de la obra de teatro (Berne, *Ibidem*), y del cuento favorito de la infancia (Karpman, 1968), el autoparentamiento (James, 1974), o las técnicas de redecisión (Goulding y Goulding, 1979). Igualmente la consideración del problema separado del sujeto, para evitar la confusión con el mismo forma parte esencial del *Focusing* de Gendlin (1988) bajo el nombre de "despejar un espacio", y es habitual también en los trabajos gestálticos, como por ejemplo el "diálogo con el síntoma" (Levitsky y Perls, 1973) y en los trabajos psicodramáticos.

Conviene también decir que es éste un precio que invita a mirar con agradecimiento a los pioneros y precursores de los modelos humanistas que se arriesgaron a salirse de los cauces trillados e hicieron entrega de su legado de sabiduría y creatividad. E igualmente conviene decir que ese precio puede ser una ayuda para no caer demasiado en el narcisismo que tan difundido está en los ambientes profesionales y de escuela. Poco o nada importa el reconocimiento de la denominación de origen, si los postulados y logros obtenidos se diseminan anónimamente, crecen, se modifican y enriquecen en beneficio del presente y el futuro de la comunidad humana. Pues no otro es el sentido para el que nacieron las Psicoterapias Humanistas. Y este precio ayuda a situar nuestro pequeño yo: un punto efímero en un hermoso planeta perdido en la inmensidad de la historia de una galaxia. Nuestro pequeño yo, náufrago cotidiano, perdido en la infinitud del espacio y el tiempo, herido por el hacha de la vida, de la muerte, del amor. Pero que puede llevar con dignidad esas heridas, porque, en medio de un futuro incierto, también va herido de esperanza. La esperanza de poner pie en la orilla, con el mañana a salvo, dispuesto

a crear caminos humanizadores y horizontes saludables.

## Referencias bibliográficas


Assagioli, R. (1973). *Principi e metodi della Psicosintesi terapeutica*. Roma, Italia: Astrolabio. (Tradución del original en inglés de 1965).

Assagioli, R. (1989). *El acto de voluntad*. México: Trillas (Traducción del original en inglés de 1973).

Berne, E. (1974). *Qué dice usted después de decir "hola"?* Barcelona, España: Grijalbo (Traducción del original en inglés de 1973).

Berne, E. (2010). *La intuición y el Análisis Transaccional.* Sevilla, España: Jeder (Traducción del original en inglés de 1977*)*

Bruner, G. (2004). *Realidad mental y mundos posibles*. *Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia.* Barcelona, España: Gedisa (Traducción del original en inglés de 1986).

Buber, M. (1984). *Yo y Tú.* Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión (Traducción del original en alemán de 1923).

Bugental, J.F.T (1964). The Third Force in Psychology. *Journal of Humanistic Psychology 4*(1), 19–25. Recuperado de http://academic.udayton.edu/jackbauer/Readings%20595/Hum%20Psy%205%20principles.pdf.

Bühler, Ch. y Allen, M. (1972). *Introduction to Humanistic Psychology.* Belmont, CA: Wadswort Pub.

Damasio, A. (2011). *El error de descartes.* Barcelona: Destino (Traducción del original en inglés de 1994).

Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de Filosofía. E-J.* Barcelona, España: Ariel.

Fischer, R. (1971). A Cartography of the Ecstatic and Meditative States. *Science, 4012*(174), 897-904.

Frankl, V. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo: De la psicoterapia a la logoterapia.* (2ª ed.) México: Fondo de Cultura Económica (Traducción del original en alemán de 1946).

Frankl, V. (1988). *La voluntad de sentido.* (2ª ed.). Barcelona: Herder (Traducción del original en alemán de 1982).

Frankl, V. (1990). *Logoterapia y análisis existencial.* Barcelona: Herder (Traducción del original en alemán de 1987).

Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido. Barcelona, España: Herder*. (Traducción del original en alemán de 1946).

Frezza, E. (2007). *La pertinencia del Focusing en el enfoque centrado en la persona, hoy.* Recuperado de http://www.focusing.org/fot/frezza_la_pertinencia_del_focusing_es.html

Fromm, E. (1971). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica (Traducción del original en inglés de 1955).

Fromm, E. (1973). *El arte de amar*. Buenos Aires: Paidós (Tradución del original en inglés de 1956).

Fromm, E. (2003). *Ética y Psicoanálisis.* México: Fondo de Cultura Económica (Traducción del original en inglés de 1947).

Gardner H. (1983), *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books.

Gendlin, E. T. (1970a). *Research in psychotherapy and chemotherapy: Research problems and the relationship between psychological and physiological variables.* Paper presented at the National Institute of Mental Health Conference on Schizophrenia: The implications of research for treatment and teaching, Washington, D.C.

Gendlin, E. T. (1970b). A short summary and some long predictions. En J.T. Hart y T.M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 544-562). Boston: Houghton Mifflin.

Gendlin, E. T. (1973). *Psicoterapia experiencial.* En C. Alemany (Ed.). *Psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de E.T. Gendlin* (pp. 143-195). Bilbao, España: DDB.

Gendlin, E. T. (1988). *Focusing.* Bilbao: Mensajero (Traducción del original en inglés de 1978).

Gendlin, E. T. (1997). Psicoterapia Experiencial. En C. Alemany (Ed.), *Psicoterapia Experiencial y Focusing. La aportación de E.T. Gendlin* (pp. 143-195). Bilbao, España: DDB (Traducción del original en inglés de 1973).

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social.* Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Gergen, K. (2007). Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En A. M. Estrada y S. Diazgranados (comps.) *Construccionismo Social. Aportes para el debate y la práctica* (pp. 189-208). Bogotá: Uniandes.

Gimeno-Bayón, A. (1999). *La integración de la dimensión corporal en psicoterapia* (tesis doctoral). Bilbao, España: Universidad de Deusto.

Gimeno-Bayón, A. (2015). *Psicología Transpersonal. Una visión personal. Vol. I.* Lérida, España: Milenio.

Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoriales, cognitivos y emocionales.* Bilbao, España: DDB.

Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2017). *Manual práctico de Psicoterapia Integradora Humanista. Tratamiento de 69 problemas en los procesos de valoración, decisión y práxicos.* Bilbao, España: DDB.

Gracián, B. (1657/2017). *El Criticón.* Recuperado de http://mimosa.pntic.mec.es/~sferna18/gracian/Gracian-Baltasar_El_criticon.pdf.

Greenberg, L. (septiembre, 1992). *Analysis of therapeutic events*. Trabajo presentado en el III International Conference on Constructivism in Psychotherapy, Barcelona, España.

Greenberg, L.S. (2000). *Emociones: una guía interna.* Bilbao, España: DDB.

Greenberg, L.S. y Clarke, D. (1979). The differential effects of two-chair experiment an empathic reflections at a conflict marker. *Journal of Counseling Psychology 26*, 1-8.

Greenberg, L.S. y Dompierre, L. (1981). Differential effects of Gestalt two-chair dialogue at a split in counseling. *Journal of Counseling Psychology 28*, 288-294.

Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1996) *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós (Traducción del original en inglés de 1993).

Grof, S. (1975). *Realms Of The Human Unconscious: Observations From LSD Research*. Nueva York: Viking Press.

Grof, S. (1980) *LSD Psychotherapy*. Cape Town, Sudáfrica: Hunter House.

James, W. (1890/1989). *Principios de Psicología.* México: Fondo de Cultura Económica.

Haidt, J. (2003). *The moral emotions.* En R. J. Davidson, K. R. Scherer y H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 852-870). Oxford: Oxford University Press.

Hauser, M.D. (2006). *Moral Minds. The Nature of Right and Wrong.* Nueva York, N.Y.: Harper Collins.

Hernández, M. (1977). *Miguel Hernández. Obra poética completa*. Bilbao, España: Zero.

Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias Terapéuticas.* México: Manual Moderno (Traducción del original en inglés de 1984).

Koenigs, M., Young, L., Adolphs R., Tranel, D., Cushman, F. Hauser, M. y Damasio, A. (2007) Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. *Nature. 7138*(446), 908-11.

Lambert, M. J. y Bergin, A. E. **(**1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ed.),( pp. 143- 189). Nueva York: Wiley.

Levitsky, A. y Perls, F. (1973). Las reglas y juegos de la terapia gestáltica. En J. Fagan e I. Shepherd (Eds.): *Teoría y técnica de la psicoterapia guestáltica*, 144-152*.* Santiago de Chile, Chile: Amorrortu (Traducción del original en inglés de 1959).

Lizeretti. N. P. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional.* Barcelona, España: Universitat Ramon Llull (tesis doctoral). Recuperado de http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_p_Lizeretti.pdf?sequence=1.

Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México: Diana (Traducción del original en inglés de 1975).

Lowen, A. (1982). *La depresión y el cuerpo.* Madrid, España: Alianza Editorial (Traducción del original en inglés de 1972).

Lowen, A. (1985). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona, España: Herder (Traducción del original en inglés de 1958).

Lowen, A. (1989). Bioenergetic Analysis. En R.J. Corsini y D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (4ª ed.) (pp. 572-583). Itasca, ILL: F.E. Peacock Publishers.

Maslow, A. (1957). A philosophy of psychology: te need for a mature science of human nature. *Main currents in Modern Thought, 13*, 27-32.

Maslow, A. (2016) *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser.* Barcelona, España: Kairós (Traducción del original en inglés de 1968).

May, R. (1959). The nature of creativity. En H.H. Anderson (Ed.), *Creativity and its cultivation* (pp. 55-68). Nueva York: Harper y Row.

May, R. (1977). *The meaning of anxiety*. Nueva York: Norton.

May, R. (1985). *Amor y Voluntad.* Barcelona, España: Gedisa (Traducción del original en inglés de 1969).

May, R., Angel, E. y Ellenberger, H.F. (1977). *Existencia.* (1ª reimp.) Madrid, España: Gredos.

May, R. y Yalom, I. (1989). Existential Psychotherapy. En R.J. Corsini y D. Weddings (Eds.), *Current psychotherapies* (4ª ed.) ( pp. 363-402). Itaca, IL: F.E. Peacock.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la Perception.* Paris, Francia: Gallimard.
Misiak, H. y Sexton, V.S. (1973). *Phenomenological, existential and humanistic psychologies*. Nueva York/San Francisco/Londres: Grune Stratton.
Nouwen, H. (2005). *El sanador herido.* Madrid: PPC (Traducción del original en inglés de 1972).
Penfield, W. y Boldrey, E. (1937). Somatic motor and sensory representation in the cerebral cortex of man as studied by electrical stimulation. *Brain 60*, 389-443.
Penfield, W. y Rasmussen, T. (1950). *The Cerebral Cortex of Man*. Nueva York: Macmillan.
Perls, F. (1947). *Ego, hunger and Agression.* Londres, Reino Unido: Allen Unwin.
Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1973).
Perls, L. (1973). El enfoque de una terapeuta gestaltista. En J. Fagan e I.L. Shepherd, *Teoría y técnica de la psicoterapia guestáltica.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (Traducción del original en inglés de 1959).
Quittman (1989). *Psicología Humanística. Conceptos fundamentales y transfondo filosófico*. Barcelona, España: Herder (Traducción del original en alemán de 1985).
Reich, W. (1938). *Die Bione. Klinische und experimentelle Berichte, 6*. Sexpol Verlag -Oslo -Copenhage – Zürich: Institut für Sexualokonomische Lebensforschung.
Reich, W. (1983) (3ª reimpr.). *La función del orgasmo.* Buenos Aires, Argentina: Paidós (Traducción del original en inglés de 1942).
Reich, W. (1985). *La biopatía del cáncer*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión (Traducción del original en inglés de 1955).
Reich, W. (1986). A*nálisis del carácter* (3ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós (Traducción del original en inglés de 1949).
Rogers, C. (1953). Some directions and end points in therapy. En O.M. Mowrer (Ed). *Psychotherapy, theory and research* (pp. 44-68). Nueva York: Ronald Press.
Rogers, C. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, *32*(4) 416-429.
Rogers, C. (1979). *Grupos de encuentro.* Santiago de Chile, Chile: Amorrortu (Traducción del original en inglés de 1970).
Rosal, R. (2013). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica.* Lérida, España: Milenio.
Salovey, P., y Mayer, J.D. (1989). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality, 9*(3)185-211.
Scheler, M. (2003). *Gramática de los sentimientos: lo emocional como fundamentos de la ética.* Barcelona, España: Crítica.
Schutz, W. (2001). *Todos somos uno.* Santiago de Chile: Amorrortu (Traducción del original en inglés de 1971).
Sperry, R.W. (1974). Lateral specialization in the surgically separated hemispheres. En F.O. Schmitt y F.G. Worden (Eds.), *Neurosciences Third Study Programm* (pp. 5-19). Cambridge: M.I.T. Press.
Sperry, R.W. y Gazzaniga, M.S. (1967). Language following surgical disconnection of the hemispheres. En F.L. Darley (Ed.), *Brain Mechanism Underlying Speech and Language* (pp.108-121). Nueva York: Grune and Stratton.
Uriarte, E. (2011, agosto 18). El academiqués. *ABC*.
Wechsler, D. (1940). Non-intellective factors in general intelligence. *Psychological Bulletin 37*, 444–445.
Yalom, I. (2011). *Psicoterapia Existencial.* Barcelona, España: Herder (Traducción del original en inglés de 1980).
Velaza, J. (2002). *Los arrancados.* Barcelona, España: Lumen.
Zeki, S. (2005) *Visión interior. Una investigación sobre el arte y el cerebro*. Madrid, España: Machado Libros (Traducción del original en inglés de 1999).

# ANÁLISIS TRANSACCIONAL DE LA OBSESIÓN: INTEGRANDO DIVERSOS CONCEPTOS Y MÉTODOS

## A TRANSACTIONAL ANALYSIS OF OBSESSION: INTEGRATING DIVERSE CONCEPTS AND METHODS

**Richard G. Erskine, PhD**
Institute for Integrative Psychotherapy, Vancouver, BC, Canadá

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R.G. (2017). Análisis Transaccional de la Obsesión: Integrando Diversos Conceptos y Métodos. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 231-258.

## Resumen

*Los problemas psicológicos tales como la fantasía repetitiva, la preocupación habitual y la obsesión parecen haberse incrementado en los últimos años entre las personas que buscan psicoterapia. Este tipo de problemas parecen trascender muchos diagnósticos psicológicos. Obsesionarse y preocuparse de forma habitual puede encontrarse entre los principales temas de tratamiento de nuestra época, son reflejos de un estilo de vida y de las presiones profesionales, de experiencias evolutivas, de déficits en las relaciones interpersonales, y de aspectos del Guion de Vida. Cuando se aborda en la psicoterapia, esta rumiación podría recibir solamente una atención superficial o no parecer pertinente a los aspectos del Guion de Vida. Sin embargo, la preocupación habitual y las fantasías repetitivas absorben gran parte de la actividad mental y dificultan en la persona su capacidad para la espontaneidad, la intimidad, y el disfrute de la vida en el presente.*

*Desde el modelo del Análisis Transaccional Relacional y el modelo de la Psicoterapia Integrativa se presenta una perspectiva de tratamiento de seis facetas para la psicoterapia de la obsesión, la preocupación habitual y la fantasía repetitiva.*

*Además, se ilustra con un caso clínico en el que se muestra el tratamiento de seis facetas, así como, diversas intervenciones integrando distintos conceptos y métodos para el tratamiento de la obsesión, desde los modelos psicoterapéuticos anteriormente mencionados.*

Palabras clave: *Obsesión, preocupación habitual, fantasía repetitiva, proceso intersubjetivo, Guion de Vida, Sistema de Guion, tratamiento de la obsesión, Análisis Transaccional Relacional, Psicoterapia Integrativa.*

## Abstract

*Psychological problems such as repetitive fantasizing, habitual worrying and obsessing seem to have increased in recent years among people seeking psychotherapy. These kinds of problems transcend many psychological diagnoses. Obsessing and worrying on a regular basis can be found among the main topics of treatment in our time, they are reflections of a lifestyle and professional pressures, developmental experiences, interpersonal relationships deficits, and aspects of Life Scripts. When they are approached in psychotherapy, this rumination could receive only a superficial attention or hardly seem relevant to aspects of the Life Script. However, habitual worries and repetitive fantasies absorb much of the mental activity and hinder the person from his capacity for spontaneity, intimacy, and enjoyment of life in the present.*

*From the Relational Transactional Analysis model and the Integrative Psychotherapy model, we present a perspective of treatment of six facets for the psychotherapy of obsession, habitual worry and repetitive fantasy.*

*In addition, it is illustrated with a clinical case that shows the treatment of six facets, as well as various interventions integrating different concepts and methods for the treatment of obsession, from the above-mentioned psychotherapeutic approaches.*

Keywords: *Obsession, habitual worry, repetitive fantasy, intersubjective process, Life Script, Script System, treatment of obsession, Relational Transactional Analysis, Integrative Psychotherapy.*

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2017. Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: integpsych@earthlink.net
Dirección postal: Richard G. Erskine. Suite 802, 1470 Pennyfarthing Drive, Vancouver, British Columbia V6J 4Y2, Canadá

© 2017 Revista de Psicoterapia

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

"Preocuparme, preocuparme, preocuparme. Eso es todo lo que hago", se desesperaba mi primera clienta en su sesión del lunes por la mañana. Había estado preocupada la mayor parte de su vida y estaba convencida de que nunca dejaría de hacerlo. Como muchos de los clientes con quienes tenía previsto trabajar esa semana, la preocupación habitual y las fantasías repetitivas han absorbido gran parte de su actividad mental y han dificultado su capacidad para la espontaneidad, la intimidad, y el disfrute de la vida en el presente. Yo sabía que iba a ocuparme, al menos una parte del tiempo, de aspectos de la obsesión con varios de mis clientes durante toda la semana, sin importar qué otros temas pudiéramos estar abordando.

Los problemas psicológicos tales como la fantasía repetitiva, la preocupación habitual y la obsesión parecen haberse incrementado en los últimos años entre las personas que buscan psicoterapia. Este tipo de problemas parecen trascender muchos diagnósticos psicológicos e incluir a algunos clientes que no necesariamente reciben un diagnóstico confirmado en el DSM-IV o DSM-V (American Psychiatric Association, 1995, 2013). Obsesionarse y preocuparse de forma habitual pueden encontrarse entre los principales temas de tratamiento de nuestra época, son reflejos de un estilo de vida y de las presiones profesionales, de experiencias evolutivas, de déficits en las relaciones interpersonales, y de aspectos del Guion de Vida (McAdams y Pals, 2006). La obsesión, la fantasía repetitiva y la preocupación habitual son tan frecuentes, y a menudo tan íntimas, que podrían quedar relegadas en la terapia. Cuando se aborda en la psicoterapia, esta rumiación podría recibir solamente una atención superficial o no parecer pertinente a los aspectos del Guion de Vida (Berne, 1972).

La psicoterapia de la obsesión y de la fantasía repetitiva ha sido planteada brevemente a través de ejemplos de casos clínicos en algunos artículos previos del *Transactional Analysis Journal* (Allen, 2003; Erskine, 2001, 2003, 2008; Nolan, 2008; Novellino, 2006; Schaeffer, 2009). Sin embargo, la psicoterapia de la preocupación habitual, la fantasía repetitiva y la obsesión desde el Análisis Transaccional, no ha recibido la debida atención en la literatura clínica. No se han publicado ni las conceptualizaciones teóricas para la comprensión de estos temas, ni la descripción de los diversos métodos. Este capítulo cubre ese déficit presentando una perspectiva de tratamiento de seis puntos para la psicoterapia de la obsesión, la preocupación habitual y la fantasía repetitiva.

Este capítulo es el resultado de un estudio cualitativo de múltiples casos que ha identificado seis principales facetas de la psicoterapia que integran tanto la comprensión de la dinámica psicológica de la obsesión, la fantasía repetitiva y la preocupación habitual, como una integración de los métodos de psicoterapia que son eficaces en el mantenimiento del cambio permanente en dichas dinámicas (Erskine et al., 2001). Al describir las características de la personalidad humana, como obsesionarse y preocuparse, Kluckholm y Murray (1953) escribieron que cada persona es como todas las demás, similar a algunas y como ninguna otra; por lo tanto, a menudo podemos tomar datos clínicos de unos individuos y generalizar

de forma efectiva nuestro conocimiento a una población mayor, siempre que también observemos e indaguemos constantemente sobre la experiencia fenomenológica única de cada cliente. Este capítulo es una recopilación de métodos del Análisis Transaccional que fueron significativamente eficaces con algunos clientes, y propone que estos métodos pueden ser igualmente eficaces con una amplia variedad de clientes en la psicoterapia de Análisis Transaccional.

*The Psychodynamic Diagnostic Manual* [Manual de Diagnóstico Psicodinámico] describe las obsesiones como síntomas relativamente comunes, especialmente entre las personas más cerebrales y perfeccionistas, en el que la obsesión es un intento de desapropiarse del afecto y sumirse en la intelectualización en lugar de sentir emociones. Obsesionarse, preocuparse habitualmente y fantasear de forma repetitiva a menudo indican la reticencia de una persona a experimentar emociones asociadas con sentirse "abrumada" o "fuera de control" (PDM Task Force, 2006, p.58). Freud (1958b/1913) describió la obsesión y la preocupación como originarias de las tempranas luchas diádicas padre-hijo. Asoció las tendencias obstinadas, meticulosas y acaparadoras del adulto con neurosis obsesiva a las batallas de la infancia por el control de esfínteres. Sin embargo, las narrativas actuales de clientes reflejan la importancia de las luchas de poder entre el niño y sus progenitores en torno a las rígidas normas de comportamiento, la alimentación, los deberes escolares, la sexualidad y la obediencia en general como los conflictos de la infancia que subyacen a muchas de las obsesiones y preocupaciones repetitivas. En esencia, crecer con la desavenencia relacional es un tema central entre las personas sumidas en la preocupación habitual, la fantasía repetitiva y la obsesión.

Muchos de estos clientes comentan que sus intentos infantiles de expresar la subjetividad y el afecto fueron etiquetados como malos o inmaduros o no razonables. Como resultado, bastantes clientes permanecen inmersos en fantasías repetitivas u obsesiones recurrentes; se mantienen fuera de contacto con sus emociones y están más preocupados por la autodefinición o por hacer un impacto que por las relaciones interpersonales. Parecen encontrarse internamente obligados por su rumiación y, a menudo temen sus propios sentimientos y pensamientos, sobre todo si son agresivos. "Máquinas vivientes" fue el término utilizado por William Reich en *Character Analysis* (1933) para describir a estas personas obsesivas. Los pensamientos obsesivos son un intento de contrarrestar la experiencia fenomenológica que se teme abrumadora. Como resultado, este tipo de clientes tiene problemas para relajarse, bromear, intimar y vivir en el ahora. Las personas obsesivas están crónicamente "en su cabeza": pensando, razonando, juzgando, dudando (Fisher y Greenberg, 1985; Salzman, 1980; Shapiro, 1965, citado en PDM Task Force, 2006).

## Análisis Transaccional en Psicoterapia

Los tratamientos identificados como terapias con base empírica son de naturaleza conductual o cognitivo-conductual, reflejando que la mayor actividad de investigación formal o empírica que estudia los resultados en psicoterapia está entre

los profesionales de esa orientación (Chambless, 2005). Sin embargo, abordar y resolver la soledad subyacente de los clientes, solventar su anhelo inconsciente de una relación significativa, valorar y reorientar las funciones homeostáticas de la obsesión, disolver las creencias arcaicas de Guion y las introyecciones, y enriquecer su vida emocional requiere un tiempo considerable %tiempo con un psicoterapeuta involucrado que esté dispuesto a ayudarles a explorar las memorias emocionales y a expresar las experiencias fenomenológicas, ya que de lo contrario, invierten una cantidad excesiva de tiempo y energía para tratar de evitarlas.

Una psicoterapia profunda de esta naturaleza es un proceso profundamente co-creativo que no se presta a la investigación empírica (Summers y Tudor, 2000; Tudor, 2011b). En el momento de escribir estas líneas, no hay estudios de resultados sobre el empleo del Análisis Transaccional en la psicoterapia de la obsesión, la preocupación habitual o la fantasía repetitiva. Sin embargo, los debates entre colegas clínicos experimentados han aclarado diversas facetas terapéuticas que parecen ser efectivas con numerosos clientes.

A modo de perspectiva general, describiré brevemente cómo organizo la psicoterapia de la obsesión con las seis facetas diferenciadas. Empleo la palabra "facetas" en lugar de "etapas" porque la psicoterapia no es lineal. Nuestro diálogo terapéutico opera cíclicamente de una faceta a otra en respuesta a lo que va emergiendo en el proceso intersubjetivo. El cliente y yo podríamos abordar una o dos de estas facetas en una sesión en particular o durante un número de sesiones; a continuación, dedicarnos a otra faceta por un tiempo y, después de un periodo, retomar una faceta previa. Cuando resulte oportuno, entretejeremos las seis facetas para conformar una psicoterapia exhaustiva. Para el lector interesado en otros ejemplos de casos o en una elaboración de los conceptos teóricos mencionados en este artículo, aportaré las referencias de varias publicaciones que expandirán con más detalle estas ideas. Una lectura cuidadosa de estas fuentes esenciales puede clarificar la globalidad del Análisis Transaccional dentro de la psicoterapia contemporánea.

**La Relación**

La relación terapéutica es crucial sin importar qué métodos o perspectivas podamos emplear. Mi experiencia clínica ha demostrado que los clientes que habitualmente están preocupados, anhelan de forma inconsciente una relación significativa. Están solos, sin embargo, a menudo acarrean un miedo a repetir las perturbaciones y los fracasos de anteriores relaciones. Como resultado de ello, evitan el contacto interpersonal pleno y llenan el vacío con diálogos internos, fantasías, o anticipaciones.

En esta faceta, el enfoque terapéutico se centra en el establecimiento y el mantenimiento de la sensación de seguridad relacional, auto-definición, y efectividad y agencia interpersonal (Erskine y Trautmann, 1996; Erskine, 2003a). Esto se logra, en parte, por medio de las transacciones de respeto, aceptación, amabilidad,

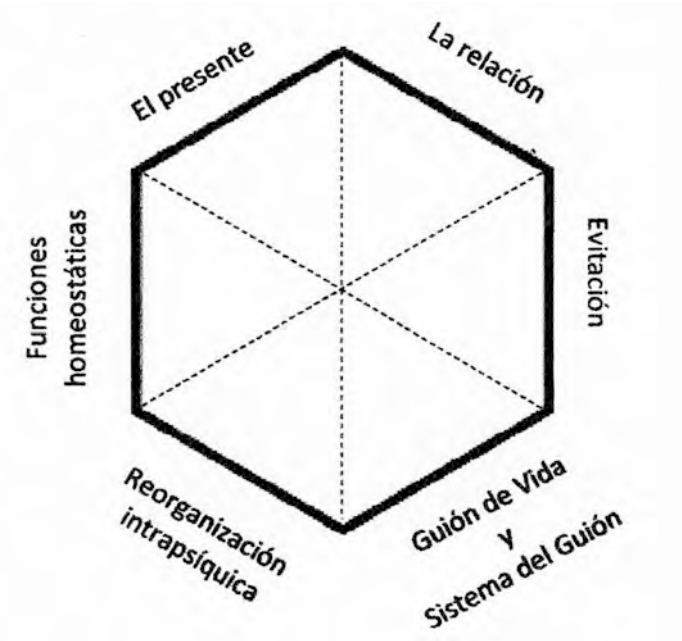


***Figura 1.*** **Integración de seis facetas terapéuticas**

transparencia y paciencia del psicoterapeuta. Al mismo tiempo, el enfoque terapéutico se centra también en la indagación sobre las necesidades relacionales actuales del cliente, sus necesidades arcaicas no correspondidas, el modo de afrontar las perturbaciones relacionales previas, y la historia inconsciente codificada en la transferencia emocional de las experiencias relacionales anteriores %transferencia tanto con el psicoterapeuta como con los demás (Erskine, 1991, 2010a; Little, 2011a; Moiso, 1985; Novellino, 1984).

**Evitación**

La segunda faceta conlleva descubrir qué se está evitando al fantasear reiteradamente o al obsesionarse. La ansiedad asociada con la obsesión o con la fantasía es con frecuencia un intento de evitar los sentimientos, los pensamientos, y/o los recuerdos (Erskine, 2001; 2003a; 2008). Este concepto es una elaboración del término "rackets" del Análisis Transaccional considerándolo como un sentimiento sustitutivo, una distracción de lo que uno puede experimentar de forma auténtica (por ejemplo, vergüenza, desesperación o soledad) si no hubiera una interferencia alternativa o sustitutiva (Berne, 1972; English, 1971,1972).

Podría preguntar: "¿Qué sentirías si no estuvieras sintiendo el miedo en tu fantasía?" o "¿Qué estarías experimentando en este momento si no te distrajeras con lo que estás diciendo?". Algunos clientes se muestran claros al responder estas preguntas y otros se confunden en un primer momento. Éstas son la clase de cuestiones que retomo a menudo durante la psicoterapia. Las respuestas del cliente

suelen ser sorprendentes y nos conducen a otras facetas de la psicoterapia, a nuevos niveles de descubrimiento y conocimiento.

**Guion de vida y el sistema de Guion**

La tercera faceta requiere descubrir y disolver el Guion de Vida del cliente. Los Guiones de Vida son una estrategia creativa y acomodaticia para manejar el estrés psicológico, o incluso el shock, de relaciones problemáticas repetitivas (Erskine, 2010b).

Por lo general trabajo con el sistema de Guion (anteriormente llamado sistema de rackets) para ayudar al cliente a identificar sus estrategias de acomodación %las creencias centrales sobre uno mismo, los demás y la calidad de la vida. El trabajo con el sistema de Guion a menudo comienza identificando las conductas o fantasías que generan memorias reforzantes que, a su vez, mantienen las creencias de Guion (Erskine, 2015; Erskine y Zalcman, 1979; Gildebrand y Shivanath, 2011; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2010). Los Guiones de Vida mantienen a las personas dentro de un sistema cerrado compuesto por necesidades y sentimientos arcaicos, conclusiones y decisiones infantiles, fantasías egocéntricas y tensiones corporales asociadas. Este sistema cerrado interrumpe tanto la sensibilidad interna a las necesidades relacionales actuales como la capacidad para el contacto interpersonal pleno (Erskine, 2010b). La resolución terapéutica de un Guion de Vida supone una reorganización afectiva/cognitiva de las creencias centrales sobre el self-en-relación. Dicha reorganización intrapsíquica precede y también mantiene los cambios en la conducta y en la fantasía.

***Figura 2.*** **El Sistema del Guion**

**Reorganización intrapsíquica**

La cuarta faceta de la psicoterapia abarca el trabajo con las experiencias arcaicas del cliente mediante una perspectiva evolutiva, la inferencia terapéutica, y una relación segura que permita al cliente realizar una regresión guiada reparadora. El enfoque terapéutico se centra en los procesos del cliente de auto-estabilización y autoprotección arcaicas, en sus restricciones fisiológicas y afectivas, así como en la decodificación de la puesta en acción del cliente de sus memorias implícita y procedimental. Aquí es donde la terapia se concentra en los sentimientos, las necesidades y las reacciones de un niño pequeño y en las cualidades de la relación reparadora que requiere el cliente. Este trabajo podría incluir:

- **desconfusión de los Estados del Yo Niño.** (Berne, 1961; B.D. Clark, 1991; Clarkson y Fish, 1988; Cornell y Olio, 1992; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999; Hargaden y Sills, 2001, 2002; R. Little, 2005; Moursund y Erskine, 2003; Novellino, 1990; Stuthridge, 2006, 2012).
- **trabajo de Redecision.** (Allen, 2010; Campos, 1995; Goulding y Goulding, 1979; Masse, 1995; McNeel, 1977; Thunnissen, 2010).
- **expresión emocional/fisiológica profunda y reorganización intrapsíquica conocida como "desconectar los elásticos".** (Childs-Gowell, 2000; Erskine, 1974; Erskine y Moursund, 1988; R. Little, 2001).
- **psicoterapia de los Estados del Yo Padre.** (Dashiell, 1978; Erskine, 2003b; Erskine y Trautmann, 2003; R. Little, 2006; McNeel, 1976; Mellor y Andrewartha, 1980).
- **trabajo con las retroflexiones e inhibiciones en el cuerpo.** (Cassius, 1977, 1980; Child-Gowell y Kinnaman, 1978; Cornell, 1975, 1997; Cornell y Landaiche, 2007; Erskine, 2014b; Hawkes, 2003; Ligabue, 1991; Uma Priya, 2007; Waldekranz-Piselli, 1999).

Ya sea la psicoterapia con un Estado del Yo Niño o con un Estado del Yo Padre, el objetivo de este trabajo intrapsíquico es proporcionar una reorganización de la experiencia sub-simbólica y de las funciones homeostáticas arcaicas que interfieren en la vida actual del cliente (Erskine, 2015). Una psicoterapia profunda, cuando se realiza en función de las necesidades y el ritmo del cliente, facilita una reorganización fisiológica/afectiva que supone una realineación neurológica del eje hipotalámico-pituitario-adrenal del sentido nuclear del self (Cozolino, 2006; Damasio, 1999).

**Funciones homeostáticas**

La quinta faceta, funciones homeostáticas, aporta una comprensión y apreciación de los afectos y del equilibrio fisiológico %una homeostasis que mantiene tanto las conductas externas como los procesos internos, tales como las creencias de Guion, la preocupación habitual o las fantasías repetitivas, y los hábitos con carga emocional. Obsesionarse, preocuparse de forma habitual y fantasear repetidamente

son todas ellas estrategias creativas para mantener el equilibrio emocional y para gestionar el estrés psicológico, o incluso el shock, de las relaciones problemáticas repetitivas. Estas estrategias adaptativas son un intento desesperado, ya sea de auto-reparación o de auto-estabilización.

Existen varias posibles funciones psicológicas. Algunos ejemplos incluyen *la autorregulación, la compensación, la auto-protección, la orientación y la seguridad frente el shock* de nuevas perturbaciones en la relación. Los patrones conductuales repetitivos y la rumiación interna también pueden funcionar para mantener una *sensación de integridad* %una continuidad de la lucha interna por definirse y valorase a uno mismo dentro de la diversidad de relaciones. Estos ejemplos de las funciones psicológicas reflejan los obsoletos intentos de la persona para generar y mantener una sensación de equilibrio psicológico después de las interrupciones, emocionalmente abrumadoras, en las relaciones significativas. Son estrategias homeostáticas que proporcionan predictibilidad, identidad, consistencia y estabilidad (Erskine, 2015; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999).

Un método empleado a menudo para detener la obsesión y la preocupación es decirse a uno mismo "¡Para!". Una exhortación de este tipo puede funcionar temporalmente; sin embargo, un modo más efectivo para dejar de obsesionarse de forma permanente es identificar y tener consciencia de las funciones homeostáticas arcaicas que perpetúan la obsesión y poder transformar esas funciones arcaicas en funciones maduras.

Considero esencial para sustentar cualquier cambio emocional o conductual trabajar colaborando con los clientes en el descubrimiento de las diversas funciones arcaicas de la obsesión y la preocupación habitual y después transponer esas funciones arcaicas en formas maduras de auto-regulación y auto-mejora (Kohut, 1977; Wolf, 1988).

**El presente**

La sexta faceta hace hincapié en ayudar al cliente que se obsesiona a vivir en el momento presente en lugar de rumiar sobre el pasado o anticipar el futuro con temor. Las preocupaciones y las fantasías habituales o los recuerdos repetitivos desagradables son un intento de influir en el pasado o en el futuro; se emplean como distracción para no vivir en el ahora. Paradójicamente estas preocupaciones habituales y fantasías son un signo de esperanza porque sirven como una garantía frente al shock emocional si algo llegara a salir mal.

El conocimiento de lo que está ocurriendo en el momento, tanto interna como externamente, es un punto central en la psicoterapia de la obsesión. A menudo le propongo al cliente que retroceda en el tiempo y evalúe el derroche de energía y las oportunidades perdidas de disfrute, espontaneidad, creatividad o aventura que podían haberse dado si no estuviera obsesionándose. En esta faceta de la terapia nos centramos en potenciar la sensación de "OKeidad" [Estar OK] del cliente mediante el descubrimiento y el mantenimiento de la consciencia propia, la aceptación de las

incertidumbres de la vida, la vivencia en el "ahora" y, quizás, el desarrollo de un sentido de conexión universal o espiritualidad. Como alternativa a la preocupación habitual, podría trabajar con el cliente para elaborar una consigna como, "Independientemente del resultado, aprenderé y creceré con la experiencia" (Erskine, 1980). Un enfoque principal de la psicoterapia de la obsesión es ayudar al cliente a desarrollar una atención plena centrada en el presente (Allen, 2011; Trautmann, 2003; Verney, 2009; •velc, Èernetiè y Košak, 2011).

**Un Caso Concordante**

La esposa de Bobby había insistido en que buscara psicoterapia, ya que sus preocupaciones obsesivas y su modo de comportarse estaban interfiriendo tanto en su matrimonio como en la relación con sus dos hijos pequeños. Él no estaba seguro de que "necesitara psicoterapia", ni de que tuviera siquiera "un problema". "Sólo me preocupo un poco", dijo. Su cuerpo se retorcía y tensaba mientras expresaba quejas sobre que su mujer no le entendía, lo duro que trabajaba y cómo algunos de los compañeros de trabajo "no asumían responsabilidades". A pesar de que expresó cierta inquietud acerca de su matrimonio, estaba principalmente preocupado por el éxito de su empresa y su futura carrera. Mi reacción en esta primera sesión, y durante las siguientes, fue relajarme y escuchar %escuchar con un oído sensible, no sólo su malestar actual, sino las historias que estaba relatando inconscientemente, los conflictos interpersonales que había padecido, la forma de afrontarlos y sus necesidades relacionales y evolutivas no expresadas.

Bobby, a sus 36 años, trabajaba como ejecutivo en una empresa en expansión y se sentía orgulloso de su puesto de responsabilidad. En las primeras sesiones describió su reputación de estar "al tanto de todo", siempre anticipando que "algo saldrá mal". Con orgullo detalló cómo la frase "algo saldrá mal" se había convertido en su lema para el éxito como estudiante de la universidad y también en el trabajo. Los compañeros de trabajo, su única compañía masculina, se burlaban de él por ser "Míster Fatalidad". Sin embargo, también le expresaban reconocimiento por su forma de anticipar problemas al obtener materiales y asegurar la producción.

Aunque por regla general indago sobre la experiencia subjetiva de cada cliente, intuía que Bobby me necesitaba, en estas primeras semanas, simplemente para escuchar con atención lo que me estaba contando, a pesar de que era repetitivo. Me concentré en reconocer cada cosa que decía, a veces de palabra y, con más frecuencia, mediante mi lenguaje corporal. Quería que Bobby se sintiera seguro conmigo. Parecía crucial en nuestro trabajo conjunto que fuera él quien estableciera tanto el ritmo como la fase interpersonal. Tenía la impresión de que Bobby, como la mayoría de los clientes que están sumidos en la obsesión y en la preocupación habitual, se sentía profundamente solo %una soledad que habían permanecido con él tanto tiempo que ya no distinguía esa sensación de otros afectos.

Una perspectiva de Análisis Transaccional Relacional (Cornell, 2008; Fowlie y Sills, 2011) y emplear la indagación fenomenológica e histórica, la validación y

la normalización resultarían cruciales en nuestro diálogo terapéutico (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999; Erskine y Trautmann, 1996). Por ahora, era evidente que necesitaba mi atención y reconocimiento a los pequeños matices de la emoción y a los patrones de apego, o desapego, codificados en sus narraciones (Erskine, 2009). Eric Berne describió ocho "operaciones terapéuticas" que aplicó en la psicoterapia y sugirió el uso de la "interrogación" y la "especificación" como el paso inicial en la recopilación de información (1966, p. 233-247). He descubierto reiteradamente que los métodos de recopilación de información de Berne son desconcertantes para muchos clientes. En vez de revelar su narrativa afectivamente imbricada en su propio ritmo, con sus propios ejemplos y metáforas, se centran en cambio en aportar información objetiva y pierden el contacto con una experiencia subjetiva más profunda. He dejado de emplear tales métodos estridentes en nuestras sesiones iniciales y en su lugar me he basado en el contacto interpersonal para construir una relación terapéutica segura (Moursund y Erskine, 2003).

En nuestras sesiones de psicoterapia individual del siguiente mes, Bobby describió en detalle cómo había recibido varias promociones porque podía anticipar qué saldría mal en su empresa. Lo que sus compañeros de trabajo no sabían era que no podía dormir por las noches. Me comentó, vacilante, cómo permanecía despierto preocupándose por los diversos aspectos de su trabajo. Los somníferos no funcionaban para mitigar las preocupaciones. Poco a poco se avino a decirme que su obsesión le impulsaba a levantarse durante la noche para trabajar en su ordenador o quedarse hasta tarde en la oficina. Era reacio a compartir con su esposa la magnitud de sus constantes preocupaciones y su sensación de agotamiento. El modo titubeante con el que empezó a revelar su historia personal me llevó a indagar sobre su sensación de vergüenza.

Hablar de vergüenza, incluso pensar en ella, resultaba doloroso para Bobby. Evitó varias veces mis primeras tentativas de traer el contenido de su posible experiencia de vergüenza a nuestro diálogo terapéutico. En los siguientes dos meses, me tomé un tiempo en cada sesión para abordar su evitación y para indagar sobre su potencial tristeza por no haber sido aceptado como él era o su miedo a ser rechazado por quien era (Erskine, 1994). Por primera vez en nuestra relación terapéutica, comenzó a tener fragmentos de recuerdos de sentirse avergonzado de su familia cuando otros niños del colegio hablaban de sus actividades familiares. Esto nos proporcionó varias oportunidades para hablar de cómo la preocupación habitual era un intento de evitar recuerdos con carga emocional. Durante los tres años de nuestro trabajo, a menudo volvimos a investigar qué sentimientos, recuerdos o pensamientos solía evitar, sobre todo cuando quería hablarme de acontecimientos actuales o acerca de lo que sucedía en el trabajo.

Yo sabía, por la experiencia con clientes que se preocupan habitualmente, que no sólo evitan sus sentimientos y sus recuerdos, sino que a menudo se sienten solos, cubren el vacío relacional con actividad mental. Me planteé su potencial soledad. Especulé sobre la naturaleza de las relaciones y la calidad de vida del niño y el

adolescente que una vez fue. Formulé hipótesis acerca de cómo se había manejado, y de cómo las experiencias relacionales de ese niño afectaban su vida hoy. Pude ver que su pecho era cóncavo. Describió la tensión en sus hombros y en la parte superior de la espalda. Me pregunté si estas constricciones musculares eran una "señal de Guion" (Berne, 1972, p.315) que reflejaba reacciones de supervivencia fisiológicas y sub-simbólicas muy tempranas, el "protocolo" y los "palimpsestos" de un Guion de Vida (Berne, 1961, p. 116-126).

Recordé las descripciones de Eric Berne sobre cómo los Estados del Yo Niño se conforman a partir de los primeros traumas relacionales que se registran mentalmente como confusión interna, restricciones y miedos (Berne, 1961). Podía sentir un impulso interno de estar plenamente presente con Bobby, permanecer sensible a sus más leves afectos, seguir sus movimientos corporales, estar con él plenamente. Examiné internamente para determinar si mi sentimiento de compasión por él y el deseo de contacto eran una *contratransferencia reactiva* o *responsiva*. Mi sentido introspectivo reflejaba que mis sentimientos eran una respuesta emocional a lo que él necesitaba en una relación terapéutica y que mis sensaciones resultarían fundamentales en nuestro trabajo.

Durante los siguientes meses se hizo cada vez más claro que Bobby estaba profundamente solo. Cuando era niño, la mayoría de los domingos Bobby se sentaba en la ventana esperando que su padre lo recogiera para pasar su día de encuentro semanal. Su padre solía retrasarse horas y en ocasiones no aparecía. Ni siquiera telefoneaba. Bobby comenzó a anticipar la decepción. Se protegió del dolor emocional de las promesas rotas de su padre prediciendo que "algo saldría mal". Creció siendo un "solitario". No tenía amigos íntimos en el colegio. De niño Bobby nunca habló con su madre ni con los niños del colegio de su profunda decepción con su padre. Mantuvo todas las decepciones para sí mismo, "contuvo las lágrimas" e imaginó varias maneras de evitar más decepción.

La madre de Bobby nunca indagó sobre sus sentimientos ni sobre lo que vivenciaba tantos domingos cuando su padre se retrasaba horas o no se presentaba. No recordaba ninguna conversación con su madre. Le parecía que nunca habían hablado los dos juntos. El único recuerdo que Bobby tenía de conversaciones con su madre versaba sobre el trabajo escolar o sobre las quejas acerca de la "irresponsabilidad" de su ex marido en su matrimonio. Bobby se "desconectaba" cuando su madre se quejaba de su padre o cuando le criticaba por parecerse a él. Desde una edad temprana, determinó que no podía confiar en ninguna relación parental para su estabilización o regulación emocional. Aprendió a estabilizarse y a regularse a sí mismo mediante la fantasía.

En este punto de la psicoterapia, llegó el momento de que yo intensificara la indagación fenomenológica %una indagación respetuosa encaminada a ampliar su consciencia de los procesos afectivos internos, sensaciones corporales, asociaciones, fantasía y recuerdos. La indagación fenomenológica es particularmente eficaz para estimular la recuperación de memoria implícita y procedimental, convirtiendo

la memoria sub-simbólica de sensaciones corporales y afectos en narrativa y alentando la introspección personal (Erskine, 1993).

La soledad y la ausencia de relaciones significativas resultan temas clave de los clientes que están inmersos en la obsesión, la preocupación habitual y la fantasía repetitiva. Las preocupaciones y las fantasías desvían la consciencia de la necesidad de relación. Berne afirmó que "el hambre de contacto humano" era una de las tres motivaciones en todo comportamiento (1970, p. 208). Cuando reiteradamente el *hambre de relación* no se satisface, la persona puede sobre-compensarse con una elevada incorporación de los imperativos biológicos de *estímulo* y/o *estructura* (Erskine, 1997). Basé mi terapia con Bobby en la premisa de que la obsesión es una respuesta al elevado estímulo interno y una dependencia compensatoria en la estructura %un desplazamiento de las "sensaciones que sólo pueden ser provistas por otro ser humano" (Berne, 1972, p. 21). Uno de los resultados de este desplazamiento es la intensa ansiedad y la rumiación asociadas a la obsesión y a la preocupación habitual, lo que Winnicott llamó "hiperactividad del funcionamiento psíquico" (1949, p.246).

Basándome en esta premisa teórica y en muchas observaciones clínicas, abordé este primer año de terapia con una perspectiva relacional del Análisis Transaccional (Cornell, 2008; Cornell y Hargaden, 2005; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999; Eusden, 2011; Fowlie y Sills, 2011; Hargaden y Sills, 2002; Little, 2013; Novac, 2013; Moursund y Erskine, 2003; Trautmann y Erskine, 1999). Hice hincapié en nuestro diálogo mutuo, aunque a menudo era él quien más conversaba. Mantuve una actitud de aceptación, respeto, amabilidad y paciencia %las manifestaciones de la filosofía del Análisis Transaccional de *Yo estoy bien-Tú estás bien* (Harris, 1967). A medida que avanzaba la terapia, recurrí cada vez más a la indagación fenomenológica, junto con una mayor indagación histórica sobre la relación con su madre y con su padre, y además una indagación sobre sus diversas estrategias de afrontamiento ante el conflicto, el estrés y la decepción. Estas indagaciones se combinaron con mi reconocimiento activo, mi validación de sus afectos, y mi normalización de sus reacciones y modos de lidiar con la negligencia relacional (Erskine y Trautmann, 1996).

Cada cierto tiempo, trabajaba las transferencias de Bobby hacia otras personas (como los compañeros de trabajo) y los intercambios de transferencia/contratransferencia de nuestra emergente relación (Cornell y Landaiche, 2006; Erskine, 1991; Hargaden y Sills, 2001; Little, 2006; Moiso, 1985, Novellino, 1984, 1985). El espacio en este capítulo no me permite describir las numerosas y sutiles actuaciones transferenciales que surgieron durante nuestras sesiones. Sucintamente, hubo muchas ocasiones en las que Bobby asumió que yo no le estaba escuchando, que no me encontraría en la oficina cuando él llegara, o que le menospreciaría. Anticipaba con frecuencia que yo le "rechazaría rotundamente".

Bobby y yo analizamos nuestra comunicación interpersonal transacción por transacción (Berne, 1961, 1966, 1972) para desentrañar lo que ambos aportábamos

a nuestro encuentro interpersonal (Stolorow, Brandschaft y Atwood, 1987). Estas ocasiones me requirieron examinar y hacer una valoración interna exhaustiva de mi estilo relacional, actitudes y sentimientos. Era consciente de que mis diferentes afectos y conductas podían tener en él tanto un efecto adverso como beneficioso, así que a menudo indagaba acerca de cómo experimentaba mi comportamiento y nuestra relación. Comparamos y contrastamos nuestras mutuas transacciones con la calidad de las relaciones que había mantenido previamente con su padre, su madre y otras personas.

Cometí varios errores terapéuticos durante mi trabajo con Bobby. Nunca comentó ni protestó por algunas de mis faltas de sintonía, pero apartaba los ojos, cambiaba de tema o se embarcaba en una de sus fantasías catastróficas. En estos momentos cruciales deduje que yo había sido el primero en interrumpir nuestro contacto interpersonal. Me correspondía asumir la responsabilidad reconociendo que le había fallado de algún modo, identificar mi error y encontrar una forma de enmendarlo.

Estas relevantes transacciones de corrección de errores fueron esenciales para el constante desarrollo de una relación terapéutica segura (Guistolise, 1996). Casi al final de la psicoterapia, Bobby habló sobre algunas de las ocasiones en las que asumí la responsabilidad de "malinterpretarle" o "presionarlo". Dijo que cada incidente fue significativo porque "nadie", ni sus padres ni ningún profesor, había "reconocido" sus errores y que cuando lo consideraba "culpa" suya, "algo sucedía por dentro". Se sentía "honrado y cuidado de un modo diferente".

En varias ocasiones describió lo que Freud denominaba "la transferencia de la vida cotidiana": temía que los compañeros de trabajo se rieran de él si llegaran a conocer sus preocupaciones, temores o historia familiar (Freud, 1958a/1912). Cada uno de estos relatos transferenciales nos proporcionó una oportunidad para explorar conjuntamente el contexto presente y pasado de sus relaciones con los colegas y con los miembros de su familia. El análisis transaccional de nuestras conversaciones y un análisis de sus actuaciones con los miembros de su familia y los compañeros de trabajo proporcionaron el estímulo para evocar tanto la memoria explícita como las sensaciones y las emociones que yo consideré recuerdos significativos, si bien de memoria implícita y procedimental. Este enfoque para comprender las actuaciones transferenciales se basa en la dinámica biológica, evolutiva y existencial de la relación interpersonal, lo que Berne denominó "ventajas" de los juegos (Bary y Hufford, 1990; Berne, 1964, p. 56-58).

Cuando Eric Berne escribió sobre el protocolo del Guion (1972) y sobre los "dramas primordiales de la infancia", estaba escribiendo sobre patrones inconscientes de apego infantil que conformaban un "extenso plan de vida inconsciente" (1961, p.123), un concepto similar al de "modelos internos de funcionamiento" de Bowlby (1969, 1973, 1980). Mediante nuestro trabajo de transferencia/contratransferencia, se hizo cada vez más evidente que Bobby descontaba el significado de la relación y evitaba la intimidad, inhibía su expresión emocional,

insistía en la importancia de la auto-suficiencia, y no era consciente de sus necesidades de contacto interpersonal. Bobby evitaba la vulnerabilidad. Concluí que su Guion de Vida estaba basado en un *patrón de apego evitativo* (Erskine, 2009; Horowitz, Rosenberg y Bartholomew, 1993; Kobak y Sceery, 1988; Main, 1990, 1995). Tuve claro que Bobby necesitaba mi dedicación hacia él, mi implicación y mi presencia %una contratransferencia responsiva% para que él superara su patrón de apego evitativo, el estilo de afrontamiento obsesivo y su sentimiento permanente de soledad.

Una psicoterapia relacional resultó esencial en toda la psicoterapia de Bobby, no sólo en este primer año de terapia, sino como cimiento al que recurrir en cada sesión, incluso cuando nuestra atención residía en la comprensión cognitiva, el cambio conductual o el trabajo emocional profundo. Siempre mantenía presente la soledad del niño y su necesidad de una relación reparadora. La calidad relacional de pleno contacto entre nosotros proporcionó la base segura en la que se sustentaron todas las otras facetas de la terapia.

En la segunda mitad de este primer año intensifiqué el empleo de otras tres operaciones terapéuticas: explicación, confrontación e ilustración (Berne, 1966, p. 233-247). En el trascurso de los años he modificado cómo y cuándo utilizar estas tres operaciones terapéuticas: Berne las usó para descontaminar y fortalecer el Estado del Yo Adulto. Yo empleo estos métodos para estimular el conocimiento del cliente sobre las memorias implícitas y procedimentales de la dinámica familiar temprana, la vulnerabilidad infantil, la sensibilidad y las necesidades evolutivas. Continuamente mantengo en mi mente la perspectiva evolutiva y mis explicaciones y ejemplos se basan en la comprensión del desarrollo infantil. Con frecuencia me planteo preguntas como: ¿Cuál es la edad psicológica de mi cliente? ¿Cómo consigue un niño de esa edad validación, influir en los otros y definirse a sí mismo? ¿Qué necesita un niño de esa edad en una relación reparadora? ¿Qué sentido le dará un niño a lo que estoy diciendo?

Tuve en cuenta que la confrontación sólo es eficaz cuando se hace respetuosamente y cuando el cliente tiene la convicción de que "el terapeuta está dedicado a mi bienestar". En este punto de nuestro trabajo, valoré que nuestra relación terapéutica era lo suficientemente segura como para poder confrontar con regularidad las obsesiones de Bobby. Mi objetivo era atraer su atención sobre cómo evitaba sensaciones y recuerdos incómodos. Acompañé estas confrontaciones con una aplicación intensiva de la indagación fenomenológica e histórica para activar su contacto interno con los sentimientos, las necesidades, las asociaciones y los recuerdos. También me centré en su forma de gestionar las interrupciones relacionales de su vida temprana y en cómo todavía dependía de esos antiguos patrones para afrontar la negligencia y la decepción. Reaccionó con recuerdos incluso más intensos acerca de la negligencia de su padre, la burla y la frialdad de su madre, su constante soledad infantil y de cómo trataba de restablecerse y estabilizarse con la fantasía. Estaba empezando a diferenciar la tristeza de la soledad, el retraimiento del

enfado y cómo se desapropiaba con frecuencia del miedo que subyacía a su creencia de Guion "nadie está ahí para mí". Éstas eran las mismas sensaciones y recuerdos que evitaba mediante su fantasía obsesiva.

En numerosas sesiones empleé la explicación o la ilustración para transmitir a Bobby que todos los niños necesitan validación, compañía y alguien estable en quien confiar. Sus relatos revelaron que sus necesidades relacionales normales de seguridad, autodefinición y agencia parecían ser ignoradas por sus padres (Erskine y Trautmann, 1996). La gama de emociones y los detalles en los recuerdos de Bobby aumentaron con nuestras sesiones. La construcción de una relación terapéutica segura y nuestra atención a su evitación de los afectos, las sensaciones corporales y la memoria tuvo el efecto de atenuar su obsesión. Ahora era el momento de concentrarse en su sistema de Guion y en cómo éste reforzaba su Guion de Vida.

Si bien habíamos abordado su sistema de Guion en sesiones anteriores, durante este segundo año volvimos a examinarlo de modo más preciso (Erskine, 2015; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2010). Interrelacionadas con nuestra psicoterapia relacional y nuestro enfoque en la evitación de sentimientos y recuerdos contenida en las obsesiones de Bobby, pasamos varias sesiones redactando una descripción de sus conductas manifiestas y de cómo estaban vinculadas al comportamiento de otras personas, lo que Bobby a su vez utilizaba como experiencias reforzantes para confirmar sus creencias de Guion. Prestamos especial atención a la forma en que cada fantasía también se convertía en otra experiencia de refuerzo, la evidencia imaginada para apoyar las conclusiones de Guion que había asumido en la infancia: *"No necesito nada de nadie", "yo soy el único responsable", "nadie está ahí para mí", "las personas sólo están interesadas en sí mismas" y "la vida está llena de decepciones"*.

Durante este período de tiempo en nuestra terapia empleé una combinación de indagación fenomenológica, explicación, confrontación e ilustración a modo de estímulo para la "desconfirmación experiencial sistemática" de las creencias de Guion de Bobby (Widdowson, 2014, p. 202). Como parte de la terapia general, estas sesiones enfocadas de forma cognitiva y conductual tenían diversos propósitos:

- estimular la consciencia de Bobby de cómo sus reacciones, fantasías y conclusiones infantiles continuaban afectándole como adulto;
- recopilar información adicional sobre cómo el Guion de Vida de Bobby se hacía realidad día a día;
- ayudarle a comprender y transformar las funciones homeostáticas de su sistema de Guion;
- valorar su voluntad o reticencia a renunciar a sus antiguas creencias de Guion; y
- establecer una base más segura para realizar una terapia reparadora de regresión que pudiera resultar necesaria.

En algunas ocasiones, Bobby hablaba sobre su intenso dolor producido por las críticas de los compañeros de trabajo o sobre su enfado por las "demandas" de su

esposa de pasar más tiempo de disfrute juntos. Aunque su descripción de estos acontecimientos tenía muchos de los elementos que Eric Berne (1964) describió como claras señales de un "juego", me pareció más eficaz abordar su experiencia considerándola una actuación emocional de sus relaciones primarias infantiles. En lugar de confrontar su juego, exploramos con sensibilidad cómo su experiencia encajaba en el "timo" y el "truco" de la fórmula del juego de Berne (Berne, 1972, p. 23-25).

Definimos el timo como sus necesidades evolutivas y relacionales no correspondidas y el truco como su fachada arcaica auto-estabilizadora y auto-protectora. La "treta" en el juego se producía cuando otras personas no mostraban una empatía adecuada ni la comprensión que estaba necesitando en la relación. Analizamos cómo sus sentimientos de dolor o enfado (la "recompensa del juego" de Berne) eran una repetición de lo que él experimentaba como niño con las críticas, el abandono y las demandas de su madre, y con el menosprecio de su padre por lo que necesitaba. Clarificamos cómo estas puestas en acción se convirtieron en experiencias reforzantes que, una vez más, confirmaban sus creencias de Guion.

Durante un trabajo con el sistema de Guion de Bobby, me comentó que su madre le decía a menudo que su padre "carecía de verdadera emoción", que era "irresponsable", "sin moral". Bobby recordaba haberse esperanzado con que obtendría el amor de su madre si era responsable y moral. Pude observar la tensión en su cuerpo así que le pedí que cerrara los ojos e imaginara a su madre sentada frente a él. Le animé a mover sus tensos hombros y a expresar lo que le surgiera.

Empezó a gritar a la imagen interna de su madre y le habló sobre su enfado por los degradantes comentarios sobre su padre. Continuó expresando enfado también por su "frialdad" y "control". Después gritó "*Nunca estuviste ahí para mí*". Repitió estas palabras unas cuantas veces y añadió "*y así es como vivo, mamá, creyendo que nadie estará ahí para mí*". En ese momento se echó a llorar y sollozó durante unos minutos. En varios puntos de este trabajo le animé a seguir hablando con ella, a revelarle su verdad, a decirle lo que nunca había dicho. A continuación, lloró suavemente: "*Siempre estoy tan asustado... me asusta, mamá, que yo no sea responsable y entonces tú nunca me quieras*".

Le animé a repetir lo que decía y a expresarlo más alto. Gritó de nuevo y luego dijo: "*He vivido toda mi vida con temor de que no me quisieras si no era el responsable. Siempre eres fría, mamá. Nunca estuviste ahí para mí. Siempre estás exclusivamente interesada en ti misma. He vivido toda mi vida creyendo que nadie estaba ahí para mí y que tenía que ser el responsable. Martha, Robie y Sheila* [su esposa e hijos] *están ahí para mí, mamá, no tú. Me siento querido por ellos y los necesito. Contigo aprendí a no necesitar... pero los necesito. Estoy cambiando eso, mamá. No tengo que ser siempre el responsable. Necesito a mi familia".* Durante estas últimas palabras, realizó varias respiraciones profundas. Bobby estaba desconectando el "elástico" emocional y efectuando una "redecisión" (Erskine, 1974, 2011; Erskine y Moursund, 1988; Goulding y Goulding, 1979). Esta sesión de

terapia supuso mucho más que una redecisión cognitiva, generó una reorganización fisiológica y afectiva que condujo a un nuevo sentido del self.

En nuestras sesiones semanales de psicoterapia individual, durante el año y medio siguiente, a menudo me dirigí al niño que había sufrido negligencia relacional %un niño de diferentes edades**%** que no había tenido oportunidades para expresarse, que inconscientemente anhelaba la validación y la compañía, y que necesitaba a alguien para ayudarle a poner en palabras sus experiencias emocionales. Como la descripción de Eric Berne sobre el trabajo con los Estados del Yo Niño, hablé con el muchacho que Bobby fue una vez (Berne, 1961). Si alguien analizara nuestras transacciones durante esta fase de la terapia, a menudo parecería que yo era un padre benevolente ayudando a un niño vulnerable y desconcertado a entender y articular sus sentimientos, necesidades y aspiraciones (Clark, 1991). En muchas ocasiones podía experimentar el paternalismo en mi relación con Bobby. Fui adquiriendo afecto hacia él y lentamente permitió sentirse emocionalmente apegado a mí. Este nuevo estilo de apego era evidente en su "anhelo de hablar" conmigo en los periodos de vacaciones planificadas o cuando yo estaba de viaje.

Al inicio de nuestra psicoterapia, invité a Bobby a unirse a una terapia de grupo semanal. Supuse que el proceso relacional de grupo en una terapia continuada potenciaría nuestras sesiones individuales y ayudaría a abordar y resolver su vergüenza y su soledad (Erskine, 2013). Se negó repetidamente. Sin embargo, después del profundo trabajo emocional de redecisión con la imagen internalizada de su madre, aceptó asistir a un maratón de terapia de fin de semana. Estas sesiones, que se iniciaban el viernes por la noche hasta el domingo por la tarde, fueron una combinación de psicoterapia relacional de grupo, terapia de regresión y redecisión, y terapia corporal (Erskine, 2014b; Erskine y Moursund, 1988).

En su primer maratón de terapia, Bobby participó en otra terapia de redecisión similar a las que había realizado espontáneamente en su sesión individual. Esta vez nos enfocamos en las críticas de su madre hacia él. Estaba enfadado por su egocentrismo, que asoció a su conclusión de Guion de que "las personas sólo están interesadas en sí mismas". Mientras expresaba su rabia, tuvo varios *insights* sobre la relación con su madre y sobre el modo en que re-escenificaba esa relación con su esposa. Esta sesión intensiva conllevó una reorganización afectiva/cognitiva que condujo a una importante consciencia acerca de cómo evitaba una involucración íntima con la gente y funcionaba como un "solitario". El grupo estuvo cuidando y apoyando a Bobby mientras experimentaba con nuevas formas de estar en relación. Pudo hablar con los miembros del grupo sobre su vergüenza y su soledad. Además de nuestras sesiones de terapia semanal, Bobby finalmente asistió a una serie de tres maratones más de terapia de fin de semana.

Durante el segundo maratón, se centró en la ausencia de su padre. Lloró profundamente, llamando a su padre mientras su cuerpo se convulsionaba de la emoción. Estaba reviviendo ser un niño pequeño gritando, "Papá, ¿dónde estás? Papá no estás ahí para mí". Alargó sus manos, agarró mi camisa y se acurrucó en

mis brazos, y continuó llorando durante varios minutos. Luego apoyó la cabeza en mi pecho y puso su oreja en mi corazón. La última parte de esta terapia fue sin palabras. Emergió una mezcla de sonidos, movimiento y un delicado contacto físico %una reorganización afectiva/fisiológica. En nuestro encuentro posterior ese día Bobby explicó que "algo había cambiado por dentro", que se sentía "mucho más presente y adulto". "Mi pecho está mucho más abierto".

Varios meses más tarde, en su psicoterapia individual, Bobby habló largamente de su auto-crítica, como si fuera su propia voz castigándole: "No estoy siendo lo suficientemente bueno". Utilizamos la técnica de "dos-sillas" para crear un diálogo entre su propia voz como "crítico" y su sensación vivida de ser "criticado". Bobby se dio cuenta de que había aprendido a criticarse a sí mismo para asegurarse de que nadie más lo hiciera. Este trabajo de terapia tuvo algún efecto positivo en la reducción de la intensidad de la crítica interna. Semanas más tarde, en su tercer maratón de terapia grupal, habló sobre la crítica interna que aún permanecía. Nuevamente empecé con un diálogo de "dos-sillas" (Erskine y Moursund, 1988; Goulding y Goulding, 1979; Moursund y Erskine, 2003), pero pronto descubrió que el "crítico" ya no hablaba en primera persona, "Yo soy...", sino que ahora estaba hablando en una voz de segunda persona, "Eres un inútil". Inicié un diálogo con la voz crítica de Bobby; después de un par de minutos fue como si Bobby estuviera hablando con la voz de su madre.

Continué la conversación e indagué sobre su vida, el tipo de familia en la que había crecido, su matrimonio y su divorcio, y las tensiones y temores que padecía como madre soltera. Nuestro diálogo terapéutico se centró en primer lugar en el abandono y la crítica que recibió de niña por parte de su madre. Luego, redirigí la conversación hacía el descuido de las necesidades relacionales de Bobby cuando era niño. Mi indagación estuvo guiada en parte por la descripción de Noriega Gayol sobre los guiones transgeneracionales (Noriega Gayol, 2004, 2009, 2011). Habló de la decepción en su matrimonio, de que ella nunca había querido tener un hijo, y de la rabia contra su ex marido. Luego confesó que criticaba a Bobby porque estaba enfadada con su padre, a quien describió como "un inútil". Lloró cuando habló de cómo había "maltratado" a Bobby. En respuesta a mi pregunta y a mi forma de reaccionar empáticamente, como si ella fuera mi propia clienta, la madre introyectada de Bobby (su Estado del Yo Padre) estaba expresando la historia de su propio Guion de Vida con carga emocional.

Casi al final de nuestra sesión de una hora, le dijo a Bobby que era un "buen hijo", "nunca problemático" y que estaba orgullosa de él. Entonces le pedí a Bobby que cambiara de silla y respondiera a la imagen internalizada de su madre. Le habló de su "vacío" y su "soledad", que ella nunca estuvo disponible para él como hubiera necesitado. Lloró. Su cuerpo se relajó.

Varias horas después Bobby dijo, "siento que me he quitado un gran peso de encima". Semanas más tarde comentó que llevaba varias semanas viviendo sin ninguna crítica interna. La ausencia de crítica interna refleja la reorganización

afectiva / fisiológica / cognitiva que la terapia del Estado del Yo Padre puede proporcionar a un cliente (Erskine, 2003b; Erskine y Trautmann, 2003).

| Creencias de Guion | Manifestaciones de Guion | Experiencias reforzantes |
|---|---|---|
| **Sobre sí mismo:** | **Conductas manifiestas:** | **Actuales:** |
| No necesito nada de nadie. | Sin relaciones significativas.<br>Fachada auto-protectora.<br>No habla de las emociones.<br>Sin amigos cercanos, un solitario.<br>Silenciado por la vergüenza. | Los demás no preguntan.<br>Otros se burlan.<br>Las personas no demuestran ningún interés personal.<br>Herido por la crítica. |
| Yo soy el único responsable. | Asume toda la responsabilidad.<br>Se queja de que los demás no asumen la responsabilidad. | Se da cuenta de que otros no asumen su responsabilidad.<br>Agradecimiento de los compañeros de trabajo. Promociones. |
| **Otros:** | | |
| Nadie está ahí para mí.<br><br>Las personas sólo están interesadas en sí mismas. | Despierto por la noche, en el ordenador.<br><br>Reacciona con su esposa como si fuera su madre. | La esposa se queja de que se levanta por la noche y no volver a casa por las tardes. La esposa se retrae. |
| | **Fisiológicas:** | |
| | Pecho cóncavo, tensión en los hombros y en la espalda.<br>Sensación de "vacío". | Cuerpo y memoria sub-simbólica. |
| **Calidad de la vida:** | **Fantasías:** | **Viejos recuerdos:** |
| La vida está llena de decepciones.<br>Algo saldrá mal. | Preocupación sobre el trabajo y la carrera.<br>Fantasías catastróficas de que algo saldrá mal.<br>Richard me va a menospreciar o no escuchará.<br>Richard no estará ahí para mí.<br>Richard me rechazará.<br>"Conseguiré el amor de mi madre si soy responsable".<br>Mi madre nunca me querrá como soy. | Esperando a papá.<br>Padre ausente.<br><br>La madre es fría.<br><br>Negligencia, crítica, demandas, auto-centramiento y falta de validación de la madre.<br>La madre nunca me pregunta acerca de mis sentimientos.<br>La madre dice que el padre no tiene moral, es irresponsable.<br>Su madre le dice: "Eres un inútil" |

**Sentimientos y Necesidades reprimidas:**

Soledad, enfado, el dolor emocional.
Necesidad de seguridad-en-la-relación, validación, alguien en quien confiar, compañía, autodefinición, hacer impacto, dar y recibir intimidad.

***Figura 3.*** **Sistema de Guion de Bobby**

A lo largo de nuestras sesiones, fuimos entretejiendo un análisis sobre las posibles funciones homeostáticas arcaicas. Desde las primeras sesiones, me mantenía a menudo silencioso elaborando hipótesis sobre las diversas funciones subyacentes a la preocupación habitual de Bobby. Puntualmente usé estas hipótesis para formular algunas de mis indagaciones. Desde la experiencia clínica, me sentí bastante seguro de que Bobby no detendría totalmente su obsesión mientras sus fantasías y creencias asociadas al Guion cumplieran funciones arcaicas homeostáticas tales como predictibilidad, identidad, continuidad o estabilidad (Erskine, 2015; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999).

Indagué con regularidad acerca de las experiencias subjetivas de Bobby, con la idea de que con el tiempo descubriría y apreciaría su impulso interno hacia una sensación familiar de equilibrio %la estabilización homeostática% que mantenía sus hábitos de preocupación y obsesión. Relativamente pronto en la psicoterapia le pregunté a Bobby si podía describir el propósito de sus fantasías de que "algo saldrá mal". Inmediatamente exclamó: "¡Para saber qué pasará!". Esto nos llevó a varios recuerdos que describían su impulso interno hacia la predictibilidad y su intenso miedo cuando no podía predecir el resultado de los acontecimientos. Exploramos además el modo en el que sus fantasías servían para reforzar sus creencias de Guion y, al mismo tiempo, funcionaban para proporcionar una cobertura contra el impacto de las decepciones.

Mediante mi consistente indagación fenomenológica, Bobby fue consciente de otras tres funciones homeostáticas:

- su creencia de Guion "no necesito nada de nadie" y sus fantasías asociadas de "ser totalmente independiente de cualquiera" eran un tipo de identidad infantil;
- muchas de sus fantasías y su creencia de Guion "nadie está ahí para mí" sirvieron de orientación para sus relaciones con los demás; y
- su preocupación habitual proporcionó una sensación de continuidad en su trayectoria vital.

Cada una de estas funciones homeostáticas resultó un intento de auto-reparación infantil y proporcionaron una estabilización artificial de sus intensos afectos %una auto-estabilización necesaria para reducir las fuertes reacciones emocionales que se producían como resultado de la ausencia de un contacto satisfactorio necesario con otros significativos, ya fuera en el presente de su vida actual, como fantasía, o como vestigios de memoria implícita (Kohut, 1977; Wolf, 1988).

Sin embargo, para abandonar los patrones arcaicos de apego inseguro y las funciones homeostáticas que conforman y también mantienen un Guion de Vida, los clientes como Bobby tienen que cambiar las funciones arcaicas por funciones maduras (Erskine, 2015). Esta modificación conlleva a menudo experimentar y permitir temporalmente que la relación terapéutica proporcione funciones psicológicas tales como estabilización, predictibilidad o una nueva identidad-en-relación.

Durante los tres años de su psicoterapia, Bobby puso a prueba en numerosas ocasiones mi honestidad, consistencia, fiabilidad y confiabilidad.

Durante esta fase de la psicoterapia, apliqué repetidas veces el método de la *indagación relacional* para averiguar cómo le resultaba a Bobby su experiencia conmigo, definir nuestros procesos intersubjetivos y contrastar la diferencia en la calidad de nuestra relación con otras relaciones diferentes de su vida. Al hacer este tipo de indagación relacional, volvíamos a la fase relacional de nuestro trabajo y, al mismo tiempo, confiábamos en lo que habíamos descubierto acerca del Guion de Vida de Bobby y su sistema de Guion. Cada fase de nuestra psicoterapia estaba interconectada con las demás. De tanto en cuanto, tenía la percepción de que estábamos trabajando en un holograma de conceptos y métodos terapéuticos.

Poco a poco, a lo largo de su psicoterapia, fomenté la transferencia de las funciones homeostáticas arcaicas de Bobby hacia una dependencia en la consistencia y fiabilidad de nuestra relación terapéutica. Mi objetivo era proporcionar una base relacional segura como alternativa a sus patrones previos de evitación y proporcionar una fase de transición para el establecimiento de funciones homeostáticas maduras. Poco a poco, la identidad desactualizada de Bobby fue reemplazada por un nuevo sentido de identidad, una identidad basada en los contextos actuales de su vida: una identidad madura que incluía una relación íntima con su esposa e hijos y una relación más abierta y de mayor contacto con los compañeros de trabajo. Con nuestra psicoterapia, estaba desarrollando formas novedosas y maduras de estabilización de los afectos y de regulación intersubjetiva.

En el segundo y tercer año, nos enfocamos periódicamente en la sexta faceta de nuestra psicoterapia, el concepto de "vivir en el ahora". El año anterior en nuestra terapia, Bobby desconsideró mis intentos de introducir ejercicios de toma de consciencia. No le gustaba el concepto de vivir en el presente y argumentaba conmigo que "preocuparse por el futuro era una buena cobertura". Hablé de cómo su preocupación era un signo de esperanza %la esperanza de que podría protegerse de la sorpresa y del impacto de "algo saldrá mal". En numerosas sesiones, recalqué las historias que me había contado acerca de varias heridas y decepciones y le expliqué que sería normal en esas situaciones estabilizarse y regularse emocionalmente prediciendo lo peor. En varias sesiones hablamos de su lucha interna por controlar el futuro. Esperanza y control fueron temas que retomábamos durante unos minutos en muchas sesiones.

Durante nuestras sesiones de psicoterapia, mientras seguía haciendo uso de la indagación fenomenológica y de nuestras experiencias intersubjetivas, comencé a introducir algunos ejercicios de concienciación y enraizamiento y le pedí que los practicara en casa. Conforme avanzaba el tiempo, creamos dos nuevos lemas "Todavía no lo sé" y "Lo que me preocupa ahora, pasará" para reemplazar su creencia de Guion "Algo saldrá mal". En el segundo año le sugerí que asistiera a un fin de semana de prácticas de meditación. Al principio se sentía incómodo con la experiencia, pero me sorprendió gratamente cuando decidió participar en un

programa continuado de meditación.

En el último año de terapia, le sugerí que se apuntara a clases de yoga dos veces por semana, y así lo hizo. Después de algunas semanas, Bobby se sentía contento con sus cambios corporales. Se había propuesto continuar con el yoga y la meditación; ambas actividades le proporcionaban formas maduras de auto-estabilización y autorregulación. Su dependencia en mí era bastante menor que en años anteriores. Participaba en actividades familiares como nunca antes había hecho. Y se sentía encantado de no obsesionarse y disfrutar de una noche completa de sueño. Cuando las circunstancias resultaban inciertas, se centraba en lo que estaba experimentando a nivel interno en su cuerpo, en el momento presente.

Bobby se encontraba fuera de la ciudad cuando uno de sus hijos sufrió un grave accidente. Estabilizó su ansiedad con "No tengo suficiente información para estar preocupado". Cuando su esposa tuvo complicaciones con un nuevo embarazo, le enseñó a usar el lema: "Todavía no lo sé. Resolveremos el problema si alguna vez ocurre". Vivía de forma espontánea en el presente, en contacto con su vulnerabilidad, consciente de las funciones de sus obsesiones previas y con intimidad en sus relaciones. Cuando finalizamos nuestras sesiones de psicoterapia, planeaba continuar con la meditación y el yoga.

**Conclusión**

El relato de la psicoterapia de Bobby ofrece una recopilación de conceptos, facetas terapéuticas y métodos que se fusionan para informarte a ti, lector, sobre la utilización del Análisis Transaccional en la psicoterapia contemporánea. He optado por presentar un caso que abarque la psicoterapia de la obsesión, la preocupación habitual y la fantasía repetitiva porque la psicoterapia de tales clientes ilustra la aplicación de las teorías de Eric Berne y de los nuevos conceptos y métodos del Análisis Transaccional clínico contemporáneo, tales como:

- la psicoterapia desde una perspectiva relacional –respetuosa, no patológica y co-constructiva.
- la psicoterapia a partir de un marco teórico evolutivo, documentado por la información actual de la neurobiología y las necesidades evolutivas y relacionales de los niños.
- la importancia de las re-escenificaciones (lo que Berne llamó "juegos") y la transferencia como comunicación de la experiencia inconsciente y la interacción entre una contratransferencia reactiva y responsiva.
- los Estados del Yo Niño y Padre y la relación recíproca entre los Estados del Yo.
- la reorganización afectiva/fisiológica/cognitiva que puede derivarse de la desconfusión de los Estados de Yo Niño, una regresión terapéutica con apoyo y la desactivación de un Estado de Yo Padre.
- la identificación del sistema de Guion y el intercambio entre las creencias de Guion, la conducta y la fantasía, y la experiencia reforzante del Guion.

- las funciones homeostáticas de la conducta, las fantasías repetitivas y las creencias de Guion y la importancia de traspasar el uso habitual del cliente de funciones arcaicas hacia nuevas funciones maduras.
- la estabilización y la regulación madura de la vida en el momento presente.

La psicoterapia de Análisis Transaccional de la obsesión, la preocupación habitual y la fantasía repetitiva es compleja y requiere un enfoque multifacético que aborde y resuelva la soledad subyacente del cliente y el anhelo inconsciente de una relación significativa. De ese modo, se reorientan las funciones homeostáticas arcaicas del cliente al obsesionarse hacia una función madura, se disuelven las creencias de Guion arcaicas y las introyecciones, facilitando una reorganización fisiológica / afectiva / cognitiva y enriqueciendo la vida emocional de los clientes mediante la intimidad y vivir en el momento presente.

Eric Berne sentó las bases teóricas para la psicoterapia de Análisis Transaccional y otros clínicos perspicaces y creativos contribuyeron con una multitud de conceptos y métodos %en el Análisis Transaccional contemporáneo abundan los métodos efectivos% pero el desarrollo del Análisis Transaccional en psicoterapia no está completo. Este artículo ha esbozado un enfoque de seis facetas que los colegas del Instituto de Psicoterapia Integrativa y yo consideramos eficaces en nuestro trabajo con los clientes que están inmersos en la obsesión, la fantasía repetitiva y la preocupación habitual. Una mayor exploración e investigación clínica podría revelar otras facetas terapéuticas eficaces en la psicoterapia de la obsesión. Por ahora estas seis facetas (relación, evitación, Guion de Vida y sistema de Guion, reorganización intrapsíquica, funciones homeostáticas y vivir en el presente) conforman, cada una, una orientación útil en la práctica del Análisis Transaccional en la psicoterapia contemporánea.

**Nota:**

Este artículo corresponde al capítulo de Erskine, R. G. (2015). A Transactional Analysis of obsession: integrating diverse concepts and methods. En R. G. Erskine (editor), *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy.* (pp. 1-25). Londres, Reino Unido: Karnac Books.

Agradecemos el permiso de publicación del editor.

**Traducción: Angela Pérez Burgos**

**Revisión: Mar Gómez Masana**

## Referencias bibliográficas


Allen, J. R. (2003). Biological Underpinnings of Treatment Approaches. *Transactional Analysis Journal, 33*(2), 23-31.

Allen, J. R. (2010). Redecision therapy: Underappreciated developmental, relational, and neuroconstructive processes. *Transactional Analysis Journal, 40*(2), 149-158.

Allen, J.R. (2011). The experienced self as a developmental line and its use in script work. *Transactional Analysis Journal, 41*(1), 58-68.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., text rev.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.

Bary, B. B. y Hufford, F. M. (1990). The six advantages to games and their use in treatment. *Transactional Analysis Journal, 20*(4), 214-220.

Berne, E. (1964). *Games People Play.* Nueva York, NY: Grove Press.

Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment.* Nueva York, NY: Oxford University Press.

Berne, E. (1970). *Sex in Human Loving.* Nueva York, NY: Simon y Schuster.

Berne, E. (1972). *What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny.* Nueva York, NY: Grove Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment. Volume I of Attachment and Loss*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and Anger. Volume II of Attachment and Loss*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression. Volume III of Attachment and Loss.* New York, NY: Basic Books.

Campos, L.P. (1995). Redecision therapy with incarcerated disturbed youth. *Transactional Analysis Journal*, *25*(4), 361-366.

Cassius, J. (1977). Bioenergetics and TA. En M. James (Ed.) *Techniques in Transactional Analysis for Psychotherapists and Counselors.* (p. 272-282) Reading, MA: Addison-Wesley.

Cassius, J. (1980). Bodyscript release: How to use bioenergetics and transactional analysis. En J. Cassius (Ed.), *Horizons in Bioenergetics: New Dimensions in Mind/Body Psychotherapy.* (p.212-244). Memphis, TN: Promethean Publications.

Chambless, D.L. (2005). Compendium of empirically supported therapies. En G. P. Koocher, J. C. Norcross, y S. S. Hill (Eds.) *Psychologists' Desk Reference*, Nueva York, NY: Oxford University Press.

Childs-Gowell, E. (2000). *Regression and Protection.* Seattle, WA: Sudden Printing.

Childs-Gowell, E. y Kinnaman, P. (1978). Bodyscript Blockbusting: A Transactionnel Analyses Approach to Body Awareness.

Clark, B. D. (1991). Empathetic transactions in the deconfusing of Child ego states. *Transactional Analysis Journal, 21*(2), 92-98.

Clarkson, P. y Fish, S. (1988). Rechilding: Creating a new past in the present as a support for the future. *Transactional Analysis Journal*, *18*(1), 51-59.

Cornell, W. F. (1975). Wake up "Sleepy": Reichian techniques and script intervention. *Transactional Analysis Journal, 5*(2), 144-147.

Cornell, W. F. (1997). Touch and boundaries in Transactional Analysis: Ethical and transferential considerations. *Transactional Analysis Journal, 27*(1), 30-37.

Cornell, W. F. (2008). *Explorations in Transactional Analysis: The Meech Lake Papers.* San Francisco, CA: TA Press.

Cornell, W. F. y Hargaden, H. (2005). *From Transactions to Relations: The Emergence of a Relational Tradition in Transactional Analysis.* Chadlington, UK: Haddon Press.

Cornell, W. F. y Landaiche, N. M. (2006) Impasses and intimacy. *Transactional Analysis Journal, 36*(3), 197-213.

Cornell, W. F. y Landaiche, N.M. (2007). Why body psychotherapy?: A Conversation. *Transactional Analysis Journal, 37*(4), 256-262.

Cornell, W. F. y Olio, K. A. (1992). Consequences of childhood bodily abuse: A clinical model for affective interventions. *Transactional Analysis Journal*, *22*(3), 131-143.

Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain.* Nueva York, NY: Norton.

Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness.* Nueva York, NY: Harcourt Brace.

Dashiell, S. R. (1978) The parent resolution process: Reprogramming psychic incorporations in the parent. *Transactional Analysis Journal*, *8*(4), 289-294.

Dusay, J. M. (1966). Responses to games in therapy. *Transactional Analysis Bulletin,* 5,136-137.

English, F. (1971). The Substitution Factor: Rackets and Real Feelings: Part l. *Transactional Analysis Journal, 1*(2), 27-32.

English, F. (1972). Rackets and real feelings: Part I. *Transactional Analysis Journal, 2*(1), 23-25.

Erskine, R. G. (1974). Therapeutic intervention: Disconnecting rubberbands. *Transactional Analysis Journal, 4*: 7-8. Reeditado en 1997: R. G. Erskine, *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of Selected Articles* (p. 172-173). San Francisco, CA: TA Press.

Erskine, R. G. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic, and physiological. *Transactional Analysis Journal, 10*: 102-106). Reeditado en 1997: R.G. Erskine, *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of Selected Articles* (p. 151-155). San Francisco, CA: TA Press.

Erskine, R.G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21: 63-76. Reeditado en 1997: R. G. Erskine, *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of Selected Articles* (p.129-146). San Francisco, CA: TA Press.

Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23: 184-190. Reeditado en 1997 R. G. Erskine (Ed.). *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles* (p.37-45). San Francisco, CA: TA Press.

Erskine, R. G. (1994). Shame and self-righteousness: Transactional Analysis perspectives and clinical interventions. *Transactional Analysis Journal,* 24: 86-102. Reeditado en 1997: R. G. Erskine (Ed.), *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (p. 46-67). San Francisco, CA: TA Press.

Erskine, R. G. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal, 26,* 316-328. Reeditado en 1997: R. G. Erskine (Ed.), *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles.* p. 20-36. San Francisco, CA: TA Press.

Erskine, R. G. (1997). The therapeutic relationship: Integrating motivation and personality theory. Reeditado en 1997 R. G. Erskine (Ed.), *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles.* p. 7-19. San Francisco, CA: TA Press.

Erskine, R. G. (2001). Psychological function, relational needs and transferential resolution: Psychotherapy of an obsession. *Transactional Analysis Journal*, *31*(4), 220-226.

Erskine, R. G. (2003a). Bonding in relationship: A solution to violence? *Transactional Analysis Journal, 32*(4), 256-260.

Erskine, R .G. (2003b). Introjection, psychic presence and Parent ego states: Considerations for psychotherapy. En C. Sills y H. Hargaden (Eds.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views* (p. 83-108) Londres, Reino Unido: Worth Publishing.

Erskine, R. G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analysis Journal, 38*(2), 128-138.

Erskine, R. G. (2009). Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement. *Transactional Analysis Journal, 39*(3), 207-218.

Erskine, R. G. (2010a). Integrating expressive methods in a relational psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy, 1*(2), 55-80.

Erskine, R. G. (2010b). Life scripts: Unconscious relational patterns and psychotherapeutic involvement. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns,* (p. 1-28). Londres, Reino Unido: Karnac Books.

Erskine, R. G. (2011). Therapeutic involvement. En H. Fowlie y C. Sills (Eds.), *Relational Transactional Analysis: Principles in Practice*, (p. 29-45). Londres, Reino Unido: Karnac Books

Erskine, R. G. (2013) Relational group process: Developments in a Transactional Analysis model of group psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, *43*(4), 262-275.

Erskine, R. G. (2014) Nonverbal stories: The body in psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy, 5*(1), 21-33.

Erskine, R. G. (2015). *Relational Patterns — Therapeutic Presence.* Londres, Reino Unido: Karnac Books.

Erskine, R. G., D'Amico, J., King, E., Markevitch, J., Nack, C. y Reiser, I. (2001). [Investigation of effective methods in the psychotherapy of obsession]. Inédito. Institute for Integrative Psychotherapy, Nueva York, NY.

Erskine, R. G., Moursund, J. P. (2011). *Integrative Psychotherapy in Action.* Londres, Reino Unido: Karnac Books. (Originalmente publicado por Sage Publications, 1988 y por The Gestalt Journal Press, 1998).

Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal, 26*(4), 316-328.

Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (2003). Resolving intrapsychic conflict: Psychotherapy of Parent ego states. En C. Sills y H. Hargaden (Eds.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views,* (p. 109-134) Londres, Reino Unido: Worth Publishing.

Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann R. L. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Erskine, R. G. y Zalcman, M. J. (1979). The Racket System: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, *9*(3), 51-59.

Eusden S. (2011). Relational transactional analysis and ethics—Minding the gap. En H. Fowlie y C. Sills (Eds.), *Relational transactional analysis: Principles in practice* (p. 269–277). Londres, Reino Unido: Karnac Books.

Fisher, S. y Greenberg, R. P. (1985). *The Scientific Credibility of Freud's Theory and Therapy.* New York, NY: Columbia University Press.

Fowlie, H. y Sills, C. (2011). *Relational Transactional Analysis: Principles in Practice.* Londres, Reino Unido: Karnac Books.

Freud, S. (1958a). The dynamics of transference. En J. Starchey (Ed. y Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol.12 (p. 97-108). Londres, Reino Unido: Hogarth Press. (Originalmente publicado en 1912).

Freud, S. (1958b). The Disposition to Obsessional Neurosis. En J. Starchey (Ed. y Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* Vol. 12, (p.311-326) Londres, Reino Unido: Hogarth Press. (Originalmente publicado en 1913).

Goulding, M. Goulding, R. (1979). *Changing Lives through Redecision Therapy.* New York, NY: Bruner/Mazel.

Guistolise, P. G. (1996). Failures in the Therapeutic Relationship: Inevitable *and* Necessary? *Transactional Analysis Journal, 26*(4), 284-288.

Hawkes, L. (2003). The tango of therapy: A dancing group. *Transactional Analysis Journal, 33*(4), 288-301.

Harris, A. (1972). Good Guys and Sweethearts. *Transactional Analysis Journal, 2*(1), 13-18.

Harris, T. (1967). *I'm OK — You're OK: A Practical Guide to Transactional Analysis.* Nueva York, NY: Grove Press.

Hargaden, H., y Sills, C. (2001). Deconfusion of the Child ego state. *Transactional Analysis Journal, 31*(1), 55-70.

Hargaden, H., y Sills, C. ((2002). *Transactional Analysis: A Relational Perspective.* Nueva York. NY: Taylor y Francis.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., y Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 549-560.

Karpiak, C. P. y Norcross, J. C. (2005). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in the General Population. En G. P. Koocher, J.C. Norcross y S.S. Hill (Eds.), *Psychologist's Desk Reference.* Nueva York, NY: Oxford University Press.

Kluckholm, C. y Murray, H.A. (1953). Personality formation: The determinants. En C. Kluckholm, H. A. Murray y D. M. Schneider (Eds.), *Personality in Nature, Society, and Culture.* (pp. 53-67). Nueva York, NY: Knopf.

Kobak, R. R., y Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development*, *59*(1), 135-146.

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorder.* New York, NY: International Universities Press.

Ligabue, S. (1991). The Somatic component of the script in early development. *Transactional Analysis Journal, 21*(1), 21-30.

Little, R. (2001). Schizoid processes: Working with the defenses of the withdrawn Child ego state. *Transactional Analysis Journal, 31*(1), 33-43.

Little, R. (2005). Integrating psychoanalytic understanding in the deconfusion of primitive ego states. *Transactional Analysis Journal, 35*(2), 132-146.

Little, R. (2006). Ego state relational units and resistance to change. *Transactional Analysis Journal: 36*(1), 7-19.

Little, R. (2011). Impasse clarification within the transference-countertransference matrix. *Transactional Analysis Journal*, *41*(1), 23-38.

Little, R. (2013). The new emerges out of the old: An integrated relational perspective on psychological development, psychopathology, and therapeutic action. *Transactional Analysis Journal, 43*(2), 106-121.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, *33*: 48-61.

Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (p. 407-474). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Masse, V. (1995). The treatment of post-traumatic stress disorder using redecision therapy. *Transactional Analysis Journal, 25*(4), 356-360.

McAdams, D. P. y Pals, J. L. (2006). Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, *61*(3), 204-217.

McNeel, J. (1977). The seven components of redecision therapy. En Barnes G. (Ed.), *Transactional Analysis after Eric Berne: Teachings and Practices of three TA schools* (p. 425–441). New York, NY: Harper's College Press.

McNeel, J. R. (1976). The parent interview. *Transactional Analysis Journal 6*(1), 61-68.

Mellor, K. y Andrewartha, G. (1980). Reparenting the parent in support of redecisions. *Transactional Analysis Journal, 10*(3), 197-203.

Moiso, C. (1985). Ego states and transference. *Transactional Analysis Journal, 15*(3), 194-201.

Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Thomson Learning.

Nolan, K. (2008). Understanding obsessive-compulsive disorder: An integration of transactional analysis and psychoanalysis. *Transactional Analysis Journal, 38*(1), 72-86.

Noriega-Gayol, G. (2004). Codependence: A transgenerational script. *Transactional Analysis Journal, 34*(4), 312-322.

Noriega, G. (2009). On receiving the 2008 Eric Berne Memorial Award for Mechanisms of Transgenerational Script Transmission. *Transactional Analysis Journal, 39*(1), 8-13.

Novak, E.T. (2013). Combining traditional ego state theory and relational approaches to transactional analysis in working with trauma and dissociation. *Transactional Analysis Journal, 43*(3), 186-196.

Novellino, M. (1984). Self-analysis of countertransference in integrative transactional analysis. *Transactional Analysis Journal, 14*(1), 63-67.

Novellino, M. (1985). Redecision analysis of transference: A TA approach to transference neurosis. *Transactional Analysis Journal, 15*(3), 202-206.

Novellino, M. (1990) Unconscious communication and interpretation in Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal, 20*(3), 168-172.

Novellino, M. (2006). The Don Juan syndrome: The script of the great losing lover. *Transactional Analysis Journal, 36*(1), 33-43.

O'Reilly-Knapp, M. y Erskine, R. G. (2010). The script system: An unconscious organization of experience. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns,* (p. 291-308). Londres, Reino Unido: Karnac Books.

PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Reich, W. (1933). *Character Analysis*. New York, NY: Farrar, Straus, y Giroux.

Salzman, L. (1980). *Treatment of the Obsessive Personality.* New York, NY: Jason Aronson.

Schaeffer, B. (2009). Sexual Addiction. *Transactional Analysis Journal, 39*(2), 153-162.

Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles.* New York, NY: Basic Books.

Stolorow, R., Brandschaft, B. y Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Stutridge, J. (2006). Inside out: A transactional analysis model of trauma. *Transactional Analysis Journal, 36*(4), 270-283.

Stuthridge, J. (2012). Traversing the fault lines: Trauma and enactment. *Transactional Analysis Journal, 42*(4) 238-251.

Summers, G. y Tudor, K. (2000). Cocreative transactional analysis. *Transactional Analysis Journal, 30*(1), 23-40.

Thunnissen, M. (2010). Redecision therapy with personality disorders: How does it work and what are the results? *Transactional Analysis Journal, 40*(2), 114-120.

Trautmann, R. L. y Erskine, R. G. (1999). A matrix of relationships: Acceptance speech for the 1998 Eric Berne Memorial Award, *Transactional Analysis Journal, 29*(1), 14-17.

Trautmann, R.L. (2003). Psychotherapy and spirituality. *Transactional Analysis Journal, 33*(1), 32-36.

Tudor, K. (2011). Empathy: A cocreative perspective. *Transactional Analysis Journal, 41*(4), 322-335.

Uma Priya, R. (2007). Transactional Analysis and the mind/body connection. *Transactional Analysis Journal, 37*(4), 286-293.

Verney, J. (2009). Mindfulness and the Adult ego state. *Transactional Analysis Journal, 39*(3), 247-255.

Waldekranz-Piselli, K.C. (1999). What do we do before we say Hello? The body as the stage setting for the script. *Transactional Analysis Journal, 29*(1), 31-48.

Widdowson, M. (2014). Avoidance, vicious cycles, and experiential disconfirmation of script: Two new theoretical concepts and one mechanism of change in the psychotherapy of depression and anxiety. *Transactional Analysis Journal, 44*(3), 194-207.

Winnicott, D. W. (2004). Mind and its relation to the psyche-soma. En D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: Collected Papers,* (p. 243-254). Londres, Reino Unido: Karnac Books. (Originalmente publicado en 1949).

Wolf, E. S. (1988). *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology.* New York, NY: Guilford Press.

Žvelc, G., Èernetiè, M. y Košak, M. (2011). Mindfulness-based transactional analysis. *Transactional Analysis Journal, 41*(3), 241-254.

# PROGRAMA INTELIGENCIA EMOCIONAL PLENA (PINEP) APLICANDO *MINDFULNESS* PARA REGULAR EMOCIONES

## MINDFUL EMOTIONAL INTELLIGENCE PROGRAM ON EMOTIONAL REGULATION (PINEP)

**Dra. Natalia Sylvia Ramos Díaz**
Universidad de Málaga, España

**Dra. Liliana Jazmín Salcido Cibrián**
Universidad Autónoma de Sinaloa, México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ramos Díaz, N.S. y Salcido Cibrián, L.J. (2017). Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) aplicando *Mindfulness* para Regular Emociones. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 259-270.

### Resumen

*El Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP; Ramos, Recondo & Enríquez, 2012) ha sido elaborado con la intención de desarrollar la Inteligencia Emocional haciendo uso de la herramienta* Mindfulness*.*
*Las emociones perturbadoras son aquellas que nos alejan del momento presente, normalmente los individuos reaccionan frente a estas emociones evitándolas o implicándose excesivamente en las mismas.*
Mindfulness *ayuda a los individuos a tomar contacto con dichas emociones con una actitud abierta, flexible compasiva y sin juicio. Convirtiéndose así, en una herramienta adecuada para la gestión emocional.*

Palabras clave: *programa mindfulness, atención emocional, mindfulness, regulación emocional.*

### Abstract

*Emotional Intelligence through the Mindfulness Training Program (PINEP; Ramos, Recondo & Enríquez, 2012) has been elaborated with the intention of developing emotional intelligence by employing mindfulness practise and techniques.*
*Disturbing emotions are those which distract us from the present moment and normally provoke a reaction of avoidance or excessive preoccupation.*
*Mindfulness helps an individual face those emotions with an open, flexible, compassive attitude of non-judgement. It therefore becomes an adequate tool for emotional regulation.*

Keywords*: mindfulness program, emotional attention, mindfulness, emotional regulation.*

Fecha de recepción: 2-2-2017. Fecha de aceptación V1: 20-3-2017. Fecha de aceptación V2: 31-5-2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: nsramos@uma.es
Dirección postal: Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga, Facultad de Psicología, Campus Teatinos s/n, Málaga, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

## Introducción

El Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP; Ramos, Recondo & Enríquez, 2012) ha sido elaborado con la intención de desarrollar la inteligencia emocional a través de la herramienta *mindfulness*. Los modelos basados en *mindfulness*, enfatizan la importancia de experimentar los fenómenos emocionales, permitiendo que ocurran todas las experiencias emocionales, incluso aquellas que sean dolorosas (Alonso, 2012). Cabe pensar, que la regulación emocional es inherente a la práctica de *mindfulness (*Roemer & Orsillo, 2003*)*. La práctica de la atención plena ayuda a las personas a desvincularse progresivamente de sus pensamientos y procesos emocionales, convirtiéndose en un mecanismo útil y efectivo de regulación emocional (Martín-Asuero, 2005; Martín-Asuero & García de la Banda, 2007). De esta manera, la atención plena nos conectaría con nuestras emociones de una forma compasiva y no reactiva.

Germer (2005) distingue dos tipos de modelos basados en *mindfulness*:

1. *Modelo basado en mindfulness*. La atención plena es la piedra angular para el tratamiento y su práctica es respaldada y estructurada por la meditación formal, tanto a nivel grupal como individual.
2. *Modelo informado por mindfulness*. A diferencia del primero, la práctica de *mindfulness* es dirigida a través de la meditación informal y, en algunos casos, no se recomienda la práctica de la meditación formal.

En este sentido PINEP, a través de la práctica formal e informal de la meditación, ayuda al individuo a afrontar situaciones emocionales abordándolas con atención plena.

Según Germer (2005) *mindfulness* se describe a partir de tres conceptos: a) un constructo teórico, b) una práctica a desarrollar (meditación) y c) proceso psicológico (estar-consciente-*mindful*). Se propone un modelo teórico (Bishop, et al., 2004) en el que distinguen dos componentes de *mindfulness*: el primero la autorregulación mantenida en la experiencia inmediata y el segundo la orientación particular hacia la propia experiencia del momento presente. Para Simón (2013) el segundo componente hace referencia a la actitud adecuada para la práctica. Diversos autores han descrito las actitudes necesarias para la práctica de *mindfulness* mismas que se cultivan cada vez que la práctica se realiza. Algunas de ellas son: aceptación, curiosidad, apertura, ausencia de juicio, mente de principiante, ceder, soltar o dejar ir (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003; Siegel, 2007)

Desde un enfoque *mindfulness*, las emociones perturbadoras, se describen como aquellas que dificultan la habilidad de permanecer conscientes en el aquí y ahora. Simón (2013) subraya que las emociones difíciles conducen al sufrimiento, dando lugar a conductas inapropiadas, y a problemas, en las relaciones personales. En este sentido, la respuesta habitual de los individuos ante las emociones perturbadoras es la de suprimir o evitar dicha emoción o bien, implicarse excesivamente en las mismas. Sin embargo, cuando estas emociones son abordadas desde el enfoque *mindfulness,* con las actitudes que se requieren para ello (curiosidad,

apertura, aceptación y ausencia de juicio), el individuo podría darse cuenta de que existe una tendencia a reaccionar de manera automática, vinculada a cada emoción. De este modo, podría cambiar su tendencia de respuesta, sin implicarse reactivamente con cada emoción sentida (Vallejo, 2008; Ramos, et al.,2012; Ramos, Hernández & Blanca, 2009). Permanecer presentes y sin reaccionar ante el malestar que suscita una emoción, nos permite regularla. Aunque algunas reacciones frente a las emociones, son adaptativas para la especie, porque nos permiten responder a peligros de manera inmediata, otras reacciones automáticas no lo son; como las intrusiones en el caso de la depresión (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000) o la preocupación en el caso de la ansiedad (Mennin, 2004). Desde un enfoque *mindfulness,* la regulación de emociones establece relación con la experiencia interna, más que en modificar dicha experiencia (Márquez & Mestre, 2012)

En la Figura 1 se presenta el procesamiento de la atención emocional sin las características de *mindfulness*.

Atención emocional

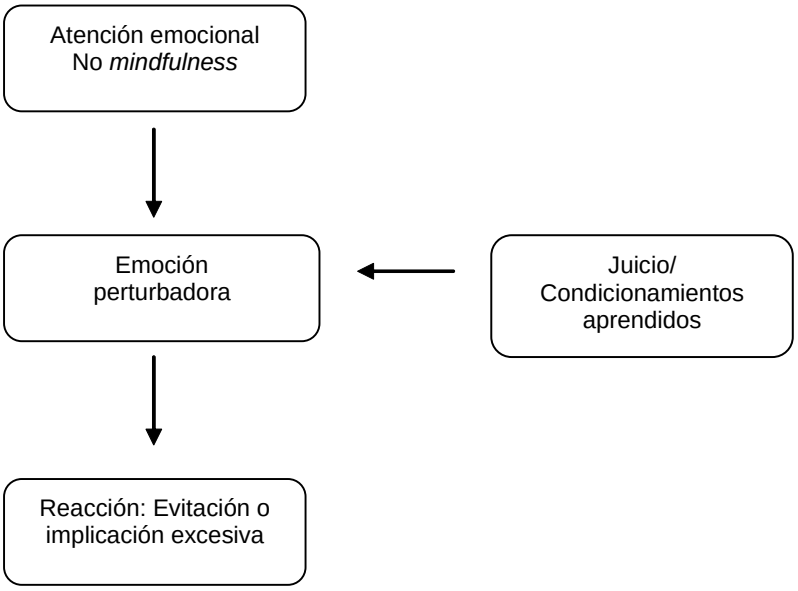


***Figura 1.*** **Procesamiento de la atención emocional sin las características de *mindfulness*.**
***Nota*: Figura elaborada para el presente artículo.**

En la Figura 2 se presenta el procesamiento de la atención emocional con las características de *mindfulness*.

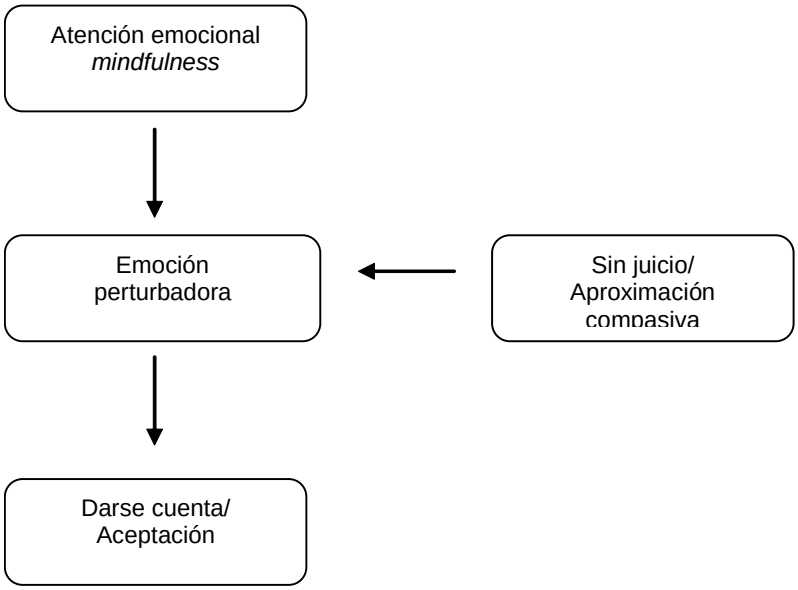


***Figura 2*. Procesamiento de la atención emocional con las características de *mindfulness*.**
***Nota:* Figura elaborada para el presente artículo.**

**Minfulness y regulación de emociones**

Las personas con desajuste emocional presentan un perfil caracterizado por una alta atención a sus emociones, baja claridad emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales (Ramos, Fernández-Berrocal & Extremera, 2007). Cabe preguntarse de qué modo las actitudes de *mindfulness* facilitan un mayor desarrollo de las habilidades emocionales. A continuación, se presenta la propuesta de Ramos, Recondo y Enríquez (2012):

1. *Atención emocional*. Según algunas investigaciones, esta habilidad en exceso tiene como consecuencia un mayor desajuste emocional, especialmente, si esta atención va acompañada de valoración y juicio (Ramos et al., 2009). La práctica de *mindfulness* permite una aproximación a la emoción, sin valorarla ni juzgarla, lo que favorece mayor claridad emocional y con ello, mayor integración de los estados emocionales (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
2. *Comprensión emocional*. La manera en que percibimos la realidad puede dificultar la compresión y expresión de nuestros estados emocionales. La comprensión emocional se logra a través de la integración de lo que sentimos y los propios pensamientos (Salovey & Mayer, 1990). Existen dos tipos de procesamiento emocional que permiten acércanos a la realidad. En primer lugar, el procesamiento arriba-abajo. Se produce cuando la experiencia del aquí y ahora se ve determinada por la experien-

cia previa, es decir, por nuestros propios condicionamientos aprendidos, expectativas y prejuicios. En segundo lugar, el procesamiento abajo-arriba. Este procesamiento permite hacernos consientes de la experiencia interna y externa, y de los pensamientos, emociones o sensaciones, que tienen lugar en el momento presente. Así que, cuando la observación a los estados emocionales es mantenida con una actitud *mindfulness* se puede apreciar la realidad menos condicionada por un aprendizaje previo. La práctica de la atención plena es un recurso potente que refuerza este tipo de procesamiento y, por tanto, ayuda a vivir plenamente la experiencia del aquí y ahora (Simón, 2007).

3. *Facilitación emocional*. La presencia de las emociones, ya sean positivas o negativas, podría afectar considerablemente la toma de decisiones. La práctica de la atención plena ayuda a comprender la relación que existe entre el pensamiento y las emociones, facilitando una adaptación al entorno. Al observar los estados emocionales con actitud *mindfulness* se podría ayudar al desarrollo de esta habilidad. Uno de los objetivos de la práctica de la atención plena es evidenciar este proceso de interrelación emoción-pensamiento-conducta. Ser consciente de cómo las emociones afectan al comportamiento y a los estados de ánimo favorece la toma de decisión.
4. *Regulación emocional*. Las emociones están presentes en las diferentes situaciones cotidianas a las que se enfrentan los individuos. En este sentido, la regulación emocional ayuda a la gestión de las emociones independientemente de la tonalidad con las que se presenten. *mindfulness* ayudaría a una mayor apertura a la experiencia emocional, aceptando cierto grado de malestar, propiciando la aceptación y una disminución de implicarse excesivamente ante la presencia de las emociones difíciles. Cultivando el equilibrio emocional y la disminución de conductas de evitación (Hayes & Feldman, 2004).

**Antecedentes y desarrollo del Programa Inteligencia Emocional Plena**

Ciarrochi y Blackledge (1995) defienden por primera vez la posibilidad de entrenar la IE a través de la atención plena (MBEIT- *Mindfulness-Based Emotional Intelligence Training*). Estos autores definen el comportamiento emocionalmente inteligente como "la capacidad personal de comportarse adaptativamente bajo la presencia de emociones y pensamientos fuertemente emotivos" (Ciarrochi & Blackledge, 2006, p. 208).

El entrenamiento en *mindfulness* podría tener un claro impacto en la manera en que los individuos se relacionan con sus emociones. La propuesta del modelo que se sustenta en el valor de *mindfulness* como una herramienta de afrontamiento emocional en situaciones concretas, que incluye la petición explícita a los individuos de abordar la experiencia emocional con las actitudes que se requieren para

ello (aceptación, curiosidad y ausencia de juicio). Sin embargo, no se descarta, que en algún momento el relacionarse con el entorno en la presencia de esta actitud, construya un rasgo estable en el individuo.

Concretamente el efecto de *mindfulness* se reflejaría en los siguientes aspectos:

1. *Mindfulness* daría como resultado una mayor apertura a la experiencia emocional. Esto se traduciría en una mayor aceptación de cierto grado de malestar. Ante las emociones difíciles, nuestra respuesta habitual no es la aceptación sino más bien la resistencia. La forma en que los individuos evitan enfrentarse a sus estados emocionales incluirían la evitación de las mismas o una implicación cognitiva excesiva en ellas.
2. *Mindfulness* permitiría a los individuos observar los pensamientos cargados emocionalmente, darse cuenta de que pensamientos acompañan a sus emociones perturbadoras y cómo a través de estos pensamientos se distorsiona la realidad.
3. *Mindfulness* permite darnos cuenta de las emociones genuinas o inconscientes y como muchas veces, estas son ocultadas por nuestras expectativas o nuestras necesidades conscientes.
4. M*indfulness* nos prepararía para identificar nuestras emociones, así como las de otros individuos, y darnos cuenta de que las mismas no son una realidad estática, sino que evolucionan a lo largo del tiempo.

Ramos, et al. (2012) desarrollaron el Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) los autores proponen que los programas de entrenamiento en IE podrían beneficiarse de incluir la herramienta *mindfulness* pues esta, permite vivenciar y manejar adecuadamente las emociones experimentadas en el aquí y el ahora. De esta forma, las emociones se abordan no sólo a nivel cognitivo o intelectual sino también de manera experiencial.

El aprendizaje emocional se sitúa en un continuo que abarca distintos niveles, ubicados desde la ausencia hasta un nivel óptimo de IE, en donde el individuo responde conscientemente a diferentes situaciones emocionales: a) nivel básico, el individuo desconoce conocimientos teóricos sobre gestión emocional y por tanto, responde a las situaciones emocionales de forma automática y reactiva; b) nivel intermedio, el individuo conoce, al menos teóricamente, la forma adecuada de responder a la situación, pero todavía se muestra muy reactivo ante la experiencia y c) nivel óptimo, el individuo posee los conocimientos emocionales requeridos para abordar la situación y además, en la práctica responde de forma consciente y no reactiva.

Ramos, Hernández y Blanca (2009) desarrollan un programa combinado de IE y *mindfulness,* pretendiendo que la práctica de este último potencie las habilidades desarrolladas tras el entrenamiento en IE (percepción, claridad, facilitación y regulación emocional).

El Programa de Inteligencia Emocional Plena plantea la integración de la IE

y *mindfulness*, (Ramos, et al., 2012). Este programa incluye el entrenamiento *mindfulness* en un doble sentido, ejercicios propios de otros programas de entrenamiento en *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990; 2003). Al mismo tiempo, hace uso de *mindfulness* como la herramienta que permite a los participantes entrar en contacto con su propia experiencia emocional, facilitando el abordaje compasivo y la toma de cierta perspectiva sobre la experiencia. Permitiendo con ello la desidentificación frente a los condicionamientos y automatismos aprendidos (Ramos, et al.,2012).

Para el desarrollo de este programa se seleccionan diferentes ejercicios emocionales (de naturaleza intrapersonal e interpersonal), los participantes requieren habilidades emocionales de menor a mayor complejidad (percepción, expresión, comprensión, facilitación y regulación emocional), basadas en la definición de Inteligencia Emocional propuesta por Salovey y Mayer (1997). Para ello, resulta esencial que al entrenar *mindfulness,* se enseñe a los participantes a afrontar sus emociones difíciles (Simón, 2013).

Vicente Simón (2013) propone el afrontamiento de las emociones difíciles a través de siete peldaños, basados en la psicología budista:

1. *Pararse*. Consiste en parar, hacer una pausa cuando la emoción sea intensa y desagradable, dirigiendo la atención al fenómeno emocional. De esta forma, se interrumpe el condicionamiento, creando la posibilidad de dar una respuesta distinta.
2. *Respirar profundamente, serenarse*. Apoyarse en la respiración. Si la emoción es intensa, respirar profundamente un par de ocasiones o dirigir la atención en aquella parte del cuerpo donde la emoción se manifieste. No se trata de evitar, sino de permanecer presente y con ello, permitir que la emoción se exprese.
3. *Tomar consciencia de la emoción*. Consiste en familiarizarse con la emoción a través de la experiencia directa en el cuerpo y la mente. Observando qué tipo de situaciones son capaces de generar dicha emoción y detectar que estímulo en concreto la dispara. Identificando de qué emoción se trata, observando el proceso mental y corporal que compone la experiencia emocional.
4. *Aceptar la experiencia, permitir la emoción*. Implica ser testigo de cómo surge la resistencia y el rechazo ante la presencia del malestar emocional. Pero en lugar de responder de forma reactiva, permitimos que la emoción se exprese tal y como es.
5. *Darnos cariño (autocompasión)*. El reconocimiento del malestar emocional permite relacionarnos con nosotros mismos con ternura y compasión.
6. *Soltar la emoción, dejarla ir*. Dejar que la emoción siga su curso natural, hasta que disminuya y desaparezca. Sin implicarnos en el círculo vicioso de *pensamiento-emoción-pensamiento-emoción*. Frases del tipo "Yo tengo esta emoción, pero no soy la emoción" aceleran el proceso de la desidentificación.

7. *Actuar o no, según las circunstancias*. Una vez realizados los pasos descritos, y si la situación lo requiere, es posible dar una respuesta adecuada.

De esta forma, los siete peldaños del equilibrio emocional, reflejan la manera en que los individuos podrían afrontar las emociones difíciles, poniendo un especial énfasis en la compasión como forma de abordar la emoción perturbadora. Y son precisamente estos pasos, los que se proponen en PINEP para gestionar en vivo situaciones con cierta intensidad emocional. Este programa podrá ser adaptado a diferentes grupos según sus necesidades.

A continuación, se describen, algunas de las características que podría aportar este programa de entrenamiento a los programas convencionales en IE:

- Afrontar situaciones emocionales con total atención al aquí y al ahora, permitiendo que los participantes trasladen las actitudes propias de la práctica *mindfulness,* al abordaje de situaciones emocionales generadas artificialmente.
- Descubrir aquellas situaciones que el individuo evita, porque generan un cierto malestar emocional, al situarlo fuera de su "zona de confort".
- No limitar PINEP a un tiempo fuera de la vida cotidiana. Las situaciones evocadas en el entrenamiento, son muy similares a esas otras con las que el sujeto tiene que enfrentarse diariamente. Por lo que este entrenamiento incita a los participantes a generalizar lo aprendido.
- Incrementar la motivación de los participantes al incluir una amplia gama de situaciones emocionales de diversa índole.
- Gestionar emociones en un contexto seguro, donde un fallo en la gestión emocional, no supone un coste personal.

**Habilidades desarrolladas con el programa PINEP (Intra e Interpersonales)**

- Desarrollar la ecuanimidad ante la experiencia emocional, sin rechazo o apego a la misma, gracias a la estabilidad emocional que facilita *mindfulness*.
- Desarrollar una mayor *conciencia emocional y autoconfianza*. El conocimiento emocional potencia la autoconfianza. Los ejercicios INEP, favorecen este tipo de conocimiento, al invitar a los participantes a etiquetar emociones, identificar en qué parte del cuerpo se localizan, y desarrollar una actitud compasiva ante los mismos.
- Ayudar al desarrollo de la empatía y la compasión, permitiendo una autorregulación natural del afecto, lo que fortalece las relaciones personales.
- Desarrollar habilidades de comunicación emocional. Los ejercicios INEP facilitan la comunicación emocional con nuestro interlocutor, lo que además incrementa la conciencia de las emociones experimentadas.
- Conocer la forma en que abordamos problemas cotidianos y si este abordaje facilita el alcance de nuestras metas personales.

- Favorecer los procesos de desidentificación y desapego, disminuyendo la reactividad emocional.

**Estudios empíricos relacionados con el Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP)**

A fin de comprobar los beneficios de incluir *mindfulness* para el desarrollo de la IE. A continuación, se presentan una serie de investigaciones del Programa Inteligencia Emocional Plena:

Ramos, et al. (2009) analizaron la efectividad de un entrenamiento combinado de *mindfulness* e IE; el entrenamiento consistió en 8 sesiones semanales en población no clínica, con una hora y media duración. Los resultados ponen de manifiesto una disminución de las emociones negativas y mayores puntuaciones en planificación de los problemas. Así como, una mayor capacidad para apreciar lo positivo. Por otro lado, se observó menor tendencia a culpabilizarse así mismo y a otros, disminuyendo los niveles de ansiedad. Además, se apreciaron cambios en las estrategias cognitivas de regulación emocional. Encontrándose, que estos individuos presentaban un menor número de intrusiones relacionadas con sus problemas cotidianos.

Enríquez, Ramos y Esparza (2017) aplicó el PINEP, en población universitaria, en el área de ciencias sociales en Cuidad Juárez, México. Este entrenamiento tuvo una duración de 8 semanas con dos horas semanales. Los participantes presentaron puntuaciones significativas en IE (reparación emocional); extroversión; *mindfulness* (actuar con consciencia); empatía (toma de perspectiva); regulación emocional cognitiva (planificar solución, reevaluación positiva y poner en perspectiva). Además, se encontró una disminución en los niveles de *burnout* y *engagement*.

Ramos, Jiménez y Lopes (2014) realizaron un estudio de laboratorio en el que se evidencia la diferencia entre *mindfulness* rasgo y estado. Los resultados indican que *mindfulness* rasgo se asoció con menos pensamientos intrusivos 24 horas después de la inducción del estresor, pero sin cambios en el afecto inmediatamente después la inducción. La inducción experimental de *mindfulness* (equivalente a *mindfulness* estado) mostró un patrón opuesto; se asoció con un mejor afecto inmediatamente después de la inducción del estresor agudo pero sin afectar a los pensamientos intrusivos 24 horas después. Estos resultados sugieren que personas predispuestas a estados de *mindfulness* pueden tener dificultades para utilizar *mindfulness* eficazmente frente a un estresor agudo. Además, sugieren que los efectos de las intervenciones breves en *mindfulness*, pueden ser demasiado efímeros para afrontar estresores agudos a lo largo del tiempo. Por lo que sería importante, desarrollar programas que como PINEP impliquen no sólo la práctica intensiva en *mindfulness*, sino también, una formación específica que ayude a las personas a utilizar la herramienta *mindfulness* para hacer frente a los estresores que puedan aparecer en su vida cotidiana.

Páez-Gómez, Ramos y Hernández (2016) obtuvieron efectos sobre parámetros biológicos después de entrenar la IE y *mindfulness*. Los resultados en el post-test revelaron una disminución significativa de las concentraciones de inmunoglobulina (IgA) en fracciones de complemento 3 (C3) y complemento 4 (C4). Los autores mostraron que un entrenamiento combinado en IE y *mindfulness* produce cambios en ocho sesiones, mediante una modulación inmunitaria, en una población general.

Salcido-Cibrián, Ramos y Jiménez, (2015) Aportaron evidencias sobre la eficacia del programa INEP en su versión online. El entrenamiento consiste en 12 sesiones semanales de hora y media de duración y con tareas para casa. Los resultados obtenidos muestran mejoras en las habilidades de *mindfulness*, aumentando su capacidad de descripción y una disminución del juicio y el nivel de reactividad.

Body, Ramos, Recondo y Pelegrina (2016) estos autores presentan un estudio sobre el impacto del PINEP en 90 profesores y profesoras en dos centros de formación del profesorado en Málaga, España. Este entrenamiento consistió en 9 semanas con un tiempo de dos horas y media de duración en cada sesión. Los resultados ponen de manifiesto que los profesores que han recibido el entrenamiento desarrollan una mayor capacidad para identificar, comprender, asimilar y regular sus emociones lo que se traduce en una mayor eficacia en la transmisión de conocimientos tanto teóricos como emocionales en la enseñanza que imparten a sus estudiantes.

**Discusión**

La educación emocional es necesaria para una mejor adaptación de los individuos a su entorno. Cuando el individuo responde a la emoción de manera muy reactiva tiene lugar un desajuste emocional en distintos ámbitos; personal, social y profesional. *Mindfulness* promueve el desarrollo de distintas habilidades que facilitan la regulación emocional.

Los resultados obtenidos de las intervenciones realizadas en distintas poblaciones con PINEP, muestran el efecto del programa en el aprendizaje y gestión emocional, fortaleciendo el desarrollo de la IE, independientemente del nivel en el que se encuentra el individuo.

Algunos individuos manifiestan su dificultad para regular emociones, evitando las experiencias emocionales o quedando identificados, a través de pensamientos intrusivos y recurrentes provocados por la experiencia.

La práctica de *mindfulness* modifica estas formas de reaccionar ante la experiencia, ayudando al individuo a permanecer presente y no reactivo. Exponer a los individuos a diferentes situaciones emocionales y pedirles que las aborden con una actitud *mindfulness*, es el objetivo fundamental del programa de entrenamiento (PINEP), favoreciendo la generalización de aquello que aprendemos con el entrenamiento clásico de *mindfulness* a situaciones emocionales concretas.

Atender a las situaciones emocionales con atención plena ayuda al individuo

a gestionar sus emociones y tomar conciencia de ellas en el mismo momento de su aparición, sin las consecuencias que una mala gestión emocional podría tener en su contexto natural. A partir de este *insight* emocional, el individuo estaría capacitado para dar mejores respuestas de afrontamiento.

Al mismo tiempo, el entrenamiento en IE podría verse favorecido por la inclusión de una herramienta como *mindfulness*, ya que ayudaría a los individuos a gestionar emociones de forma experiencial. Así, un entrenamiento de este tipo garantizaría una práctica, que va más allá del aprendizaje de conocimientos teóricos sobre gestión emocional.

## Referencias bibliográficas


Alonso, M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En M. T. Miró y V. Simón (Eds), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp.81-140). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Body, L., Ramos, N., Recondo, O. & Pelegrina, M. (2016). Desarrollo de la inteligencia Emocional a través del programa mindfulness para regular emociones (PINEP) en el profesorado. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 87*(30), 47-59.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlon, L., Anderson, N. D., Carmony, J., … Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.

Ciarrochi, J. & Blackledge, J. (1995). Mindfulness-Based Emotional Intelligence Trainig: A new approach to reducing human suffering and promoting effectiveness. *Development and psichopathology, 7*, 1-10.

Ciarrochi, J. & Blackledge, J. (2006). Mindfulness-based emotional intelligence training: A new approach to reducing human suffering and promoting effectiveness. En J. Ciarrochi, J. Forgas y J. D. Mayer (Eds), *Emotional Intelligence in everyday life* (pp. 206-228). Gran Bretaña: Psychology Press.

Enríquez, H., Ramos, N. & Esparza, O. (2017). Impac of the Mindful Emotional Intelligence Programo n Emotional Regulation in College Students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *17*, (1)37-46.

Germer, C. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27) New York: Guilford Press.

Hayes, S. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology*: *Science and Practice*, *11*(3), 255"262.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. New York: Piatkus.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice, 10*(2), 144-156.

Márquez, L. & Mestre, J. (2012). Mindfulness: sobre la gestión y evocación de emociones. *Asociación de motivación y emoción*. Extraído de http://www.fenix.com

Martín-Asuero, A. & García de la Banda, G. (2005). Aplicación de la técnica MBSR para reducir el malestar psicológico en el entorno laboral. *Gestión práctica de riesgos laborales, 21*, 22-26.

Martín-Asuero, A. & García de la Banda, 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.

Mennin, D. (2004). An emotion regulation treatment for generalized anxiety disorder. *Clinical psychology and psychotherapy, 11*, 17-29.

Páez-Gómez, M., Ramos-Díaz, N. & Hernández-Osorio, S. (2016). Valoración de parámetros inmunitarios tras un programa integrado de Inteligencia Emocional y *mindfulness*. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría*, *118*, 25-35.

Ramos, N., Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2007). Percived emotional intelligence facilitates cognitive emotional processes of adaptation to an acute estresssor. *Cognition and emotion*, *21*, 758-772.

Ramos, N., Hernández S. & Blanca, M. (2009). Efecto de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional. *Ansiedad y estrés, 15*(2-3), 119-289.

Ramos, N., Recondo, O. & Enríquez, H. (2012). *Practica la Inteligencia Emocional Plena.* Barcelona: Kairós.

Ramos, N., Jiménez, Ó. & Lopes, P (2014). Influence of mindfulness in adaptation to an acute stressor: A laboratory study. *Psicothema. 26(4), 505-510.* doi: 10.7334/psicothema2014.7

Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy indeed of further study. *Clinical Psychology, 10*(2), 172-178.

Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and personality, 9*(3), 185–211.

Salovey, P. & Mayer, J. (1997). *Educational Development and Emotional Intelligence*. New York: Basic Books.

Salcido-Cibrián, L., Ramos, N. & Jiménez, Ó. (Abril, 2015). Formación virtual: *mindfulness* para regular emociones. Trabajo presentando en el XLII Congreso Nacional de Psicología, Tijuana, B.C. (México). ISBN: 978-607-97084-0-5

Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, J. (2002). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un Nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Simón, V. (2007). *Mindfulness* y neurobiología. *Revista de psicoterapia, 17*(66-67), 5-30. http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html

Simón, V. (2013). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona, España: Sello Editorial.

Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 615-623.

Vallejo, A. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación en la terapia. En F. J. Labrador (Coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 225-241). Madrid, España: Pirámide.

# LA BASE Y EL ORIGEN SOCIO-CULTURAL DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

## THE FOUNDATION AND SOCIO-CULTURAL ORIGIN OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPIES

**Isabel Caro Gabalda**
Universidad de Valencia. Facultad de Psicología
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Valencia, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro Gabalda, I. (2017). La Base y el Origen Socio-cultural de las Psicoterapias Cognitivas. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 271-293.

### Resumen

*Este trabajo, de corte teórico, tiene como finalidad principal rastrear las bases y el origen socio-cultural de las psicoterapias cognitivas. Para ello, el trabajo comienza describiendo, brevemente, los elementos principales del modelo cognitivo y señalando, a continuación, las relaciones entre psicoterapia y marco occidental. Seguidamente, se procede a una comparación en mayor detalle entre las psicoterapias cognitivas y su particular origen socio-cultural. Elementos clave que se resaltan y relacionan con las psicoterapias cognitivas son el individualismo, la búsqueda de control y autonomía, un self individual autolimitado, y la consecución del racionalismo. El desarrollo de estos apartados tiene en cuenta a las principales terapias cognitivas, de corte clásico, o de corte constructivista. Finalmente, el trabajo termina haciendo una reflexión de todo ello desde la perspectiva del sujeto cognitivo.*

Palabras clave: *psicoterapias cognitivas, sociedad occidental, individualismo, racionalismo, sujeto cognitivo*

### Abstract

*This theoretical paper aims to describe the socio-cultural foundations and origin of cognitive psychotherapies. Therefore, it begins with a brief conceptualization of main cognitive therapies elements, pointing out, thereafter, to the relationships between psychotherapy and a Western society. Then, a more detailed comparison is done between cognitive psychotherapies and their specific socio-cultural origin. Key issues to emphasize are, individualism, pursuing of control and autonomy, a bounded self, and rationalism. The development of those elements is related not only with the more classical cognitive psychotherapies, but also with the constructivist ones. Finally, an integrative reflection is made in relation to the cognitive subject.*

Keywords: *cognitive psychotherapies, Western society, individualism, rationalism, cognitive subject*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 2 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 2 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: Isabel.Caro@uv.es
Dirección postal: Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010-Valencia, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

*La psicología siempre presupone una cosmología*
(Berger y Luckmann, 1966, pág. 196)

La historia de las psicoterapias cognitivas se ha escrito de diversas maneras. No obstante, la forma principal tiene que ver con señalar sus elementos y conceptos centrales, técnicas principales, y con dotar a este enfoque del necesario contexto histórico. En principio, no nos cabe duda de que ningún modelo terapéutico ha surgido, o puede surgir de la nada. Así, señalar por parte de los principales modelos cognitivos (Beck y Weishaar, 1989; Dryden y Ellis, 1988; Ellis, 1962) que deben, o asientan algunos de sus principios más básicos en autores como Kant, Descartes, Popper, Korzybski, Piaget, Kelly, etc., no nos debe extrañar y parece un primer paso lógico a la hora de presentar un enfoque.

No obstante, lo que no suele ser tan habitual es encuadrar los modelos y sus elementos y supuestos principales en el específico marco socio-cultural que los ampara. Cualquier modelo va a hacer patente o traslucir un particular "espíritu de la época". El propósito principal de este trabajo es el de explorar de qué elementos socio-culturales beben las psicoterapias cognitivas que sustentan y justifican su *foco principal* y su *origen*. La pregunta clave que nos hacemos sería: ¿cuál es el caldo de cultivo socio-cultural que facilitó plantear y certificar el modelo cognitivo? (con independencia de críticas desde dentro –cf. Mahoney, (1988) que no dejaban de ser beneficiadas, en nuestra opinión, del mismo caldo de cultivo).

Como profesionales clínicos, investigadores y académicos no podemos escapar del marco socio-cultural al que pertenecemos. Lo "cognitivo", en terapia, no se ha hecho, ni ha surgido, en un vacío. Enmarcando esto en el marco del construccionismo social (Berger y Luckmann, 1966) podemos adoptar una perspectiva mediante la cual comprendamos que el investigador que pone en marcha un estudio para comprobar la "veracidad" de la hipótesis cognitiva, por ejemplo (véase, Clark, Beck & Alford, 1999), no puede dejar de comprobarla más que dentro de su cultura de origen, al igual que el académico o clínico que escribe sobre ella. Es decir, no tendría sentido una teoría psicológica, siguiendo el ejemplo que plantean Berger y Luckmann (1966), sobre la posesión demoniaca para interpretar los problemas de identidad de intelectuales judíos, neoyorkinos, de clase media. Como no tendría sentido emplear el psicoanálisis para interpretar los problemas de identidad en Haiti. Puestas así las cosas, parece interesante obtener cierto conocimiento sobre aquello que empleamos y el motivo ("socio-cultural") por el que lo hacemos. Funcionamos como clínicos, de la manera que lo hacemos, porque, por decirlo con pocas palabras, "no tenemos más remedio". No es una postura determinista, sino interpretativa que pretende arrojar cierta comprensión de nuestro modelo terapéutico. Para poder acceder a este fin, debemos centrar el foco de inicio.

**¿Qué significa hacer psicoterapia cognitiva?**

El modelo cognitivo está bien representado en diversos enfoques y autores. Nombres como los de Beck y Ellis, Mahoney o Guidano, señalan, indudablemente, el alcance y rasgos distintivos del quehacer cognitivo y representan que el enfoque ha evolucionado con el tiempo. Denominamos, en su momento, a estos modelos como siendo, o bien de corte modernista o de corte postmoderno teniendo en cuenta las características que manifestaban cuando surgieron (Caro, 1995). *Modernidad* y *postmodernidad* son términos complejos de definir y articular (Pinillos, 1997; Seoane, 2005). A efectos de exposición, podemos asumir que los primeros acogerían a los modelos de reestructuración y los cognitivo comportamentales que podríamos considerar como primeros modelos cognitivos y a los que denominaremos *modelos clásicos*. Mientras que los segundos, responsables en buena medida de la evolución de las psicoterapias cognitivas, podríamos identificarlos con planteamientos de corte *constructivista/construccionista.*

Sin embargo, y a pesar de las notorias diferentes entre ellos, es nuestra tesis principal que sus rasgos más destacados beben del mismo marco socio-cultural y se siguen manteniendo en gran medida. Comenzaremos, pues, por señalar los elementos principales de los modelos cognitivos que intentamos englobar en este trabajo, destacando, brevemente, algunos de sus elementos y de sus diferencias principales. Este va a ser un planteamiento general que, necesariamente, no puede cubrir, específicamente, todos los enfoques denominados cognitivos.

Las psicoterapias cognitivas se preocupan de cómo conocemos y cómo damos significado a nuestras experiencias. Ya sea mediante un énfasis en la razón o en la emoción, para los terapeutas cognitivos los seres humanos conocemos de forma activa, interpretando nuestra "realidad". Por este motivo, una preocupación indudable de cualquier teórico cognitivo es la de ofrecer una conceptualización, primero, que dé cuenta de cuáles son los elementos principales que influyen en nuestra manera de conocer y de interpretar. Las respuestas ofrecidas por los psicoterapeutas cognitivos a ello son bien diversas y van a depender del marco epistemológico, ontológico, etc. en el que se articule cada enfoque cognitivo (Mahoney, 1988, 1991).

Para los modelos clásicos, la metáfora del ser humano como un científico puede ser válida. Esta metáfora se relaciona con un individuo que detecta qué le está causando problemas, fundamentalmente su marco cognitivo en forma de pensamientos y esquemas negativos, por ejemplo. Este marco cognitivo se somete, de forma racional, a validación con toda una amplia serie de técnicas. Los pensamientos, por ejemplo, se convierten en hipótesis que se someten a contrastación, buscando el soporte empírico. Es decir, el conocimiento se puede hacer más certero y mejor sustentado, representando de forma fiable y correcta la "realidad". Y así, el terapeuta guía (como un maestro que domina una materia) y el paciente le sigue (aprendiendo, motivado, de este maestro), convirtiendo la terapia en una *psicoeducación.*

El científico de corte constructivista se aleja de la posibilidad de contrastación y validación. Al negar la posibilidad de encontrar base epistemológica que afirme la verdad indudable del conocimiento, éste nunca va a poder representar de forma cierta y fiable la "realidad". No existe, por tanto, un conocimiento certero, sino que la ausencia de base de este conocimiento es clave (Polkinghorne, 1992). El paciente no acude a aprender, y al terapeuta no se le ocurre jugar el papel del maestro. Finalmente, un elemento clave del constructivismo radica en la negación de la visión racionalista del sujeto, asumiendo otra de corte constructivista y narrativo. Desde esta perspectiva el individuo no es una máquina que debe procesar mejor la información, sino un contador de historias que se enfrenta a una serie de problemas dentro de una historia de vida que se ha vuelto anómala y cuyos esfuerzos se dirigen a dotar de sentido y significación a dicha historia (Gonçalves, 1994).

Las psicoterapias cognitivas presentan diversos grados de estructuración y directividad. Disponemos de terapias altamente estructuradas, como el modelo de Beck o el de Ellis, por ejemplo, lo que las hace modelos de corte *teleológico*, a otras de corte más *teleonómico*, cuyo grado de estructuración y directividad es mucho menor, por ejemplo, los modelos de Mahoney o de Guidano. Relacionado con esta cuestión tenemos el estilo del terapeuta que va a comportar una mayor o menor directividad. En este sentido, y aunque es una cuestión difícil de resumir, los modelos clásicos buscarían el control y la disminución de los síntomas que presenta el paciente, mientras que los modelos constructivistas están más inclinados a una exploración y potenciación del desarrollo del individuo, sin evitar el control y la desaparición de los síntomas (Guidano, 1997).

Un elemento clave de cualquier modelo terapéutico es el desarrollo de una serie de técnicas coherentes con su marco teórico, foco, conceptualización de casos, etc. Esta cuestión es compleja de enjuiciar, ya que la variabilidad de modelos y, sobre todo, la pericia y profesionalidad de los terapeutas cognitivos va a hacer que empleen más o menos técnicas terapéuticas. Como *modelos teórico-clínicos* distintivos y surgidos con una impronta diferenciadora frente a otros enfoques, las psicoterapias cognitivas explican los problemas de los seres humanos como problemas de conocimiento y se encaminan, como hemos visto, a modificarlo. Sin embargo, es notable comprobar cómo las psicoterapias cognitivas han empleado y emplean un amplio rango de técnicas. Esto supondría defender una *práctica,* que no un modelo*,* caracterizada por un cierto *eclecticismo técnico* (Norcross, 2005; Norcross, 1986), en donde tienen cabida técnicas provenientes del marco conductual, humanista, interpersonal, etc. Apreciamos todo ello en modelos como el de Beck (véase, Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), el de Young (véase, Young, Klosko y Weishaar, 2003), o el de Mahoney (véase, Mahoney, 2005), por citar sólo unos pocos ejemplos.

Con independencia del volumen de técnicas, parece evidente asumir la imposibilidad de hacer psicoterapia cognitiva al margen de una buena relación y alianza terapéutica. El trabajo debe ser conjunto (por ejemplo, mediante el principio

del *empirismo colaborativo*) y con un buen vínculo, aunque haya una mayor o menor directividad. Este vínculo garantiza la posibilidad del progreso en terapia y de que el paciente siga al terapeuta en lo que éste le propone, por ejemplo, tareas extra-sesión de diversos tipos o actividades bien diversas dentro de ella, tales como: registro de pensamientos automáticos, búsqueda de la lógica incorrecta y de pensamientos alternativos, registro de evaluaciones y debates lingüísticos, búsqueda de narraciones y construcción y deconstrucción de ellas, someter acontecimientos significativos a un foco interpretativo/narrativo, hacer y practicar exploraciones del sí mismo frente a un espejo, trabajar con el cuerpo, etc.

Para concluir esta breve descripción, todo ello supone plantear un marco y un foco terapéutico, en el que se asume que un paciente puede y debe:

1. Mirar en su interior.
2. Acceder a su marco interpretativo, comprendiendo su papel en sus problemas.
3. Trabajar con dicho marco, dándole la vuelta, modificándolo, ya sea haciendo un conocimiento más válido o más viable.
4. Establecer un vínculo de trabajo con el terapeuta.

Hecha esta breve introducción al modelo cognitivo, vamos a centrarnos en el foco principal de este trabajo. Comenzaremos relacionando la psicoterapia con la sociedad y la cultura occidental. Una vez hecho esto, entraremos a conectar más específicamente las psicoterapias cognitivas con los valores propios de la sociedad occidental relacionados con su origen.

**Psicoterapia, sociedad y cultura**

*Sociedad* y *cultura* son términos complejos y de compleja definición. Para nuestros propósitos convendría señalar que básicamente la sociedad sería un proceso, mientras que la *cultura* sería el contenido producido y utilizado en el proceso (Rychlak, 2003). El concepto de *sociedad* se puede construir como siendo "la unidad más grande de una población territorialmente vinculada, multigeneracional, conseguida, sobre todo gracias a la reproducción sexual, y que está organizada alrededor de una cultura común y de un sistema social común" (Rohner, 1984, p. 131).

Por su parte, Pinillos (1997) define la cultura como:

"El estilo y los medios de vida propios de toda sociedad humana. Es, por lo tanto, el sistema de valores y metas vigentes en toda comunidad humana a cuyo servicio se hallan las técnicas materiales de alimentación y defensa, y para cuya consecuencia hay que atenerse a usos y normas comunes. La cultura es, pues, el contenido del comportamiento humano en cuanto tal, esto es, algo puesto por el hombre y no meramente dado por la Naturaleza de forma instintiva; es una creación humana que regula la propia vida del hombre y la potencia" (p. 42).

Así, la cultura incluye los logros y productos de los seres humanos, los significados aprendidos y transmitidos socialmente y, finalmente, lo material,

espiritual, comportamental y valorativo del ser humano. Como plantea Rychlak (2003, pág. 45), la cultura acoge todo aquello que es importante para la identidad del colectivo social o de la sociedad. Así, incluiría elementos tan importantes y aparentemente dispares como, los sistemas de lenguaje, las organizaciones políticas, el conocimiento científico, los valores y sistemas de creencias, los mitos, las costumbres, la forma de vestir, el almacenamiento de logros, etc.

Estas definiciones nos ayudan a plantear un marco interpretativo que puede influir en la comprensión de nuestro trabajo. Parece evidente plantear que la psicoterapia, como disciplina científica y como práctica profesional, no surge, ni se practica, en un vacío. Detrás de la psicoterapia existe un marco de creencias, valores, premisas dadas por supuestas, etc. O como dijo Ehrenwald (1969), "la psicoterapia …. es arrastrada por sus corrientes visibles o subterráneas" (pág., 14, de la edición española).

Los psicoterapeutas no acostumbramos a plantearnos las bases sociales de nuestra disciplina y éstas tenemos que tenerlas en cuenta para entender, no sólo el desarrollo de la psicoterapia, sino también para, por ejemplo, comprender el "surgimiento" de los trastornos mentales (Gónzalez Pardo & Pérez Álvarez, 2007). Sin embargo, en determinados focos se ha asumido, tradicionalmente, que las ideas científicas sociales están conformadas por científicos sociales que interactúan con las ideas de otros científicos sociales. Estos individuos, en interacción, forman parte de una comunidad más amplia –la sociedad en general–, por lo que sus ideas y evolución reflejan e influencian la estructura social (Buss, 1975). No es nueva, por tanto, la idea de que la psicología y la sociedad se moldean la una a la otra, por lo que creencias culturales y morales se van a ver reflejadas en la psicología tanto a niveles teóricos, como prácticos (véase un resumen en Prilleltensky, 1989). De forma más específica, cualquier sistema de psicoterapia va a reflejar lo que es correcto, e incorrecto, estableciendo, por tanto, una agenda relacionada con aquello que quiere modificar, disminuir y permitir (Owen, 1993). Esta agenda es, a su vez, un proceso y un producto socio-cultural.

En este sentido, y siguiendo a Robinson (1997), la terapia supone a la vez, una *teoría* que tiene, además, una influencia *cívica*. La *teoría* se refiere a los tipos de vida que merece la pena vivirse, la identidad a la que debemos de aspirar, y a los modos y maneras por los que una persona puede influir en los otros. Es decir, que la psicoterapia va más allá de ser una teoría que está asentada en una escuela o sistema teórico concreto. La psicoterapia es una teoría sobre las personas, lo que supone entender lo que es correcto para ellas, en su vida y en sus aspiraciones. Igualmente, la psicoterapia tiene consecuencias, ya que anticipa los efectos de los clientes sobre otras personas, al disponer (seleccionando, organizando y orientando), de aquellas iniciativas por las que los pacientes influyen en su mundo.

Estas "teorías" y el rango de su influencia no son consecuencia de un azar, sino de un proceso complejo en el que inevitablemente nos enmarcamos. Desde un punto de vista construccionista social, tanto las categorías diagnósticas, como la psicote-

rapia son construcciones sociales que son definidas socialmente y que desde este punto de vista serán irrelevantes al margen de otras culturas (Eberle, 1993; James & Prilleltensky, 2002). Cada sociedad nos ofrece y define un modelo y una realidad psicológica (Berger, 1965). Para Cushman (1993), la psicoterapia es un producto cultural, y en este sentido, refleja y reproduce su contexto cultural, o el contexto cultural en el que surge.

*Psicoterapia y sistema occidental*

Diversos autores han descrito a este contexto, como un contexto que articula y hace suyos los principios y valores de la sociedad occidental y ha contribuido a su desarrollo (Cushman, 1992; Hansen, 2014; James & Foerster, 2006; Toukmanian & Brouwers, 1998). Es un comentario común de todos aquellos autores que reflexionan sobre el marco socio-cultural de la psicoterapia que ésta y acogiendo, también, los principales sistemas terapéuticos, no deja de ser un reflejo del mundo occidental, europeo y americano (Messer y Woolfolk, 1998; Wampold, 2001; Watts, 1961), tal y como luego desarrollaremos en relación a las psicoterapias cognitivas. Y ello se ve no sólo en el sustrato teórico, sino en cada uno de sus integrantes.

En su momento, Calestro (1972, pág. 97; citado en Dow, 1986, pág. 60) describió el mito del terapeuta occidental de la siguiente manera:

"Las creencias del terapeuta en relación a su eficacia como agente de cura derivan de su formación y adopción de una escuela concreta de psicoterapia. Se le enseña a creer que el malestar emocional o las anomalías conductuales se desarrollan en función de ciertos principios sistemáticos y científicos. Se le enseña, también, que principios semejantes se pueden emplear para corregir las anormalidades psicológicas. Estas creencias, consistentes con su mundo de supuestos, organizan toda la sustancia de su mito personal".

Este mito es compartido por el paciente, ya que el psicoterapeuta occidental le pide al paciente que dramatice y proyecte su propio mundo mítico (Dow, 1986). Como planteó Eberle (1993) las teorías psicológicas tienen efectos socializantes y modulan identidades, más que otro tipo de teorías. Las terapias sirven a ideologías específicas, produciendo realidades que son la base de su propia verificación.

Para seguir desarrollando esta cuestión debemos señalar que el modelo cognitivo hace suyos los siguientes principios: individualismo y trabajo con "lo interior"; racionalismo; responsabilidad y autonomía y logro del control. Esto tiene una importancia clave para la psicoterapia y nuestra comprensión de la psicoterapia cognitiva, por dos motivos: situar el "ideario moral" a su base, y no olvidar que para que la psicoterapia funcione (Frank, 1961) paciente y terapeuta comparten un *mito* y *ritual*. Esto es un camino de doble dirección. Vivimos en una sociedad imbuida, a su vez, de los modos y maneras de la psicología y la psicoterapia (Throop, 2009).

*Desde la psicoterapia cognitiva a la sociedad*

Hemos planteado con anterioridad y siguiendo a Prilleltensky (1989) que la psicoterapia no sólo reproduce el estatus-quo, sino que al ser un producto de su época puede influir en creencias, valores, etc. de su momento socio-cultural.

Desde un punto de vista positivo, Cushman (1993) señala que la psicoterapia, aún enraizada en la tradición occidental, puede suponer una alternativa al estatus-quo. Para Cushman (op. cit.) aunque la psicoterapia se practica dentro de un marco moral individualista y consumista, a menudo suaviza dicho marco. Alega Cushman para ello diversas prácticas como respetar, escuchar y comprender al paciente, en un marco de confidencialidad, ajeno a cualquier tipo de explotación. La psicoterapia ofrece una actitud de honestidad, confianza y esperanza.

Es fácil dar una lectura desde el marco cognitivo a esta cuestión. Consideremos, por ejemplo, como hace Cushman (op. cit.) que la psicoterapia:

> "… ofrece valores alternativos como el respeto por las experiencias personales y las ideas del paciente, y una creencia en el habla directa y en la importancia de comprender y empatizar con el otro valorando el auto-examen, la introspección y el logro parcial del auto-conocimiento y del insight psicológico" (Cushman, op. cit. pág. 106).

Como sistema psicoterapéutico, estos elementos se hacen evidentes en las psicoterapias cognitivas. Se asume, fácilmente, que los pacientes tienen acceso al mundo interior, contribuyendo, pues, la psicoterapia cognitiva a construir un sujeto que realiza una acción primordial, el acceso, mediante la *introspección*, a su mundo cognitivo (Caro Gabalda, 2015). El sujeto cognitivo puede y debe implicarse en dichas acciones (tal y como reflexionaremos al final de este trabajo).

Desde otra perspectiva se pronuncian Dobson y Dobson (2009). Estos autores reflexionan sobre la contribución y la vinculación de la terapia cognitiva con la sociedad actual. ¿Qué le ofrece la psicoterapia cognitiva a la sociedad actual que encaja a la perfección con ella?

En primer lugar, las psicoterapias cognitivas revalidan el individualismo. La argumentación básica es que si el individuo tiene problemas, en lugar de buscar el apoyo social para resolverlos, los individuos con problemas buscan terapia para aprender esas habilidades o características de las que carecen. El individuo asume que el problema está en él y busca medios para resolverlos por el camino. Dobson y Dobson (op. cit.) asumen que los defensores de las psicoterapias cognitivas valoran, de forma realista, esta búsqueda del control, del logro, del establecimiento de metas, etc. Por ello, parece que la psicoterapia cognitiva es un buen enfoque coherente con el tipo de sociedad en el que se ha desarrollado.

En segundo lugar, vivimos en un mundo en el que la información o el exceso de ella nos asaltan por todas partes. Se nos indica qué comer, cómo comer, cómo tomarnos la vida, cómo enfrentarnos a cuestiones médicas y psicológicas que suponen tomar decisiones sobre lo que debemos hacer para llevar una vida mejor, basadas en investigaciones, encuestas, materiales de divulgación, etc. La psicote-

rapia, en cierto sentido, se ha desmitificado puesto que cualquiera tiene acceso a información sobre ella. El lego se hace cargo (Ibáñez, 1993). Los pacientes, como usuarios informados, leen y conocen lo que existe en el campo de la psicoterapia.

No sólo tenemos mayor información, sino que parece cada vez más aceptable buscar tratamiento para los problemas de salud mental. A esto ha ayudado que determinadas figuras públicas reconocieran sus problemas de salud mental. Al consumidor, cada vez más preocupado por lo que consume, se le hace llegar el mensaje de que necesita adquirir un "buen producto". Los consumidores de servicios de salud mental son un lobby que se protege a ellos mismos y a sus familias. Por ello no es de extrañar que el consumidor se incline hacia aquellos tratamientos que han sido empíricamente validados, dada la preminencia y divulgación que se les ha dado. Además, no es de extrañar que el consumidor de estos servicios busque y apoye aquellos tratamientos que adoptan un punto de vista igualitario y de colaboración activa con los pacientes. Los consumidores valoran la transparencia en terapia, lo que supone que las metas, su fundamento y los métodos a seguir estén claramente descritos. Estas cuestiones están a la base y son típicas de las terapias cognitivas, según Dobson y Dobson (2009).

En tercer lugar, hay una cuestión importante y que refleja la intersección entre la psicoterapia cognitiva y el marco socio-cultural. Nos referimos a la cuestión económica. Relacionado, además, con todo lo anterior, los consumidores y las agencias de salud dan una gran importancia al coste de las terapias y a la relación entre coste, tiempo empleado en ellas, y resultados. Dado los costes cada vez más elevados de ofrecer servicios a una población cada vez más anciana, que vive más tiempo, y el escaso número de profesionales, las agencias de salud se preocupan de ofrecer servicios que al menos den respuesta a su coste.

Un ejemplo de ello es lo que se conoce en los EEUU, como el *managed care*, o el pago, por determinadas corporaciones y organizaciones, de los servicios de salud. Reflexionando sobre esta cuestión Cushman y Gilford (2000) señalan como, en nuestra sociedad occidental, la corriente principal de la Psicología y los valores del mercado, reflejan creencias culturales muy enraizadas, tales como, eficiencia, pragmatismo y razonamiento objetivo. A la base algo muy importante para la Psicología: lograr una práctica efectiva mediante procedimientos científicos indiscutibles. Los problemas psicológicos, por tanto, se enmarcan en definiciones y soluciones positivistas, en coordinación con fórmulas económicas.

Creemos que se le debe dar al paciente lo que necesita (véase, por ejemplo, Mahoney, 1985) aunque con ello estamos afirmando algo que va contra el espíritu de la época. El siguiente párrafo nos da una idea muy concreta de por dónde "sopla el viento".

"Mientras amanece el siglo XXI, la psicoterapia está en una sociedad que avanza rápidamente y en la que los valores del mercado son cada vez más dominantes; estos elementos influyen en la psicología para ir hacia prácticas de terapia breve cada vez más rápidas y más eficientes, hacia categorías más concretas

y específicas del DSM, y hacia resultados terapéuticos más cuantificables, todo para conseguir prácticas terapéuticas mucho mejor tecnologizadas e industrializadas. Estas tendencias se pueden apreciar a través de la sociedad americana; por ejemplo, George Ritzer (1993) se ha referido a ellas como la "Macdonalización" de América "(Cushman, 2002, pp. 103-104).

Si en comida, habría un gran consenso de que lo rápido y barato no es necesariamente lo mejor, ¿por qué lo asumimos en psicoterapia? Siendo esto importante, lo dejaremos para futuras reflexiones

Igualmente, los factores económicos, son también muy importantes para entender qué se investiga y qué no. En el ámbito anglosajón (y en el nuestro), donde cada vez son menores los presupuestos públicos para investigación, y los que se ponen sobre la mesa provienen de grupos concretos de presión, fundaciones y agencias privadas de investigación, el dinero va a llegar a aquellas terapias basadas en la evidencia, y que obtienen resultados a corto plazo, como las terapias cognitivas. Finalmente, la demanda social, también basada en cuestiones económicas, busca el consejo accesible y útil que sea rápido, basado en el sentido común y práctico. La psicoterapia cognitiva, ya que no es muy costosa, se puede desarrollar en un plazo relativamente breve de tiempo, ofrece resultados cuantificables y positivos y tiene unas tasas de recaídas no muy elevadas. Por tanto, las psicoterapias cognitivas (al menos las más clásicas) serían muy deseables desde esta "moral económica", contribuyendo a revalidarla.

**Individualismo y psicoterapia cognitiva**

El bloque básico de la psicología occidental ha seguido la tradición Judeo-Cristiana del individualismo que supone afirmar el foco en uno mismo y en la unicidad, autonomía, libertad y logro intrínseco del individuo y la posibilidad de lograr el control (Dobson y Dobson, 2009; Kazarian y Evans, 1998). Nuestra herencia occidental, en la revisión que hace Throop (2009) del tema, supone un individualismo y un sí mismo confinado o metido en sus propios límites (*bounded self*) como luego veremos.

Según Bellah et al. (1985, pág. 394 de la edición española) existen diversos significados de la palabra "individualismo". Para nuestros propósitos un *individualismo expresivo* sería apropiado, ya que sostiene que cada persona posee un núcleo único de sentimiento e intuición que se debe desarrollar y expresar para que se logre la individualidad. Para Bellah et al. (op. cit.) este individualismo se relacionó con el romanticismo de la cultura europea y norteamericana de los siglos XVIII y XIX y muestra afinidades, en siglos posteriores, con la cultura de la psicoterapia.

Las sociedades individualistas promocionan valores claramente terapéuticos como la auto-determinación y el desarrollo personal, la autonomía, el logro y el avance personal (James y Prilleltensky, 2002). Valores estos que son retroalimentados, a su vez, por las psicoterapias. Buena parte de las psicoterapias cognitivas ha surgido en una sociedad norteamericana que prima notablemente el

foco de este epígrafe. "La individualidad no sólo se sanciona –es el estilo americano, el camino para convertirse en un hombre y conquistar el mundo" (Spence, 1990, pág. 341). Tradicionalmente se ha distinguido entre sociedades individualistas y colectivistas (Hofstede, 1980; Triandis, 1995), y aunque esta diferenciación se puede seguir manteniendo en algunos contextos, tenemos análisis de que esta tendencia al individualismo se está convirtiendo en otra forma de ser, en sociedades no occidentales o en grupos pertenecientes a otros grupos sociales, razas, etnias, etc. dentro de la sociedad occidental (Ogihara y Uchida, 2014; Throop, 2009).

Nuestra sociedad potencia y premia el logro individual (Markus y Kitayama, 2010). La consecuencia, es una sociedad que tiende a potenciar la consecución de la auto-estima, la auto-eficacia, el optimismo (la terapia cognitiva es optimista, en principio; Messer y Woolfolk, 1998), y la motivación intrínseca.

El modelo cognitivo supone lo que se ha llegado a considerar un enfoque *tradicional*, ya que su finalidad principal es el ajuste personal. Desde esta perspectiva, los valores que se preservan son los del individualismo y la libertad, estando el énfasis en ayudar al individuo y no a la comunidad (Prilleltensky, 1990, 1997). Aunque no es motivo específico de este artículo, habría que señalar que esta cuestión ha sido objeto de crítica. En este sentido, los valores típicos del individualismo son contrarios a situar el cambio en el *cambio social*. Los terapeutas cognitivos, con su insistencia y foco en los procesos de pensamiento, ya sean pensamientos disfuncionales o creencias irracionales, o estructuras que nos facilitan el significado, como la organización de significado personal, están especialmente inclinados a alejarse del cambio social, fomentado el individual (Prilleltensky, 1989, 1990).

Según Sampson (1981), en su influyente trabajo "Cognitive psychology as ideology", partiendo de tradiciones filosóficas como las de Kant o las de Descartes, la perspectiva cognitiva hace una doble reducción. Por un lado, tenemos la *reducción subjetivista* y por otro la *individualista*.

En la primera, la *subjetivista*, se da primacía a las estructuras y procesos del sujeto que conoce. Ejemplos destacados pueden ser los conceptos de esquema, de idea irracional, pensamiento distorsionado y sesgos cognitivos, tan típicos de los modelos cognitivos clásicos; o el núcleo metafísico central de los construccionistas. Por otro lado, la *reducción individualista*, supone centrarse en el pensamiento y el razonamiento del individuo que conoce (el famoso dictum de Descartes, "pienso, luego existo"). En el modelo cognitivo terapéutico esta reducción se aprecia en los intentos de conseguir que el individuo logre el cambio mediante el cambio en su forma de procesar, construir, dar significado, etc. a la realidad, o cambios en la dinámica Yo-Mí. [1]

El marco cognitivo supondría, por tanto, un egocentrismo teorético (Hogan, citado en Sampson, 1977, pág., 769) típico de la psicología americana imperante en el momento histórico en el que surgieron las terapias cognitivas, y que refleja un *individualismo auto-contenido* (Sampson, 1977). Traspasado este concepto plan-

teado por Sampson al campo terapéutico cognitivo, se hace evidente que la demanda del terapeuta hacia el paciente es la de encauzarlo para que, por él mismo, resuelva, gracias a su aprendizaje en terapia o a su trabajo con el terapeuta, los problemas que está experimentando.

Creemos que nada hay en el ideario cognitivo que lo aleje del ideario individualista. El foco de análisis y de tratamiento, la forma de abordarlo, toda la conceptualización de casos y el empleo de técnicas terapéuticas suponen este individuo y enfoque individualista, al que se le provee con la guía necesaria para lograr autonomía, desarrollo y avance personal (por ejemplo, Ellis, 1973). Como diría Sampson (1981, pág. 735) lo cognitivo relega la potencia individual al mundo interior de la *gimnasia mental*.

El enfoque cognitivo, incluyendo el constructivista, supone un trabajo terapéutico con un foco en el cambio en el individuo, y por medios totalmente individuales. Es cierto, que el modelo constructivista alega presupuestos del construccionismo social (Berger & Luckmann, 1966), pero, en modo alguno los desarrollan. Podemos asumir que para todo aquel que lea sus trabajos esto se hace muy evidente. Por ejemplo, la *técnica de la moviola* de Guidano (1991a) representa un sujeto que, convirtiéndose en escenógrafo de su propia vida, reflexiona, analiza y comprende lo que le pasa, haciendo obvia la dinámica Yo-Mí. Indudablemente, existe una gran diferencia entre esta técnica constructivista y otra de tipo racionalista, como el análisis de la lógica incorrecta, pero en ambos casos, se trata de un individuo que trabaja con él mismo para producir un cambio en él mismo.

*El sí mismo a la base de las psicoterapias cognitivas*

Anteriormente, hemos relacionado el individualismo con un sí mismo metido en sus propios límites. Según Markus y Kitayama (1991) la perspectiva occidental, norteamericana y europea nos plantea un sí mismo como una entidad que es autónoma, distinta, auto-suficiente y que posee disposiciones únicas. Siguiendo a Sampson (1977) la salud mental se considera como un ideal individualista y auto-suficiente. Si se tienen las características adecuadas se logrará aquello que podemos considerar una meta terapéutica última: la auto-actualización, la autonomía y el dominio. Todo ello es propio de un sí mismo referencial (Landrine, 1992) que valora, ante todo, el individualismo y la autonomía y que se convierte en el centro del darse cuenta y de la auto-reflexión.

No obstante, según Erwin (1997) no todos los modelos y autores asumirían como *meta principal* de la psicoterapia el logro de la autonomía. Por ejemplo, los autores cognitivos y cognitivo-conductuales estarían más preocupados por la desaparición de los síntomas en cuanto a lo que constituye el problema principal. Sin embargo, superando cuestiones concretas, buena parte de los terapeutas asumiríamos que un paciente autónomo, independiente, que sabe lo que necesita y dónde falla, y cómo emplear los medios para ponerle remedio, es un fin más que deseable, ya sea a corto o a largo plazo. Esta autonomía se logra dentro de las

posibilidades que nos ofrece la reflexión racional, el autoconocimiento mediante la introspección (Beck, 1976), o mediante la auto-observación (Guidano, 1991a), el logro del auto-control y la posibilidad de disminuir o eliminar lo que es defectuoso. Subyace a esto la idea de un "sí mismo agente" que nos lleva a considerar que nuestros pensamientos controlan nuestros estados de ánimo y nuestras acciones (Lam, 2008) y sobre ello debemos intervenir.

Este trabajo, en el marco de las psicoterapias cognitivas, se logra en el trabajo privado que, indudablemente, la interacción paciente-terapeuta favorece. El individuo usa sus capacidades y cambia, en el mejor de los casos. Para ello necesita al terapeuta, es cierto, pero el terapeuta busca que el paciente potencie lo que tiene como individuo, por él mismo.

Markus y Kitayama (1991) partiendo de trabajos de autores como Geertz, Sampson o Shweder y LeVine, plantearon dos tipos de sí mismos: independiente e interdependiente. Centrémonos en el *independiente*:

"Para lograr el objetivo cultural de la independencia se necesita construirse uno mismo como un individuo cuya conducta se organiza y se le da sentido sobre todo en referencia a su propio repertorio interno de pensamientos, sentimientos y acción, más que en relación a los pensamientos, sentimientos y acciones de los otros. Según esta construcción del sí mismo, y tomando prestada la frase de Geertz (1975) tan citada, la persona se ve como "un universo motivacional y cognitivo con límites, único, más o menos integrado, un centro dinámico de conciencia, emoción, juicio y acción organizada en un conjunto distintivo y establecido, de forma contrastante, tanto contra los otros como conjunto, como contra el contexto social y natural"(pág. 48)" (pág. 226).

Las psicoterapias cognitivas clásicas hacen evidente este sí mismo independiente, ya que prima lo privado (habilidades, pensamientos y sentimientos), lo único, la promoción de metas propias, de expresar el sí mismo, etc. Pero, ¿sólo los modelos cognitivos clásicos asumirían este sí mismo independiente?

En su evolución hacia planteamientos constructivistas las psicoterapias cognitivas integran otras tradiciones y conceptos que parecen alejarlas de este sí mismo individualista. La *auto-definición* que plantean Markus y Kitayama (op. cit.) de aquellas construcciones *interdependientes* del sí mismo establece la importancia de las relaciones con los otros en contextos específicos. Encontramos un paralelismo, aunque salvando las distancias, entre esta cuestión y las teorías del apego retomadas por Guidado y Liotti (1988) para describir buena parte de la psicopatología humana, o la comprensión de uno mismo mediante el ejercicio de la heterorreferencialidad (Guidado, 1991a). No obstante, otros elementos de este sí mismo interdependiente que señalaron Markus y Kitayama (1991) no se hacen patentes en el marco constructivista cognitivo. Por ejemplo, que sea más importante el mundo de lo externo, de lo público que de lo interno, de lo privado; tener como tarea promocionar las metas de otros, ocupar el lugar adecuado y comprometerse en acciones adecuadas; restringir el sí mismo y vivir en armonía con el contexto

social, etc.

Por tanto, y manteniendo las diferencias de conceptualización de los distintos modelos cognitivos en su evolución, podemos utilizar planteamientos de algunos teóricos del sí mismo cuando describen el sí mismo típico de la cultura occidental, a pesar de la complejidad del campo (véase, Seoane, 2005). Estas teorías nos posibilitan describir el tratamiento que se le da al paciente en psicoterapia cognitiva (y en la inmensa mayoría de psicoterapias). O dicho de otro modo, describen al paciente que se necesita en terapia cognitiva. Describen el rango de lo que es importante y que va a ser el foco de trabajo. Para ello se necesita un sí mismo que sea "un universo cognitivo y emocional, el centro del darse cuenta, la emoción, el juicio y la acción" (Landrine, 1992, pág. 403). Correspondiendo a un *sí mismo* referencial, que señala Landrine (op. cit.) éste es necesario para el trabajo cognitivo, de cualquier tipo. Y para ello, vamos a emplear, fundamentalmente, la razón, aunque no solo, que propicia el control, amparada en todo un deseo de conseguir y de desarrollar un extenso bagaje tecnológico.

**Racionalismo, control y psicoterapias cognitivas**

Por un lado, un elemento clave para comprender el marco socio-cultural de origen de las psicoterapias cognitivas, es el racionalismo subyacente a buena parte de ellas. El racionalismo típico del modelo cognitivo deviene de las tradiciones del pragmatismo y el funcionalismo, (siendo el funcionalismo la contrapartida psicológica del pragmatismo filosófico, Bem & Keijzer, 1996). Por otro lado, en psicoterapia cognitiva se hace evidente la ética protestante (Sampson, 1981). En este sentido, la terapia cognitiva (y cognitivo-conductual) supone un ser humano que es objetivo y solucionador de problemas (Messer & Woolfolk, 1998). Podemos inferir que de ahí se deriva el énfasis en las técnicas, así como la importancia dada a la demostración de su eficacia (Messer & Warren, 1990).

Uno de los elementos principales, por tanto, que se infieren del marco cognitivo, tiene que ver con este "racionalismo". El racionalismo "es el sistema epistemológico que afirma que *todo el conocimiento es el resultado de un análisis racional de la evidencia del sentido y que esta misma evidencia no puede recogerse salvo mediante un principio directivo racional"* (Robinson, 1981, pág. 206).

La visión del sujeto auto-consciente y racional ha sido criticada (Seoane, 2005). Lo racional, por ejemplo, no siempre impera a la hora de tomar una decisión. En la actualidad, incluso, se llega a analizar el ser humano como un individuo egoísta que sólo se implica en aquello que le trae algún beneficio de tipo personal y que en función de ello toma decisiones (Shirrmacher, 2014). Sin embargo, tenemos que hablar de lo racional para explicar el origen de las psicoterapias cognitivas.

Para Bem y Keijzer (1996) "la revolución cognitiva hizo una nueva ciencia a partir de la vieja idea racionalista de la mente" (pág., 449). Desde este punto de vista, que no es ajeno, ni está al margen del planteamiento individualista, la cognición es

razonamiento, hacer inferencias, y construir un sistema cognitivo caracterizado por un sujeto que sería una "máquina inferencial" (Cummins en Bem y Keijzer, p. 451). Por ejemplo, el *sine qua non* de la terapia cognitiva es el diálogo socrático y la comprobación empírica de hipótesis (Hollon & DiGiuseppe, 2010).

Este racionalismo es muy evidente en las terapias cognitivas clásicas, pero no así, en las de corte constructivista. De manera, que, en su evolución, las terapias cognitivas se alejan de una perspectiva racionalista, asumiendo principios de las teorías motrices de la mente, la epistemología evolutiva, etc. (Mahoney, 1988, 1991; Neimeyer, 1993). En estos planteamientos lo importante es la capacidad auto-organizadora del cerebro humano, viéndose a la cognición como "la capacidad del cuerpo-mente para tomar parte en un acoplamiento estructural con el ambiente" (Bem & Keijzer, 1996, pág., 456).

Aunque el modelo cognitivo en su vertiente terapéutica no se sustenta directamente en la psicología cognitiva (Brewin, 1989; Dowd, 2002; Ibáñez, 1990; Ingram y Kendall, 1986), sí que es cierto que "el espíritu cognitivo" que imperó en la Psicología a mediados del siglo pasado (véase Mahoney, 1991) pudo contribuir con un "caldo de cultivo" que facilitó poder hablar de "eventos privados" que guiaban nuestra vida psíquica y nuestra conducta. La cuestión clave que nos permite hacer estas inferencias tiene que ver con el uso de la etiqueta "cognitiva" en la denominación de la terapia.

Siguiendo, pues, las derivaciones del término "cognitivo" nos encontramos con la importancia para el individuo de recibir información, procesarla y almacenarla lo que conlleva el consecuente *control* de las capacidades humanas (Smith, 1997). Aplicado a estas terapias de tipo "cognitivo", se supone que es necesario emplear nuestros procesos de pensamiento de la manera más eficiente ("racional") posible. Siguiendo principios cartesianos, sólo la mente pensante, la auto-reflexión, produce seguridad en el individuo (Seoane, 2005, pág. 43). Asumir las "teorías de la mente" nos convierte en tecnólogos eficientes que destacan el dominio técnico y el control activo sobre la naturaleza (Sampson, 1981). La gran mayoría de terapias cognitivas supone plantear este tipo de desafío para un paciente.

Para conseguir todo ello, las psicoterapias cognitivas se mueven en perspectivas que consideran a la terapia como una *psicotecnología* (Woolfolk, 1992). Toda la tecnología terapéutica de la que disponemos nos facilita superar aquello que nos aqueja. Hacemos terapia sin reflexionar sobre lo que esto implica, suponiendo que no es más que la aplicación neutral, ajena a valores, de todo un armamento tecnológico (Messer & Woolfolk, 1998).

Sin embargo, y siguiendo a James y Prilleltensy (2002, pág. 1144) la psicoterapia no deja de ofrecer normas morales sobre lo que debe ser una *buena persona* o una *buena familia*. En este sentido, el paradigma cognitivo (cognitivo-conductual para los autores) asume una *perspectiva pedagógica*. Las ciencias sociales, sobre todo tras la II Guerra Mundial, nos ofrecen la educación necesaria para resolver los problemas sociales (Prilleltensky, 1990). Desarrollando esta idea, una *buena*

*persona*, lee y rellena cuestionarios, siendo capaz de estimar sus conductas. Además, es racional, asertiva, tiene una elevada auto-estima y puede ser capaz de ofrecer explicaciones causales de su conducta. Si el paciente no es capaz de hacerlo, está siendo irracional o carece de las mínimas habilidades sociales. Ante esta persona se levanta todo este sistema *psicotecnológico* (Woolfolk, 1992), extremadamente apropiado dentro de una sociedad de máxima tecnificación (y mercantilización) del conocimiento (Garzón, 2012).

En definitiva, partiendo del énfasis, ya señalado, en el pragmatismo y en el funcionalismo, que suponen buena parte de la base de las psicoterapias cognitivas, se necesita desarrollar técnicas y demostrar su eficacia (Messer y Warren, 1990). No nos extraña, pues, el interés de las psicoterapias cognitivas clásicas por aparecer en los listados de "tratamientos empíricamente validados" (p.ej., Hoffman, et al., 2012; Lyddon y Jones, 2001) y su seguimiento de esta tendencia en el campo psicológico, llegándose a considerar la necesidad de ofrecer tratamientos eficaces y efectivos un imperativo social (Dobson, 2012, pág.112).[2]

La evolución de las psicoterapias cognitivas clásicas hace visible esta cuestión señalada ya hace años. Se articula un bagaje terapéutico que nos guía e instruye sobre lo que hacer de manera sistemática y manualizada (Kuyken, Padesky y Dudley, 2009). La insistencia en la correcta competencia en las distintas habilidades terapéuticas no deja de reflejar una cuestión ética de despliegue adecuado de nuestro conocimiento y una obligación moral incardinada socialmente. Este bagaje terapéutico requiere la participación activa del paciente. Un ejemplo de ello lo tenemos en el empleo de tareas y actividades en psicoterapia cognitiva.

*Las tareas y las actividades en psicoterapias cognitivas*

Uno de los elementos principales de las psicoterapias cognitivas es la insistencia en el desarrollo y seguimiento de *tareas extra-sesión* y de *actividades intra-sesión*, que suponen que el paciente acude a psicoterapia a aprender qué hacer. Para ello está el terapeuta. Son innumerables los textos cognitivos donde esto se plantea de una forma habitual y se ejemplifica con el desarrollo y el seguimiento de casos clínicos. Pero para seguir con la línea de este trabajo debemos centrarnos en el marco del cual se deriva.

Las tareas y actividades ejemplifican la ética Protestante que es un elemento constitutivo de la sociedad americana. Prilleltensky (1990) relaciona esta ética con las contribuciones clave de Sampson (1977) y de Bellah, Madsen, Sullivan, Swidler y Tipton (1985). Para Sampson (1977) el ideal americano es un sí mismo supremo, es decir, un individuo omnipotente que tiene el poder de afrontar las desgracias por él mismo. El trabajo duro y la determinación, a pesar de los obstáculos, nos van a conducir a la prosperidad (Bellah, et al., 1985). Siguiendo con nuestro análisis, las tareas y actividades supondrían un ejemplo de este trabajo duro y del locus de control interno tan idealizado por los psicólogos (Prillestenky, 1990) y los terapeutas.

Analizando la responsabilidad personal y la autonomía, Rychlak (2003, pág.

73) señalaba que el individualismo, para Thomas Jefferson (1743-1826), estaba basado, en parte, en los *derechos naturales* de los seres humanos. El individuo, entonces, tiene la libertad para vivir de forma auto-suficiente dentro de una sociedad. Esto nos lleva a suponer la necesidad de ser personalmente responsables, lo cual supone, a su vez, tener autonomía para gobernarnos usando el razonamiento, la evaluación y la elección. Para un paciente que comparta el mismo marco socio-cultural que su terapeuta, no le va a ser extraño poner en marcha sus habilidades de razonamiento, evaluación y elección, en sesión, más allá de la propia sesión de terapia. La búsqueda de la comprensión y del distanciamiento frente a nuestros propios pensamientos, emociones y conductas nos permite poner en práctica lo que el psicoterapeuta cognitivo nos está dando. Y esto, en gran medida, toma la forma de trabajo dentro y fuera de sesión.

Por tanto, y volviendo al individualismo, esta tradición Protestante y Calvinista nos ha llegado, además, en forma de trabajo duro. Nuestra habilidad y nuestra disposición a trabajar determinan nuestra fortuna (Throop, 2009). Este es el reto implícito cuando se plantean tareas y actividades a un paciente. Algo así como: "en tus manos está el resultado de esta psicoterapia".

**El sujeto cognitivo**

En un trabajo anterior (Caro Gabalda, 2015) planteábamos las implicaciones de considerar al paciente en terapia cognitiva como un sujeto, como el sujeto de una serie de acciones apropiadas para su marco terapéutico. Así lo concretábamos en un sujeto *introspectivo y consciente* (el que accede a su marco cognitivo); en un sujeto que es un *indigente cognitivo* (el que entra en psicoterapia cognitiva para recibir ayuda); y finalmente, el *científico entrenado* (aquel que se busca en psicoterapia cognitiva clásica).

En este apartado final, nos centraremos en la figura del sujeto cognitivo desde el punto que evidencia la reflexión que hemos hecho desde esta perspectiva socio-cultural. Basándonos, en parte, en Markus y Kitayama (2010, pág. 428), deseos de la clase media americana y contextos europeos occidentales, como son el dominio, el control, el logro, la elección, la auto-expresión, y la unicidad, se manifiestan en nuestro contexto terapéutico.

El *sujeto cognitivo* es un sujeto motivado y agente, que trabaja duro. Un sujeto que tiene a su disposición los elementos para ejercer el control de su mundo privado e individual. Y para ello cuenta con un aliado inestimable, su terapeuta, que le guía, lo instruye, lo alecciona, lo acompaña, y lo comprende a la hora de recorrer su camino. Las metas terapéuticas son obvias.

La meta del modelo cognitivo consiste en acceder y trabajar con la vida interior gracias a la ayuda de un experto que pone en marcha intervenciones de tipo didáctico, desde una perspectiva científica y prescriptiva, y no biográfica o exploratoria (Pilgrim, 1997). Siendo esto muy representativo del modelo cognitivo debemos señalar que lo es más del modelo clásico que del modelo más constructivista.

Los modelos constructivistas suavizan, por así decirlo, la figura didáctica del terapeuta asumiendo un papel más exploratorio y de *persuasor* o *perturbador orientado estratégicamente* (Guidano, 1991b). No obstante, el trabajo con la vida interior es inevitable, también para el contructivismo en terapia. Para lo que estamos planteando, da igual trabajar con emociones que con cogniciones, da igual inclinarnos por lo racional que por lo emocional, focalizarnos en el pensamiento o en la narración. En cualquier caso, se necesita un individuo que bucee en su interior, en su presente, en su pasado y en su futuro y lo aborde de forma diferente para lograr un cambio. Esta es la meta a la que se enfrenta el sujeto cognitivo.

Si tomamos la figura del héroe tan querida en el marco norteamericano (Bellah et al., 1985; Spence, 1990), podríamos asumir que este tipo de sujeto representa a un héroe que es capaz de seguir este camino individual hacia el logro y el control a pesar de los obstáculos. Se cae, pero se levanta, y sus esfuerzos se ven recompensados al final.

Sin embargo, cualquiera pensaría que esta cuestión del posible sujeto cognitivo no es generalizable a todo tipo de pacientes. Por ejemplo, ¿qué tipo de sujeto puede ser un paciente con diagnóstico de esquizofrenia? Bien, tomemos dos cuestiones en consideración. Por una parte algunas teorías actuales sobre la esquizofrenia y, por otra, el tipo de tratamiento que se da a estos pacientes en las terapias cognitivas clásicas.

¿Qué nos dicen las teorías metacognitivas actuales? Que el individuo piensa "mal", al ser incapaz de pensar sobre lo que piensa, y tomar perspectiva frente a ello. Los problemas metacognitivos de un paciente con esquizofrenia supondrían grandes dificultades para pensar sobre el pensamiento. Eso incluiría: hacer representaciones de sus propios estados mentales o de los otros; formar, cuestionar y revisar ideas sobre lo que se cree, siente, sueña, teme, etc. en contextos que cambian rápidamente (Lysaker, 2010). ¿Cómo se pone remedio? Enseñándole y entrenándole en habilidades metacognitivas para darse cuenta de uno mismo, de los otros, lograr descentrarse y darse cuenta de él mismo como alguien que confronta y afronta los desafíos psicológicos (Semerari, et al., 2003). El procedimiento terapéutico es de corte integrador y supone un proceso complejo que busca que el paciente se dé cuenta, y discuta con su terapeuta elementos importantes de sus acontecimientos vitales. El paciente debe darse cuenta y reflexionar (Lysaker, 2010). Algunos de estos elementos terapéuticos suponen (en Lysaker et al., 2014) el establecimiento de una excelente relación terapéutica que dé pre-eminencia a la agenda del paciente; la búsqueda de narraciones para que el paciente sea capaz de saber lo que pasa, lo comprenda y, en consecuencia, pueda nombrar el problema psicológico que tiene. Es un elemento clave la figura del terapeuta ya que se busca que el paciente reflexione sobre los procesos interpersonales que se dan en la sesión en ese diálogo continuo que se establece entre paciente y terapeuta. A medida que se progresa en la terapia, el paciente va a ser capaz de reflexionar sobre el progreso y se va a buscar y estimular la auto-reflexividad, el dominio y darse cuenta del otro. De nuevo, un

individuo que debe mirar en su interior y mejorar sus déficits en la comprensión y conocimiento de la realidad.

Por otro lado, el bagaje terapéutico de las terapias cognitivas clásicas (véase Davidson, Lambert y McGlasham, 2004) reproduce el patrón "de acción" que estamos aquí desarrollando. En este contexto es muy importante el establecimiento de una agenda y el descubrimiento guiado como marco para trabajar y explorar creencias de los pacientes y comprenderlas. El trabajo con estos pacientes modifica y adapta la teoría clásica de Beck (1976) que postula técnicas orientadas al problema y encaminadas a cambiar errores o sesgos en las cogniciones que surgen al evaluar situaciones y modificar supuestos y creencias sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Kingdom y Turkington, 2002). El modelo clásico con estos pacientes requiere de una buena colaboración y relación paciente-terapeuta y al mismo tiempo educar al paciente (Steel y Smith, 2013).

Se emplean técnicas para sustituir creencias desadaptativas por otras mejores y más funcionales tales como estrategias de desafío verbal para introducir la duda frente a las creencias; experimentos conductuales y exámenes planificados de la realidad que doten de prueba y comprobación a las creencias delirantes que se convierten en hipótesis a comprobar, por ejemplo. Incluso se emplea el ABC para hacer ver a los paciente qué influye (B) en sus emociones y comportamientos (C), experimentados en distintas situaciones (A) y para el análisis de sus alucinaciones (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996; Perris, 2004). Así, estos pacientes también hacen tareas o se emplean registros y diarios sencillos, por ejemplo, de las voces experimentadas por un paciente a lo largo de la semana (Turkington, 2009).

Sigue estando a la base la figura del sujeto que intenta avanzar a pesar de las dificultades del camino, aunque éste no es tan optimista como el que se deduce del trabajo con pacientes en otras categorías diagnósticas. Es un sujeto, héroe por seguir con la metáfora, más atormentado, cuyo camino va a ser más complejo, doloroso, y difícil de recorrer y por tanto, más heroico. No obstante, si juzgamos por el tratamiento cognitivo estándar y meta-cognitivo con estos pacientes, el terapeuta no deja de asumir que este camino se puede y se debe recorrer. Se reproduce y ejemplifica, de nuevo y de esta manera, el ideario de la sociedad occidental que hemos desarrollado a lo largo de este trabajo.

## Conclusión

Las psicoterapias cognitivas reproducen características socio-culturales de su particular momento histórico. Lo heredan y lo revalidan. La interacción entre sistema de psicoterapia y marco socio-cultural es directa, lo que aconseja escribir la historia de cada particular modelo psicoterapéutico en función de qué elementos socio-culturales se benefician y asumen, y no sólo de qué otras teorías han tomado sus principales premisas y conceptos. Los terapeutas somos ejecutores del poder y del control social, y no "aplicamos" *técnicas* solamente, sino que "instauramos" *valores*. Como terapeutas cognitivos podemos entender que lo que hacemos

contribuye a una sociedad donde se privilegia el control por parte del individuo (foco principal) de la terapia, de sus problemas, fomentando la búsqueda en nuestro interior y el desarrollo de ciertas habilidades "cognitivas".

Debemos estar especialmente atentos a la sociedad en la que vivimos y a cambios que en ella se están produciendo. La psicoterapia cognitiva como un producto cultural se va ajustando a todos estos cambios. Esta cuestión, por ejemplo, se puede ver ejemplificada en la tendencia hacia el *mindfulness* y otros desarrollos en la denominada 3ª ola (Hayes, 2004). Estas nuevas tendencias y terapias suponen un foco distinto y la visión de un nuevo sujeto diferente del de las principales terapias cognitivas que hemos expuesto en éste y en otros trabajos (Caro Gabalda, 2015).

Estas reflexiones, como ya se ha señalado, son escasas en nuestro campo. Sin embargo, lo que se está haciendo ya desde hace algunos años es comenzar a alegar, con el paso del tiempo, que no podemos repetir el tratamiento cognitivo estándar con pacientes de otras culturas y condiciones (Hodges y Oei, 2007; Rathod y Kingdom, 2009). Cada vez son mayores los ejemplos de esta adaptación y de esta apertura a practicar la psicoterapia cognitiva al margen del tipo "clásico" con el que podemos identificarlas, y que algunos autores han descrito como un paciente masculino, blanco y heterosexual (por ejemplo, véase Graham, Sorenson, y Hayes-Skelton, 2013; Pomerantz, 2011).

Pero estos desarrollos y adaptaciones no han surgido de la nada. Surgen o se deben enmarcar en un diferente contexto socio-cultural que somete a las psicoterapias cognitivas a cambios para acceder a un mayor grupo de individuos de la manera más respetuosa y eficaz. Entender, sugerimos, por qué estamos cambiando el foco, y de dónde viene nuestro foco principal, nos puede enriquecer como terapeutas.

## Notas

1 El enfoque de Guidano es claramente post-racionalista, pero se apela a que el paciente logre entender y comprender qué le pasa, el cómo y el por qué (Guidano, 1991a).

2 Este interés por lo empíricamente validado no caracteriza a las psicoterapias cognitivas de corte constructivista. Su interés está en la demostración clínica de su uso y en la fundamentación de sus conceptos principales. La idea del Método, imperante en la tradición cognitiva principal, les es ajena por razones epistemológicas y ontológicas.

## Referencias bibliográficas

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: Wiley.

Beck, A.T. & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. En A.T. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, y H. Arkowitz (eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). Nueva York: Plenum Press.

Bellah, R.N., Madsen, R., Sullivan, W.M., Swidler, A. & Tipton, S.M. (1985). *Habits of the heart*. Berkeley: University of California Press.

Bem, S. & Keijzer, F. (1996). Recent changes in the concept of cognition. *Theory & Psychology*, *6*, 449-469.

Berger, P.L. (1965). Towards a sociological understanding of psychoanalysis. *Social Research, 32*, 26-41.

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality.* Londres, Reino Unido: Penguin.

Brewin, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Bulletin, 96,* 379-394.
Buss, A.R. (1975). The emerging field of the sociology of psychological knowledge. *American Psychologist, 30*, 988-1002.
Caro Gabalda, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología, 46*, 115-160.
Caro Gabalda, I. (2015). The subject in cognitive psychotherapy. *Anales de Psicología, 31*, 379-389. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.200201
Chadwick, P., Birchwood, M.J. & Trower, P. (1996*). Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Oxford: Wiley.
Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: Wiley Press.
Cushman, P. (1992). Psychotherapy to 1992: A historically situated interpretation. En D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy. A century of change* (pp. 21-64). Washington: APA.
Cushman, P. (1993). Psychotherapy as moral discourse. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 13,* 103-113.
Cushman, P. (2002). How psychology erodes personhood. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 22*, 103-113.
Cushman, P. & Gilford, P. (2000). Will managed care change our way of being? *American Psychologist, 55*, 985-996. doi: 10.1037//0003-066X.55.9.985
Davidson, L., Lambert, S & McGlasham, T.H. (2004). Tratamientos psicoterapéuticos y cognitivo-conductuales para la esquizofrenia: desarrollo de una forma de psicoterapia específica del trastorno para personas con psicosis. En C. Perris y P.D. McGorry (Eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad* (pp. 19-42). Bilbao, España: DDB (Original inglés de 1998).
Dobson, K.S. (2012). *Cognitive therapy*. Washington: APA.
Dobson, K. S. & Dobson, K. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Nueva York: Guilford Press.
Dow, J.W. (1986). Universal aspects of symbolic healing: A theoretical synthesis. *American Anthropologist, 88,* 56-69.
Dowd, E.T. (2002). History and recent developments in cognitive psychotherapy. En R.L. Leahy y E.T. Dowd (Eds.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy* (pp.15-28). Nueva York: Springer.
Dryden, W. & Ellis, A.(1988). Rational-emotive therapy. En K.S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies* (pp. 214-272). Londres: Hutchinson.
Eberle, T.S. (1993). Social psychology and the sociology of knowledge. *Revista de Psicología Social, 8,* 5-13.
Ehrenwald, J. (1969). *Psychotherapy: Myth and method*. Nueva York: Grune & Stratton.
Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Stuart.
Ellis, A. (1973). Rational-emotive therapy. En R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 167-206). Itaca: F.E. Peacock.
Erwin, E. (1997). *Philosophy and psychotherapy.* Londres, Reino Unido: Sage.
Frank, J.D. (1961) *Persuasion and healing.* Baltimore: John Hopkins Press.
Garzón, A. (2012). Tecnificación del conocimiento y creencias sociales. *Boletín de Psicología, 106*, 29-44.
Gonçalves, O. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 8,* 105-126.
Gónzalez Pardo, H. & Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
Graham, J.R., Sorenson, S., & Hayes-Skelton, S.A. (2013). Enhancing the cultural sensitivity of cognitive behavioral interventions for anxiety in diverse populations. *Behavior Therapy, 36*, 101-108.
Guidano, V. (1991a). *The self in process*. Nueva York: Guilford Press (trad. cast. en Ed. Paidós: *El sí mismo en proceso*, 1994).
Guidano, V. (1991b). Affective change events in a cognitive therapy system approach. En Safran, J.D. y Greenberg, L.S. (comps.), *Emotion and the process of therapeutic change* (pp. 50-79). Nueva York: Guilford Press.
Guidano, V. (1997). El estado de la cuestión en la terapia cognitiva postracionalista. En I. Caro (ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.371-380). Barcelona, España: Paidós.
Guidano, V. & Liotti, G. (1988). A constructivist foundation for cognitive therapy. En M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 101-142). Nueva York: Springer.
Hansen, J.T. (2014). *Philosophical Issues in counseling and psychotherapy. Encounters with four questions about knowing, effectiveness, and truth.* Lanham: Rowan & Littlefield.
Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.

Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1

Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values.* Beverly Hills: Sage Publications.

Hodges, J. & Oei, T.P. (2007). Would Confucius benefit from psychotherapy? The compatibility of cognitive behaviour therapy and Chinese values. *Behaviour Research & Therapy, 45*, 901-914. doi: 10.1016/j.brat.2006.08.015

Hollon, S. D. & DiGiuseppe, R. (2010). Cognitive theories of psychotherapy. En J.C. Norcross, G.R. Vandenbos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy. Continuity and change* (pp. 201-241). Washington: APA.

Ibáñez, E. (1990). Presupuestos básicos y clasificación de las terapias cognitivas: Un punto de vista para la psiquiatría. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría.

Ibáñez,E.(1993). Bosquejo para el análisis de las relaciones entre personalidad y psicoterapia. En I. Caro (ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 351-369). Valencia, España: Promolibro. Colección de Psicología Teorética.

Ingram, R.E. & 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.

James, S. & Foerster, G. (2006). Reconciling rules with context. An ethical framework for cultural psychotherapy. *Theory & Psychology, 16*, 803-823. doi: 10.1177/0959354306070532

James, S. & Prilleltensky, I. (2002). Cultural diversity and mental health. Towards integrative practice. *Clinical Psychology Review, 22*, 1133-1154.

Kazarian, S.D. & Evans, D.R. (1998). Cultural clinical psychology. En S.S. Kazarian & D.R. Evans (Eds.), *Cultural clinical psychology: Theory, research, and practice* (pp. 3-38). Nueva York: Oxford University Press.

Kingdom, D. & Turkington, D. (2002). Introduction. En D. Kingdom & D. Turkington (Eds.), *The case study guide to cognitive behavior therapy of psychosis* (pp. 1-10). Chichester: Wiley.

Kuyken, W., Padesky, C. & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization.* Nueva York. Guilford.

Lam, D.C.K. (2008*). Cognitive behavioural therapy. A practical guide to helping people to gain control*. Hove: Routdlege.

Landrine, H. (1992). Clinical implications of cultural differences: The referential versus the indexical self. *Clinical Psychology Review, 12*, 401-415.

Lyddon, W.J. & Jones, J.V (2001) (Eds.). *Empirically supported cognitive therapies*. Nueva York: Springer.

Lysaker, P.H. (2010). Metacognition in schizophrenia spectrum disorders: methods of assessing metacognition within narrative and links with neurocognition. En G. Dimaggio & P.H. Lysaker (Eds.), *Metacognitive and severe adult mental disorder* (pp. 65-82). Londres, Reino Unido: Routdlege.

Lysaker, P.H., Buck, K.F., Leonhardt, B.L. Buck, B, Hamm, J., Hasson-Ohayon, I., Vohs, J.L., & Dimaggio, G. (2014). Metacognitively focused psychotherapy for people with schizophrenia: Eight core elements that define practice. En P.H. Lysaker, G. Dimaggio & M. Brüne (Eds.), *Social cognition and metacognition in schizophrenia. Psychopathology and treatment approaches* (pp. 195-213). Amsterdam, Países Bajos: Elsevier.

Mahoney, M.J. (1985). Psychotherapy and human change processes. En M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 3-48). Nueva York: Springer.

Mahoney, M.J. (1988). Rationalism and constructivism in clinical judgment. En D.C. Turk & P. Salovey (Eds.), *Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology* (pp. 155-181). Nueva York: Free Press.

Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. Nueva York: Basic Books.

Mahoney, M.J. (2005). *Constructive psychotherapy. A practical guide*. Nueva York: Guilford Press.

Markus, H.R & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review, 98,* 224-253.

Markus, H.R & Kitayama, S. (2010). Cultures and selves: A cycle of mutual constitution. *Perspectives on Psychological Science, 5,* 420-430. doi: 10.1177/1745691610375557

Messer, S.B. & Warren, S. (1990). Personality change and psychotherapy. En L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality*. *Theory and research* (pp. 371-398). Nueva York: Guilford Press.

Messer, S.B. & Woolfolk, R.L. (1998). Philosophical issues in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science & Practice, 5*, 251-263.

Neimeyer, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 221-234.

Norcross, J.C. (1986). Eclectic psychotherapy: An introduction and overview. En J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 3-24). Nueva York: Brunner/Mazel.

Norcross, J.C. (2005). A primer on psychotherapy integration. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.) *Handbook of psychotherapy integration* (2 ed.) (pp. 3-23). Nueva York: Oxford University Press.

Ogihara, Y. & Uchida, Y. (2014). Does individualism bring happiness? Negative effects of individualism on interpersonal relationships and happiness. *Frontiers in Psychology, 5*, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00135

Owen, I.R. (1993). Towards a sociology of psychotherapy. *Counselling Psychology Review, 8*, 6-9.

Perris, H. (2004). Estrategias y técnicas terapéuticas menos comunes en la psicoterapia cognitiva de pacientes con trastornos graves. En C. Perris & P.D. McGorry (Eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad* (pp. 379-394). Bilbao, España: DDB (Original inglés de 1998).

Pilgrim, D. (1997). *Psychotherapy and society*. Londres, Reino Unido: Sage.

Pinillos, J.L. (1997). *El corazón del laberinto.* Madrid, España: Espasa.

Polkinghorne, D.E. (1992). Postmodern epistemology of practice. En S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 146-165). Londres, Reino Unido: Sage.

Pomerantz, A.M. (2011). *Clinical psychology. Science, practice and culture* (2ª Ed.). Los Angeles: Sage.

Prilleltensky, I. (1989). Psychology and the status-quo. *American Psychologist, 44*, 795-802.

Prilleltensky, I. (1990). On the social and political implications of cognitive psychology. *The Journal of Mind and Behavior, 11*, 127-136.

Prilleltensky, I. (1997). Values, assumptions, and practices. Assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist, 52*, 517-535.

Rathod, S. & Kingdon, D. (2009). Cognitive behavior therapy across cultures. *Psychiatry, 8*, 370-371. doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.06.011

Robinson, D.N. (1981). *An intellectual history of psychology.* Nueva York: McMillan.

Robinson, D.N. (1997). Therapy as theory and as civics. *Theory & Psychology, 7*, 675-681.

Rohner, R.P. (1984). Toward a conception of culture for cross-cultural psychology. *Journal of Cross-cultural Psychology, 15*, 111-138.

Rychlak, J. F. (2003). *The human image in postmodern America*. Washington: APA.

Sampson, E.E. (1977). Psychology and the american ideal. *Journal of Personality and Social Psychology, 35,* 767-782.

Sampson, E.E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American Psychologist, 36,* 730-743.

Schirrmacher, F. (2014). *Ego. Las trampas del juego capitalista*. Barcelona, España: Ariel. (Original alemán de 2013).

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., et al. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 238-261. doi: 10.1002/cpp.362

Seoane, J. (2005). Hacia una biografía del self. *Boletín de Psicología*, *85*, 41-87.

Smith, R. (1997). *The Norton history of the human sciences*. Nueva York: Norton.

Spence, D.P. (1990). Theories of the mind: Science or literature? *Poetics Today, 11*, 329-347.

Steel, C. & Smith, B. (2013). CBT for psychosis: An introduction. En C. Steel (Ed.), *CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions* (pp. 4-12). Nueva York: Wiley.

Throop, E. (2009). *Psychotherapy, American culture and social policy. Immoral individualism*. Nueva York: Palgrave.

Toukmanian, S.G. & Brouwers, M.C. (1998). Cultural aspects of self-disclosure and psychotherapy. En S.S. Kazarian & D.R. Evans (Eds.), *Cultural clinical psychology. Theory, research and practice* (pp. 106-124). Nueva York. Oxford University Press.

Triandis, H.C. (1995). *Individualism and collectivism.* Boulder: Westview.

Turkington, D. (2009). Voices. En D. Turkington, et al. (Eds.), *Back to life, back to normality. Cognitive therapy, recovery and psychosis* (pp. 61-78). Cambridge: Cambridge University Press.

Wampold, B.E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied & Preventive Psychology, 10*, 69-86. doi: 10.1017/S0962-1849(02)01001-6

Watts, A. (1961). *Psychotherapy east and west*. Nueva York: Pantheon Books.

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. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Press. (Edición en castellano, DDB).

# EVALUACIÓN DEL CAMBIO DEL CONTENIDO DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE UNA MUESTRA DE PERSONAS CON DEPRESIÓN QUE HA PASADO POR UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

## THE CHANGE OF PERSONAL CONSTRUCTS IN PEOPLE WITH DEPRESSION ALONG THE THERAPEUTIC PROCESS

**Beatriz González Arranz**
Facultad de Psicología; Universidad de Salamanca, Salamanca, España

**Luis Angel Saúl**
Facultad de Psicología. UNED, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González Arranz, B. y Saúl, L.A. (2017). Evaluación del cambio del contenido de los constructos personales de una muestra de personas con depresión que ha pasado por un proceso psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 295-316.

## Resumen

*El propósito de este estudio es realizar un análisis del contenido de los constructos personales, evaluados con la Técnica de Rejilla (TR), en personas con depresión (PD). Mediante la categorización de los constructos a través del Sistema de Categorías de Constructos Personales (SCCP), los resultados de un primer estudio indican que los aspectos emocionales son especialmente notorios para las PD. Con el objetivo de conocer el papel que la dimensión afectiva está desempeñando en el mantenimiento de la problemática depresiva se realiza un estudio longitudinal que nos permite explorar en qué medida estos constructos se modifican como resultado de un proceso terapéutico, y se realiza una comparación con una muestra no clínica (NC). Los principales resultados de este estudio muestran que no se producen cambios significativos entre la evaluación anterior y posterior al proceso terapéutico; sin embargo, si existen diferencias significativas entre la evaluación posterior al proceso terapéutico y el grupo NC. Concluimos, que la focalización de las PD en la dimensión afectiva, no parece desempeñar un papel muy relevante en el mantenimiento de la sintomatología depresiva, aunque sí se trataría de un estilo cognitivo que predispone a expresar este tipo de sintomatología.*

Palabras clave: *trastornos depresivos, técnica de la rejilla, constructos personales, análisis de contenido, sistema de categorías, evaluación del cambio.*

## Abstract

*The purpose of this study is to carry an analysis of the content of the personal constructs, evaluated with the Repertory Grid technique (TR), in people with depression (PD). Using the classification system for personal constructs (SCCP), the results of a first study show that the emotional issues are especially evident for PD. With the aim of knowing the role that affective dimension plays on the maintenance of the depressive difficulties, a longitudinal survey is performed in order to explore in which way these constructs are modified as a result of a therapeutical process; and a comparison is made with a non-clinical sample (NC).The main results of this study show that there haven't been significant changes between the evaluation made before and after the therapeutical process; however, yet there are significant differences between the evaluation following the therapeutical process and the NC group. We conclude, that the focus PD put on the affective dimension, does not seem to play a very relevant role in the maintenance of the depressive symptomatology, although it could be a cognitive style that predisposes oneself to express this kind of symptomatology.*

Keywords: *depressive disorders, repertory grid technique, personal constructs, content analysis, classification system for personal constructs, assessment of change.*

Fecha de recepción: 21-04-2017. Fecha de aceptación V1: 05/06/2017. Fecha de aceptación V2: 15/06/2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: beatrizgonzalezarranz@gmail.com
Dirección postal: Beatriz González Arranz. C/ Hortelanos, 3, 37003 Salamanca, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

## 1. INTRODUCCIÓN

El esfuerzo de los investigadores constructivistas por entender los procesos de formación de significado ha centrado sus métodos de evaluación en procedimientos como la Técnica de la Rejilla (TR) de Kelly (1955/1991a), que permite explorar tanto la red de constructos personales que la persona utiliza, como su estructura y contenido (Neimeyer, 1996). El método utilizado en el análisis de contenido consiste en recoger los constructos de cada rejilla y agruparlos por similitud, utilizando un determinado modelo de codificación, riguroso y transparente, que permita su replicabilidad. Para este fin, Feixas, Geldschläger, Carmona y Neimeyer, (2002) desarrollaron un Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP), formado por cuarenta y cinco categorías de contenido que están estructuradas jerárquicamente en seis áreas básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual/operacional y de valores/intereses.

A través del SCCP, podemos analizar cuáles son las áreas temáticas de los constructos elicitados, es decir, agrupar los constructos por áreas y detectar cuáles son las más predominantes y cuáles son más deficitarias. La presencia de varios constructos con un mismo contenido temático nos va a indicar cuáles son las áreas del sistema de construcción del cliente con un mayor grado de estructura y relevancia personal. Este procedimiento se puede llevar a cabo tanto a nivel individual como grupal, poniendo a prueba hipótesis relacionadas con el tipo de contenido predominante en distintos grupos de sujetos e identificando áreas carentes de constructos.

Varias investigaciones han tenido como objetivo el estudio de los contenidos predominantes de los constructos personales en determinadas poblaciones clínicas. De tal manera, que la asociación entre las dificultades que presentan los clientes y el contenido de su sistema de constructos ha sido ya señalada. Por ejemplo, los estudios de Glantz, Burr y Bosse (1981) muestran que los alcohólicos se caracterizan por la falta de constructos interpersonales y emocionales, los estudios de Fransella (1972) encontraron que los tartamudos utilizaban más constructos concernientes a la interacción social, o los estudios de Sperlinger (1976) señalaron que las personas con depresión (PD) utilizaban más constructos relativos a la autosuficiencia; lo cual fue también confirmado por Caine, Wijesinghe y Winter (1981). Una de las áreas en las que se han concentrado bastantes estudios ha sido el área emocional. Así, por ejemplo, se ha encontrado que las personas diagnosticadas de esquizofrenia utilizan menos constructos emocionales (Gara, Rosenberg, y Mueller, 1989); mientras que en PD la frecuencia de constructos emocionales es mayor (Montesano, Feixas y Varlotta, 2009; Silverman, 1977).

Algunos de estos resultados se han relacionado con la teoría o visión de que los individuos elaboran los sistemas de constructos en las áreas problemáticas en las que se presentan dificultades particulares, esto se refleja en el extenso número de constructos que disponen dentro de esta área, cuando se comparan con otros miembros de su cultura (Sperlinger, 1976). Éste es el caso por ejemplo de las PD,

con un mayor porcentaje de constructos en el área emocional (Silverman, 1977). La explicación de esas investigaciones sugiere que el área problemática es primaria y los individuos elaboran su sistema de constructos en esa área. Estas características del sistema de constructos del cliente pueden determinar los síntomas que presenta, así como su persistencia. De tal modo que la persona expresa su dolor o angustia de un modo u otro, en función del área predominante en su sistema de constructos (Winter, 1992). Dicho de otro modo, el cliente elige sus síntomas en concordancia con su posición personal hacia el mundo (Smail, 1978).

Sin embargo, otros autores, como E. Button (1985) se cuestionan la dirección que se establece en esta asociación entre los síntomas y el contenido de los constructos personales. Button se preguntaba si los altos niveles de construcción emocional detectados por Silverman (1977) representan un estilo cognitivo que predispone a ciertos individuos a sufrir depresión, o si este estilo se desarrolla con los síntomas depresivos. Según este autor, la respuesta a esta pregunta necesitaría de estudios longitudinales.

Por otro lado, no queda claramente definido, si es el escaso o el alto porcentaje de constructos en un área determinada, lo que se asocia a un determinado grupo de población clínica. Como sabemos, una alta disponibilidad de constructos afectivos facilita la diferenciación de experiencias emocionales, y este subsistema sería un instrumento útil para protegerse de estados emocionales depresivos; sin embargo, la depresión se ha caracterizado por un mayor número de constructos emocionales, lo cual resulta extraño, ya que es concretamente en esta área donde presentan una de sus mayores dificultades.

El presente estudio propone ampliar la investigación sobre los contenidos cognitivos, entendidos como constructos personales, de PD sin establecer distinciones entre los distintos subtipos diagnósticos, ya que investigaciones anteriores muestran un patrón bastante uniforme entre ellos (Montesano, Feixas y Varlotta, 2009). Para ello la investigación se divide en dos estudios. En un primer estudio se compara una muestra de PD con una muestra control de población no clínica (NC). Desde este estudio, en concordancia con la Teoría de los Constructos Personales (TCP) hipotetizamos que el contenido del sistema de construcción de las PD presentarán mayor frecuencia de constructos de tipo emocional en comparación con la muestra NC. En un segundo estudio se analizan los cambios en el contenido del sistema de constructos de la muestra de PD tras finalizar un proceso terapéutico, hipotetizando que obtendremos un sistema de constructos más similar al de la muestra NC, reduciéndose el porcentaje de constructos de tipo emocional.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

La muestra del primer estudio consta de 86 participantes, divididas en dos grupos: muestra clínica y grupo control. La muestra clínica consta de 43 participantes diagnosticados como trastornos depresivos según el DSM-IV (APA, 1994/1995). Esta muestra clínica (PD) está formada por 37 mujeres (86.05%) y 6 hombres (13.95%), entre los 18 y 38 años, con una media de 24 años de edad y una desviación típica de 4.53. El grupo control (NC) está compuesto por 43 participantes, estudiantes de psicología de la Universidad de Salamanca, concretamente 37 mujeres (86.04%) y 6 hombres (13.95%), con edades comprendidas entre los 20 y 25 años, con una media de edad de 22 años y una desviación típica de 1.15. Se excluyeron de este grupo aquellas personas que presentaban sintomatología depresiva o ansiedad, en base a los resultados de los instrumentos de evaluación utilizados (véase apartado 2.2)

En una segunda parte de este estudio (Estudio 2), se lleva a cabo un estudio longitudinal donde se compara el contenido de los constructos personales de las PD antes y después de un proceso terapéutico. El proceso terapéutico se realizó en base a un enfoque inspirado en la epistemología constructivista, la Terapia Narrativa, estableciéndose un máximo de 12 sesiones para cada cliente y siendo utilizada una media de seis sesiones. A través de este enfoque, el terapeuta utiliza el lenguaje como vehículo para la construcción de significados alternativos, ayuda a crear nuevas narrativas, interpretaciones, que harán posibles nuevos cursos de acción (Rodríguez & Beyeback, 1997; White, 1994).

Colaboran en este estudio 21 participantes, 18 mujeres (85.71%) y tres hombres (14.29%), entre los 18 y 38 años, con una media de 23 años y una desviación típica de 4.26. Esta muestra es seleccionada de la muestra del primer estudio, concretamente se seleccionan aquellos que han finalizado un proceso terapéutico. Se utiliza también un grupo control (NC) que permite un análisis transversal de comparación entre grupos. La muestra control está constituida por 21 participantes, seleccionados aleatoriamente de la muestra del primer estudio, concretamente 18 mujeres (85.71%) y tres hombres (14.29%), con edades comprendidas entre los 20 y 24 años, con una media de 22 años y una desviación típica de 1.09.

### 2.2. Instrumentos y medidas

Entre los instrumentos de evaluación utilizados para llevar a cabo este estudio se encuentran, la Técnica de la Rejilla de Kelly (1955/1991a) y dos cuestionarios de evaluación de sintomatología: La adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI-II; original de Beck et al., 1961; adaptación española de Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970/1982). Los resultados de

estos cuestionarios nos ayudarían a excluir de la muestra de población no clínica a aquellas personas que presentasen sintomatología depresiva o de ansiedad, ya que esta sintomatología sesgaría la comparación de nuestros resultados.

Respecto a la TR, se ha utilizado una "rejilla interpersonal", donde los constructos son elicitados por el propio cliente y los elementos se establecen con ayuda del terapeuta. Como elementos se propone al sujeto utilizar una lista de roles que incluyen personas significativas en su vida (por ejemplo, padre, madre, hermanos, pareja) incluyéndose a sí mismo (yo actual) y algunas figuras de contraste, como por ejemplo, una persona non grata para él, o dividir el elemento "yo" en varios aspectos posibles por ejemplo, "yo ideal". Destacar que en el estudio longitudinal, los constructos se elicitaron nuevamente en la evaluación posterior al proceso terapéutico.

Para la codificación de los constructos personales derivados de la Técnica de la Rejilla se ha utilizado el SCCP (Feixas et al., 2002). Este sistema de categorías ha sido utilizado como variable cualitativa con seis niveles correspondientes a sus seis áreas temáticas. Para clasificar un constructo siempre se ha tenido en cuenta el significado global que transmiten las etiquetas empleadas para describir cada uno de sus polos, de tal manera que la etiqueta del segundo polo matiza y concreta el significado trasmitido por la etiqueta del polo emergente. Sin embargo, se ha incluido también la posibilidad de una doble codificación para constructos cuyos polos se clasificarían en categorías diferentes y que no permiten la deducción de un significado conjunto correspondiente a una única categoría.

La variable dependiente de este estudio en sus dos diseños (longitudinal y transversal) es una variable cuantitativa, referida a la frecuencia de constructos obtenidos en cada rejilla y en relación a cada una de las áreas y subcategorías del SCCP. Otra variable cuantitativa utilizada es la relacionada con las puntuaciones que se obtienen como resultado en los cuestionarios empleados como evaluación sintomática. Como variables independientes se han utilizado, el grupo de procedencia de la muestra (como variable cualitativa, nominal) y el sistema de categorías SCCP, asignando un número y una letra a sus diferentes áreas y subcategorías (variable cualitativa, nominal).

### 2.3 Procedimiento y Análisis de datos

Los constructos de cada rejilla han sido codificados tanto por el investigador principal como por cuatro jueces utilizando el SCCP. Los jueces son psicólogos que recibieron un entrenamiento sobre el proceso de codificación con el SCCP, y codificaron independientemente la muestra de constructos utilizada en el estudio (1553 constructos). El entrenamiento consistió en un curso presencial de 4 horas que fue realizado de forma grupal. La puesta en común de la codificación hizo constar la dificultad que cada uno de ellos había observado respecto a la codificación de algunos constructos en base al sistema de categorías utilizado, proponiendo llegar a un consenso grupal respecto a algunas modificaciones de este sistema de

categorías que facilitasen la clasificación de los constructos. Hemos de hacer hincapié en que la decisión de modificar el sistema de categorías no fue tomada con el objetivo de mejorar la fiabilidad de nuestro estudio, ni tampoco con el objetivo de modificar un instrumento que ya ha demostrado su validez y fiabilidad; se trata más bien, de cambios que facilitan el manejo de un instrumento de gran utilidad para la investigación. Las modificaciones incluyen el cambio de la categoría 1H (responsable-irresponsable), del área moral al área personal (4I); se definen nuevos constructos en las categorías del área emocional, constructos comúnmente utilizados y cuya asignación no quedaba claramente establecida; se incorpora el constructo divertida-aburrida en la categoría 3B; el cambio de la categoría 5D (concentrada-dispersa), del área Intelectual/operacional al área personal 4D (ordenada-caótica). En el Anexo 1 se presenta el SCCP con las respectivas modificaciones.

La codificación de estos jueces se ha empleado además para determinar la fiabilidad del estudio. Se analizaron las correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez en cada uno de los grupos de estudio, obteniendo resultados que reflejan un mayor acuerdo de codificación tras la modificación del sistema de categorías. Posteriormente se utilizó el índice de concordancia Kappa para detectar y medir el sesgo entre observadores según los márgenes propuestos por Landis y Koch (1977). Este índice se calculó en cada uno de los polos de los constructos y tanto por áreas del SCCP como por categorías, teniendo en cuenta la posibilidad de codificarlos de forma independiente. Los resultados de este índice reflejan muy buen nivel de acuerdo tanto en el Estudio 1 como en el Estudio 2, con valores Kappa superiores a 0.7 (véase Tabla 1) y con valores superiores en la segunda codificación (referida a la codificación que se realiza una vez modificado el sistema de categorías), por esta razón los resultados que se mostrarán corresponden a esta segunda codificación, utilizando dichas modificaciones del SCCP.

Los resultados fueron sometidos a varios análisis. En primer lugar, se comparó el número de constructos de los distintos grupos de estudio. En el Estudio 1, la muestra total de constructos fue de 1232, concretamente la muestra clínica (un total de 655 constructos y una media de 15.23 constructos por participante) presentó un número significativamente mayor de constructos que el de la muestra no clínica (577 constructos en total y una media de 13.42 constructos por participante), $t$ (84) = 3.985, $p$ = .000. En el Estudio 2, la muestra total de constructos fue de 916, no encontrándose diferencias significativas entre la primera evaluación de la población clínica (325 constructos en total y una media de 15.48 constructos por participante) y la segunda evaluación, posterior al proceso terapéutico (321 constructos en total y una media de 15.29 constructos por participante), $z$ = -0.483, $p$ = .629. Sin embargo, tanto la primera evaluación, como la segunda evaluación, posterior al proceso terapéutico, presentó un número significativamente mayor de constructos que la muestra de población no clínica (270 constructos en total y una media de 12.86 constructos por participante), $z$ = -3.864, $p$ = .000; $z$ = -3.970, $p$ = .000.

**Tabla 1.** ***Índices de concordancia Kappa inferiores en cada uno de los grupos de estudio***

| | | | | Primera codificación | Segunda codificación |
|---|---|---|---|---|---|
| ESTUDIO 1 | Muestra clínica | Por áreas | Polo 1 | .78 | .95 |
| | | | Polo 2 | .79 | .95 |
| | | Por categorías | Polo 1 | .79 | .94 |
| | | | Polo 2 | .79 | .94 |
| | Muestra no clínica | Por áreas | Polo 1 | .78 | .97 |
| | | | Polo 2 | .77 | .97 |
| | | Por categorías | Polo 1 | .78 | .97 |
| | | | Polo 2 | .78 | .97 |
| ESTUDIO 2 | Primera evaluación (Pre) | Por áreas | Polo 1 | .80 | .96 |
| | | | Polo 2 | .82 | .96 |
| | | Por categorías | Polo 1 | .82 | .95 |
| | | | Polo 2 | .83 | .95 |
| | Segunda evaluación (Post) | Por áreas | Polo 1 | .76 | .96 |
| | | | Polo 2 | .76 | .96 |
| | | Por categorías | Polo 1 | .75 | .95 |
| | | | Polo 2 | .74 | .94 |

Posteriormente, con la finalidad de contrastar si los grupos de estudio se diferencian entre sí con respecto a la distribución del contenido de los constructos en las áreas del SCCP, se realizó un análisis de tablas de contingencia, prueba chi-cuadrado, efectuando en caso necesario la corrección de Yates.

Para la evaluación longitudinal de la sintomatología se realizó un contraste de medias respecto a los resultados de cada cuestionario mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas. Finalmente, se analizó la relevancia de las diferencias encontradas en sintomatolotogía entre los distintos grupos de muestra, mediante un análisis sobre la Magnitud del Efecto (ME) (Cohen, 1988), según la siguiente fórmula:

$$ME = \bar{X}_1 - \bar{X}_2 \,/\text{dt promediada; donde dt}_{\text{promediada}} = \sqrt{[(\text{dt } 1^2 + \text{dt } 2^2) / 2]}$$

## 3. RESULTADOS

Los resultados de la codificación de los constructos señalan como área más codificada en las PD, el área emocional; sin embargo, en la muestra NC, se obtiene un mayor porcentaje de constructos en el área relacional (véase frecuencias en Tabla 2). Los resultados de los análisis indican diferencias significativas entre ambos grupos; $\chi^2$ (5, 1281) = 24.634, $p$ = .000. Atendiendo al valor de los residuos corregidos (RC) que se muestran en la Tabla 2 para conocer las áreas concretas a las que se debe tal diferencia, se pueden obtener las siguientes consideraciones: a)

La máxima diferencia en la distribución del contenido de los constructos (DCC) se encuentra en el área emocional, siendo las PD las que presentan un mayor porcentaje de constructos en esta área. b) Son también significativas las diferencias encontradas en el área de valores e intereses, siendo igualmente la muestra PD la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta área. c) En cambio, la muestra NC presenta un número mayor de constructos de tipo moral. d) No se encontraron diferencias significativas en el uso de constructos de tipo relacional.

**Tabla 2.** ***Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos***

| | | Area | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Moral | Emocional | Relacional | Personal | Intelectual, operacional | Valores e intereses | Total |
| **Depresión** | Fr. | 115 | 185 | 175 | 151 | 26 | 37 | 689 |
| | Fr. | 132.9 | 160.3 | 189.3 | 148.4 | 30.7 | 27.4 | 689 |
| | % de Área | 46.6% | 62.1% | 49.7% | 54.7% | 45.6% | 72.5% | 53,80% |
| | R. C. | -2.5 | **3.3** | -1.8 | .3 | -1.3 | **2.7** | |
| **No clínica** | Fr. | 132 | 113 | 177 | 125 | 31 | 14 | 592 |
| | Fr. | 114.1 | 137.7 | 162.7 | 127.6 | 26.3 | 23.6 | 592 |
| | % de Área | 53.4% | 37.9% | 50.3% | 45.3% | 54.4% | 27.5% | 46,20% |
| | R. C. | **2.5** | -3.3 | 1.8 | -.3 | 1.3 | -2.7 | |
| **Total** | Recuento | 247 | 298 | 352 | 276 | 57 | 51 | 1281 |

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Con la finalidad de contrastar las categorías de contenido dentro de las distintas áreas temáticas y realizar un examen más detallado de las diferencias entre la muestra PD y NC, se efectúan pruebas $\chi^2$ (ji-cuadrado) entre la distribución del contenido de los constructos que los dos grupos mostraron en las categorías intra-área. De estos resultados se desprende que sólo el área relacional obtiene patrones diferenciales significativos a lo largo de sus categorías; $\chi^2(9, 352) = 22.21, p = .008$. La mayor diferencia se encuentra en la categoría 3B (agradable-desagradable), siendo la muestra NC la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta categoría. Le siguen las diferencias encontradas en la categoría 3F (dependiente-independiente) y posteriormente 3E (conformista-rebelde), siendo las PD quienes presentan mayores porcentajes en estas categorías (véase Tabla 3).

**Tabla 3.** ***Frecuencia de constructos, porcentaje por categorías y residuos corregidos del área relacional***

| | | Categorías | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **3A** Extrovertida Introvertida | **3B** Agradable Desagradable | **3C** Directa Retorcida | **3D** Tolerante Autoritaria | **3E** Conformista Rebelde | **3F** Dependiente Independiente | **3G** Pacífica Agresiva | **3H** Comprensiva Autoritaria | **3I** Confiada Suspicaz | 3O Otros | **Total** |
| **Depresión** | Fr. | 55 | 36 | 5 | 18 | 11 | 22 | 4 | 16 | 6 | 2 | 175 |
| | Fr. esperada | 51.7 | 50.2 | 5.0 | 14.9 | 7.5 | 14.9 | 3.0 | 18.9 | 7.5 | 1.5 | 175.0 |
| | % | 52.9 | 35.6 | 50 | 60 | 73.3 | 73.3 | 66.7 | 42.1 | 40 | 66.7 | 49.7 |
| | R. C. | .8 | -3.3 | .0 | 1.2 | **1.9** | **2.7** | .8 | -1.0 | -.8 | .6 | |
| **No clínica** | Fr. | 49 | 65 | 5 | 12 | 4 | 8 | 2 | 22 | 9 | 1 | 177 |
| | Fr. esperada | 52.3 | 50.8 | 5.0 | 15.1 | 7.5 | 15.1 | 3.0 | 19.1 | 7.5 | 1.5 | 177.0 |
| | % | 47.1 | 64.4 | 50 | 40 | 26.7 | 26.7 | 33 | 57.9 | 60 | 33.3 | 50.3 |
| | R. C. | -.8 | **3.3** | .0 | -1.2 | -1.9 | -2.7 | -.8 | 1.0 | .8 | -.6 | |
| **Total** | Recuento | 104 | 101 | 10 | 30 | 15 | 30 | 6 | 38 | 15 | 3 | 352 |

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Respecto al estudio longitudinal (Estudio 2), los resultados de las pruebas de evaluación sintomática (véase Tabla 4) confirman que se ha producido una reducción de sintomatología tras el proceso terapéutico, obteniéndose diferencias significativas y de gran magnitud en cada uno de los cuestionarios (véase Tabla 5).

**Tabla 4.** ***Resultados de las pruebas de evaluación sintomática en PD***

| | 1ª Evaluación (Pre) | | | 2ª Evaluación (Post) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **BDI** | **STAI (E)** | **STAI (R)** | **BDI** | **STAI (E)** | **STAI (R)** |
| **Media** | 20.86 | 72.05 | 83.57 | 6.43 | 39.71 | 51.57 |
| **Desviación típica** | 9.921 | 17.446 | 23.886 | 5.134 | 22.874 | 35.447 |

**Tabla 5.** ***Contraste de medias y magnitud del efecto respecto a los resultados de los cuestionarios***

| Clínica 1ª evaluación (pre) – Clínica 2ª evaluación (post) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Contraste de medias** | | **Magnitud del efecto** | |
| | Estadístico de contraste | Significación | dt promedio | ME |
| BDI | $z$ = -3.930 | $p$ = .000 | 7.898 | 1.82 |
| STAI (Estado) | $z$ = -3.642 | $p$ = .000 | 20.341 | 1.589 |
| STAI (Rasgo) | $z$ = -3.511 | $p$ = .000 | 30.224 | 1.058 |

Los resultados de la codificación señalan cómo el área más codificada para las PD en su primera evaluación, es el área emocional, mientras que en la evaluación posterior al proceso terapéutico, el área más codificada es el área personal (véase Tabla 6). Sin embargo, los resultados de los análisis indican que no existen diferencias significativas $\chi^2$ (5, 677) = 1.327, $p$ = .932 entre ambas evaluaciones. Tampoco en los análisis de las categorías dentro de cada área temática se obtienen patrones diferenciales significativos.

**Tabla 6.** ***Resumen de los porcentajes de resultados del investigador principal y los jueces***

| | Investigador | | Juez 1 | | Juez 2 | | Juez 3 | | Juez 4 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primera Evaluación (Pre-) | Segunda Evaluación (Post-) | Primera Evaluación (Pre-) | Segunda Evaluación (Post-) | Primera Evaluación (Pre-) | Segunda Evaluación (Post-) | Primera Evaluación (Pre-) | Segunda Evaluación (Post-) | Primera Evaluación (Pre-) | Segunda Evaluación (Post-) |
| A. Moral | 17.44 | 18.32 | 17.15 | 18.02 | 17.39 | 18.02 | 17.60 | 18.24 | 17.29 | 18.37 |
| A. Emocional | **26.74** | 23.72 | **26.74** | 24.02 | **26.96** | 23.42 | **26.10** | 23.71 | **26.80** | 24.10 |
| A. Relacional | 24.42 | 23.72 | 24.42 | 23.72 | 24.06 | 24.02 | 24.63 | 23.40 | 24.21 | 22.59 |
| A. Personal | 22.09 | **24.92** | 22.09 | **24.92** | 22.03 | **25.23** | 22.29 | **25.84** | 22.19 | **26.20** |
| A. Intelectual operacional | 3.20 | 3.00 | 3.49 | 3.30 | 3.19 | 3.00 | 3.23 | 3.04 | 3.46 | 3.01 |
| A. Valores e intereses | 6.10 | 6.31 | 6.10 | 6.01 | 6.38 | 6.31 | 6.16 | 5.78 | 6.05 | 5.72 |

Comparamos los resultados obtenidos en la muestra de PD que han finalizado un proceso terapéutico y un grupo de población NC, con el objetivo de comprobar si existen diferencias en sus contenidos de construcción. Los resultados de estos análisis indican que existen diferencias significativas $\chi^2(5, 612) = 12.343$, $p = .030$. Estas diferencias se encuentran en el área relacional y el área de valores e intereses (véase Tabla 7). La muestra NC presenta un mayor número de constructos de tipo relacional en comparación con las PD evaluadas después del proceso terapéutico, y éstas presentan un mayor número de constructos en relación al área de valores e intereses en comparación con la muestra NC. No obstante; no se encuentran diferencias significativas en ninguna de las categorías intra-área.

**Tabla 7.** ***Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos***

| | | Áreas | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Moral | Emocional | Relacional | Personal | Intelectual/ operacional | Valores e Intereses | Total |
| Clínica/ 2ª Evaluación | Fr. | 61 | 79 | 79 | 83 | 10 | 21 | 333 |
| | Fr. esperada | 67.5 | 70.7 | 89.8 | 76.7 | 12.5 | 15.8 | |
| | % | 49.2% | 60.8% | 47.9% | 58.9% | 43.5% | 72.4% | |
| | R. C. | -1.3 | 1.6 | -2.0 | 1.2 | -1.1 | **2.0** | |
| No clínica | Fr. | 63 | 51 | 86 | 58 | 13 | 8 | 279 |
| | Fr. esperada | 56.5 | 59.3 | 75.2 | 64.3 | 10.5 | 13.2 | |
| | % | 50.8% | 39.2% | 52.1% | 41.1% | 56.5% | 27.6% | |
| | R. C. | 1.3 | -1.6 | **2.0** | -1.2 | 1.1 | -2.0 | |
| Total | Recuento | 124 | 130 | 165 | 141 | 23 | 29 | 612 |

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

## 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El alto porcentaje de constructos emocionales hallado en las PD concuerda con los resultados de Silverman (1977) y de Montesano et al. (2009). Evidentemente hay una focalización de la actividad psicológica de las PD en la dimensión afectiva de la experiencia. Sin embargo; los estudios no permitían establecer líneas causales sobre el papel que este patrón de contenido jugaba en la génesis o mantenimiento de la problemática depresiva. Igualmente, tampoco se había analizado si este estilo cognitivo característico se desarrolla con los síntomas o si bien se trata de un estilo cognitivo que predispone a la depresión.

Obviamente, la gran disponibilidad de constructos afectivos facilita la diferenciación de experiencias emocionales, hace más posibles las anticipaciones, o lo que es lo mismo, les ayuda a predecir y organizar esas situaciones; por esta razón, resulta extraño que la depresión se haya caracterizado por un mayor número de constructos

emocionales, ya que es precisamente en el área emocional, donde presentan sus mayores dificultades. No obstante, el que las PD muestren un gran número de constructos emocionales no implica que este subsistema esté elaborado de forma óptima. De hecho, la construcción predominante de la experiencia en términos emocionales rígidos puede considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales (Silverman, 1977).

En base a los resultados de este estudio, si comparamos una muestra de PD con respecto a un grupo de población NC, vemos como la depresión, no sólo se caracteriza por un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional, sino también por un mayor porcentaje en el área de valores e intereses y un menor porcentaje de constructos de tipo moral. Sin embargo, los resultados del estudio longitudinal sugieren conclusiones diferentes. Si comparamos el patrón de contenido de las PD antes y después de un proceso terapéutico, no encontramos diferencias significativas entre ambas evaluaciones; pero sí se encuentran diferencias significativas entre la evaluación posterior al proceso terapéutico y el grupo de población NC. A partir de este resultado concluimos que no podemos caracterizar la depresión por un escaso porcentaje de constructos de tipo moral, ya que no podemos comparar este grupo de población clínica con un grupo de población NC, con respecto al cual se obtienen patrones diferenciales significativos incluso después de haber finalizado un proceso terapéutico. A nivel clínico, tendría mucho más sentido caracterizar la depresión, por aquello que la diferencia con respecto a aquellos que fueron diagnosticados de depresión, pero que ya han finalizado el proceso terapéutico. Sin embargo, los cambios en la sintomatología tras finalizar un proceso terapéutico, no llevan asociados cambios significativos en el contenido de los constructos personales; por tanto, la focalización de las PD en la dimensión afectiva, parece desempeñar un papel relevante en la génesis de la problemática depresiva, aunque no en su mantenimiento. En cualquier caso, se pueden abrir distintas hipótesis explicativas que den paso a nuevas investigaciones.

De acuerdo con Smail (1978) y Winter (1992) podríamos estar ante un estilo cognitivo que predispone a expresar un tipo de sintomatología. El patrón que caracteriza a la depresión determina la forma que el cliente elige para expresar su dolor o angustia; de tal modo que elige sus síntomas en concordancia con su posición hacia el mundo; pero este patrón no determina el mantenimiento de esta sintomatología. A nivel clínico estas conclusiones proporcionan una información muy valiosa para la comprensión del cliente, permite dar coherencia al contenido temático de sus narrativas cargadas de experiencias emocionales y puede variar el foco terapéutico de quienes hipotetizaban la relevancia de este patrón en el mantenimiento de la problemática depresiva, generando una dinámica relacional donde la simetría inestable deje de tener sentido y quepan, sin necesidad de provocar malestar (en el terapeuta y en el cliente), diferentes estilos de expresión emocional.

De nuestros resultados, podríamos aventurarnos a ofrecer una hipótesis de trabajo sobre las PD y el efecto de la psicoterapia, que señalaría que las PD se

caracterizan por un alto contenido de constructos de tipo emocional y por un bajo contenido de constructos de tipo personal, y que la psicoterapia, ofrece unos resultados más inmediatos en la reducción de la sintomatolocía, que en el cambio en los contenidos de los significados dominantes. El cambio en esos contendidos no es tan evidente y de producirse iría más en la dirección del aumento de constructos del área personal, que en la disminución de los constructos del área emocional. De hecho, seleccionando tres de los casos más exitosos (con una mayor reducción de la sintomatología depresiva), observamos como en todos ellos se produjo un aumento de los constructos del área personal; sin embargo, sólo en uno de ellos se produjo una reducción de los constructos emocionales. El área emocional parece de nuevo crear dudas. Serían necesarios más estudios para seguir profundizando en esta cuestión, así como estudios longitudinales más extensos que determinen qué sucede con el sistema de contenidos de los constructos personales a lo largo del tiempo. Cuestiones éstas que quedan abiertas para futuros estudios que serán de gran relevancia tanto para la investigación como para la clínica.

## 5. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

Las principales limitaciones de este estudio están relacionadas con la muestra; en primer lugar, se trata de una muestra con una edad muy joven y de reducido tamaño, lo cual podría crear dudas respecto a la generalización de los resultados. Tampoco se pueden obviar las diferencias significativas encontradas entre la muestra de PD y la NC en relación al número de constructos elicitados; y por último, la ausencia de categorías diagnósticas de depresión en la muestra de PD pueden estar restándonos información sobre el comportamiento diferencial de esas categorías.

Se considera también una limitación, la falta de un seguimiento posterior en la muestra. Respecto a la muestra de PD, sería de gran interés saber qué ocurre después, ¿volverán estas personas a desarrollar una sintomatología depresiva?; y en relación a la NC, hubiera sido una medida de control del efecto del tiempo y de la aplicación continuada de la rejilla.

### Referencias bibliográficas

American Psychological Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona, España: Toray-Masson. (Trabajo original publicado en 1994).

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Button, E. (1985). *Personal construct theory and mental health.* Londres, Reino Unido: Croom Helm.

Caine, T. M., Wijesinghe, O. B. A., y Winter, D. A. (1981). *Personal styles in neurosis: Implications for small group psychotherapy and behaviour therapy.* Londres, Reino Unido: Routledge and Kegan Paul.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences.* Nueva York: Academic Press.

Conde V., y Useros E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, 12*, 217-236.

Feixas, G., Geldschläger, H., y Neimeyer, R. A. (2002). Content analysis of personal constructs. *Journal of Constructivist Psychology, 15*, 1-19.

Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction.* Londres, Reino Unido: Academic Press.

Gara, M. A., Rosenberg, S., y Mueller, D. R. (1989). Perception of self and others in schizophrenia. *International Journal of Personal Construct Psychology, 2*, 253-70.

Glantz, M., Burr, W., y Bosse, R. (1981). *Constructs used by alcoholics, non-psychotic out-patients and normals.* Paper presented at 4th International Congress on Personal Construct Psychology, St. Catharines, Ontario.

González, B. (2012). *El cambio del contenido de los constructos personales a lo largo del proceso terapéutico* (Tesis doctoral no publicada), Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

Kelly, G. A. (1991a). *The psychology of personal constructs. Volume one: Theory and personality.* Londres: Routledge. (Trabajo original publicado en 1955)

Landis, J. R., y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.

Montesano, A., Feixas, G., y Varlotta, N (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental, 32*, 371-379.

Neimeyer, G. J. (1996). *Evaluación constructivista.* Barcelona, España: Paidós.

Rodríguez Morejón, A., y Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar, 34,* 39-56.

Sanz, J., Perdigón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14(3),* 249-280.

Silverman, G. (1977). Aspects of intensity of affective constructs in depressed patients. *British Journal of Psychiatry, 130,* 174-6.

Smail, D. J. (1978). *Psychotherapy: A personal approach*. Londres: Dent.

Sperlinger, D. (1976). Aspects of stability in the repertory grid. *British Journal of Medical Psychology, 49,* 341-347.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto California: Consulting Psychologist Press (Adapt. Española, TEA, 1982).

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica.* Barcelona, España: Gedisa.

Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications.* Londres, Reino Unido: Routledge.

## Anexo 1. *Sistema de Categorías de Contenido (modificado)*

### Área 1: Moral

Se trata de una valoración que hace el sujeto con respecto al valor moral de la persona descrita o del elemento. Esta valoración supone un juicio acerca de su bondad, generosidad, equidad, o cualquier otra característica de este género. Dentro del área moral distinguimos, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

| | | |
|---|---|---|
| **1A:** | **BUENA** | **MALA** |
| | buen corazón | no merece ser aceptada |
| | buen padre | mal padre |
| **1B:** | **ALTRUISTA** | **EGOÍSTA** |
| | Generosa | va a la suya |
| | Se preocupa por los demás | pasa de los demás |
| | Servicial | despreocupada (de los demás) |
| | Solidaria | no está cuando la necesitan |
| | Desprendida | agarrada |
| | Entregada | |
| | Comprometida | |
| | Se puede contar con ella | |
| **1C:** | **HUMILDE** | **ORGULLOSA** |
| | Sencilla | aires de superioridad |
| | modesta | soberbia |
| **1D:** | **RESPETUOSA** | **JUICIOSA** |
| | Cuidadosa | Despectiva |
| | Educada | Criticona |
| | | Menosprecia |
| | | Mal educada |
| **1E:** | **FIEL** | **INFIEL** |
| | legal | ilegal |
| **1F:** | **SINCERA** | **FALSA** |
| | Auténtica | hipócrita |
| | Honesta | segundas intenciones |
| | ser una misma | mentirosa |
| | clara | |
| **1G:** | **JUSTA** | **INJUSTA** |
| **1O:** | **OTROS** | |
| | Por ejemplo: Cotilla | |

## Área 2: Emocional

Consiste en algún tipo de discriminación con respecto al grado de emocionalidad o sexualidad de la persona descrita, a su actitud emocional ante la vida (p. ej. optimismo), o bien con respecto a emociones específicas. Dentro del área emocional distinguimos, sin orden jerárquico, ocho categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

| | | |
|---|---|---|
| **2A:** | **VISCERAL** | **RACIONAL** |
| | impulsiva | intelectual |
| | espontánea | cerebral |
| | emocionalt | controlada |
| | iene prontos | analítica |
| **2B:** | **CÁLIDA** | **FRÍA** |
| | dulce | dura |
| | cariñosa | áspera |
| | afectiva | amarga |
| | tierna | arisca |
| | cercana | distante |
| | **sensible** | **insensible** |
| | siente las cosas | sin sentimiento |
| | **expresa sentimientos** | **no demuestra afecto** |
| | expresa el cariño | guarda su interior |
| | pasional | |
| | romántica | |
| **2C:** | **OPTIMISTA** | **PESIMISTA** |
| | Vital | Apagada |
| | Ilusionada | Desilusionada |
| | Feliz | Infeliz |
| | Alegre | Triste |
| | Contenta | Seria |
| | Animada | Deprimida |
| | Buen humor | Amargada |
| **2D:** | **EQUILIBRADA** | **DESEQUILIBRADA** |
| | tranquila | nerviosa |
| | relajada | ansiosa |
| | atemperada | sufridora |
| | calmada | neurótica |
| | estable | inestable |
| | | cambios de humor |
| | Paciente | Impaciente |

| | | |
|---|---|---|
| **2E:** | **EMOCIONES CONCRETAS** | |
| | envidiosa | no envidiosa |
| | rencorosa | no rencorosa |
| | satisfecha | |
| **2F:** | **SEXUALIDAD** | |
| | sexual | frígida |
| **2O:** | **OTROS** | |

## Área 3: Relacional

Se trata de todos aquellos aspectos que describen la modalidad de relación con los demás. Aunque en último término todos los constructos pueden afectar las relaciones, esta área se reserva para aquellos que son específicos del ámbito relacional. Dentro del área relacional distinguimos, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

| | | |
|---|---|---|
| **3A:** | **EXTROVERTIDA** | **INTROVERTIDA** |
| | **sociable** | **tímida** |
| | tiene amigos íntimos | retraída |
| | integrada socialmente | solitaria |
| | **comunicativa** | **cerrada** |
| | abierta | reacia a expresar |
| | dialogante | habla poco |
| **3B:** | **AGRADABLE** | **DESAGRADABLE** |
| | simpática | antipática |
| | amable | pesada |
| | encantadora | estúpida |
| | buen carácter | borde |
| | | mal carácter |
| | Divertida | Aburrida |
| | Bromista | |
| | Chistosa | |
| | Graciosa | |
| **3C:** | **DIRECTA** | **RETORCIDA** |
| | sencilla | rebuscada |
| | clara | da rodeos |
| | habla poco, dice mucho | habla mucho, dice poco |
| | | irónica |
| **3D:** | **TOLERANTE** | **AUTORITARIA** |
| | sumisa | dominante |
| | vive su vida y deja vivir | déspota |
| | transigente | manipuladora |

| | | |
|---|---|---|
| | democrática | exigente<br>impone sus criterios |
| **3E:** | **CONFORMISTA** | **REBELDE** |
| | se deja llevar<br>dócil<br>resignada<br>no sabe decir que no | luchador<br>inconformista<br>resistente<br>no se dejan pinchar |
| **3F:** | **DEPENDIENTE** | **INDEPENDIENTE** |
| | busca la plenitud en la pareja<br>necesita ayuda<br>pendiente de aprobación | sabe estar sola<br>no quiere ataduras<br>pasa de la opinión de los demás |
| | **Posesiva**<br>Celosa<br>Controladora | **libertadora** |
| **3G:** | **PACÍFICA** | **AGRESIVA** |
| | no se mete con los demás | peleona<br>conflictiva |
| **3H:** | **COMPRENSIVA** | **NO COMPRENSIVA** |
| | escucha<br>atenta<br>**empática** | no escucha<br>no es capaz de comprender |
| **3I:** | **CONFIADA** | **SUSPICAZ** |
| | Ingenua<br>Inocente | Despierta<br>Precavida |
| **3O:** | **OTROS** | |

## Área 4: Personal

Se refiere a una variedad de características tradicionalmente adscritas al área de la personalidad, carácter o forma de ser, excluyendo aquellas más típicamente morales, relacionales y emocionales que ya han quedado incluidas en áreas anteriores. En el área personal distinguimos, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

| | | |
|---|---|---|
| **4A:** | **FUERTE** | **DÉBIL** |
| | valiente | cobarde<br>vulnerable |
| | **segura**<br>confía en si misma | **insegura**<br>no está segura de sí |
| | **con carácter**<br>carácter fuerte | **sin carácter**<br>carácter débil |

| 4B: | ACTIVA | PASIVA |
|---|---|---|
| | dinámica | estática |
| | vive la vida | no disfruta la vida |
| | sabe divertirse | se pierde cosas |
| | aventurera | sedentaria |
| **4C:** | **TRABAJADORA** | **VAGA** |
| | fuerza de voluntad | cómoda |
| | si quieres algo tienes que pagar por ello | querer que las cosas salgan sin esforzarse |
| | constante | inconstante |
| | exigente | dejada |
| | tenaz | |
| **4D:** | **ORDENADA** | **CAÓTICA** |
| | obsesiva | sin minuciosidad |
| | formal | dejada |
| | quiere hacer las cosas bien | descuidada |
| | perfeccionista | desordenada |
| | disciplinada | distraída |
| | centrada | dispersa |
| | | despistada |
| **4E:** | **DECIDIDA** | **INDECISA** |
| | sabe lo que quiere | no sabe lo que quiere |
| | tiene criterios propios | dubitativa |
| | emprendedora | |
| **4F:** | **FLEXIBLE** | **RÍGIDA** |
| | mentalidad abierta | recta |
| | mente amplia | testaruda |
| | apertura | tozuda |
| | receptiva | |
| **4G:** | **REFLEXIVA** | **SUPERFICIAL** |
| | consciente | inconsciente |
| | profunda | no ve más allá |
| | se cuestiona | acrítica |
| **4H:** | **MADURA** | **INMADURA** |
| | adulta | infantil |
| | | ilusa |
| **4I:** | **RESPONSABLE** | **IRRESPONSABLE** |
| | Seria | pasa de todo |
| | Se toma las cosas en serio | despreocupada |
| | Preocupada | alocada |
| **4O:** | **OTROS** | |
| | Por ejemplo: sana, se cuida, coherente | |

## Área 5: Intelectual/Operacional

Concierne a los aspectos relacionados con toda una variedad de capacidades, habilidades y conocimientos, tanto en el orden intelectual como en el operativo. Dentro del área intelectual/operacional distinguimos, sin orden jerárquico, ocho categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

| | | |
|---|---|---|
| **5A:** | **CAPAZ** | **INCAPAZ** |
| | hábil | torpe |
| | tiene dominio de las cosas | incompetente |
| | eficaz | ineficaz |
| | **afronta** | **se escapa** |
| **5B:** | **INTELIGENTE** | **TONTA** |
| | lista | corta |
| | capacidad intelectual | le cuesta |
| **5C:** | **CULTA** | **INCULTA** |
| | tiene educación | ignorante |
| | sabe explicar las cosas | |
| | **estudiosa** | |
| | afán de conocimiento | se conforma con lo que sabe |
| **5D:** | **CREATIVA** | **NO CREATIVA** |
| | imaginativa | rutinaria |
| **5E:** | **HABILIDADES ESPECÍFICAS** | |
| **5O:** | **OTROS** | |

## Área 6: Valores e intereses

Como su nombre indica en este área se incluyen los constructos que hacen referencia a los valores ideológicos, religiosos, o específicos, así como intereses diversos (musicales, culturales, deportivos, etc.). En el área de valores e intereses distinguimos, sin orden jerárquico, tres categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

| | | |
|---|---|---|
| **6A:** | **VALORES IDEOLÓGICOS, POLÍTICOS, RELIGIOSOS, SOCIALES, MORALES, Y DE GÉNERO** | |
| | conservadora | liberal |
| | tradicional | progresista |
| | idealista | realista |
| | machista | feminista |
| | materialista | espiritual |
| | racista | |
| | vive el presente, el día a día | piensa en el futuro |

**6B: VALORES E INTERESES ESPECÍFICOS**

| | |
|---|---|
| aprecia el dinero | no da importancia a lo material |
| derrochadora | ahorradora |
| valora la familia | pasa de la familia |
| le gusta el deporte | no le gusta el deporte |

**6O: Otros**

# ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS EN LÍNEA: EL PROGRAMA PIPATIC

## UPDATE AND PROPOSAL OF TREATMENT FOR INTERNET GAMING DISORDER: PIPATIC PROGRAM

**Alexandra Torres-Rodríguez y Xavier Carbonell**
Universitat Ramon Llull, FPCEE Blanquerna, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Torres-Rodríguez, A. y Carbonell, X. (2017). Actualización y propuesta de Tratamiento de la Adicción a los Videojuegos en línea: El programa PIPATIC. *Revista de Psicoterapia, 28*(107), 317-336.

### Resumen

*En la actualidad, los servicios de psicología infanto-juvenil registran un aumento de las consultas relacionadas con el uso problemático de los videojuegos en línea. Para ofrecer un tratamiento eficaz es necesario investigar sobre el abordaje psicoterapéutico de dicho problema. El objetivo de este estudio es presentar el diseño de un programa manualizado de tratamiento psicológico para adolescentes de 12 a 18 años con adicción a los videojuegos en línea. El diseño y la aplicación del programa PIPATIC integran varias áreas de intervención estructuradas en seis módulos: psicoeducativo, intervención estándar en adicciones conductuales, intrapersonal, interpersonal, familiar y creación de un nuevo estilo de vida. El objetivo del programa PIPATIC es una disminución de los síntomas de la adicción a los videojuegos en línea y una mejoría en el bienestar de los adolescentes. Los hallazgos preliminares muestran unos efectos positivos y alentadores que, prospectivamente, invitan a continuar investigando en este campo.*

Palabras clave*: adicción a internet; videojuegos en línea; Terapia Cognitivo Conductual; tratamiento manualizado; adolescentes; Trastorno de juego por internet.*

### Abstract

*Recently, it has been an increase of consultations in child and adolescent psychology services regarding problematic use of online video games. To provide an effective treatment, previous research into psychotherapeutic approaches of this problem is essential. The aim of this article is to present a description about the design process of a manualized intervention program for 12 to 18 year-old teenagers with Internet Gaming Disorder. Furthermore, this paper describes the: the PIPATIC program. The design and application of the PIPATIC program integrates several areas of intervention structured into six modules: psychoeducational, treatment as usual, intrapersonal, interpersonal, family intervention and development of a new lifestyle. The program goals are to reduce the addiction symptoms related to online video games, as well as to improve the well-being of adolescents. The preliminary findings suggest positive and encouraging effects suggesting further research in this field.*

Keywords*: internet addiction; online video games; Cognitive Behavioral Therapy; adolescent; manualized treatment; Internet Gaming Disorder.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 20-4-2017. Fecha de aceptación V1: 18-5-2017. Fecha de aceptación V2: 2-6-2017.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: alexandrart@blanquerna.url.edu
Dirección postal: C. Císter 34. 08022 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia

## PIPATIC: Un tratamiento manualizado para la adicción a videojuegos

La población española ha incrementado el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), especialmente, de los videojuegos en línea. Según la Asociación Española de Videojuegos, en el año 2015 un 40% de la población española utilizaba los videojuegos con asiduidad, siendo los adolescentes sus usuarios por excelencia (AEVI, 2015). Independientemente de sus aspectos positivos, en ocasiones, su uso puede ser excesivo y provocar consecuencias negativas (Castellana, Carbonell, Graner y Beranuy, 2007; Kowert, Festl y Quandt, 2014; Williams, Yee y Caplan, 2008).

### *Características estructurales de los videojuegos en línea*

Los videojuegos son programas informáticos cuyo objetivo principal es entretener a sus usuarios mediante sistemas interactivos desarrollados en múltiples plataformas: ordenador, videoconsolas o móvil. La mayoría de videojuegos son en línea, destacando los siguientes por su popularidad: 1) *Massively Multiplayer Online Role-Playing Game* (MMORPG), por ejemplo, el *World of Warcraft* (WoW); 2) los *Multiplayer Online Battle Arena* (MOBA), por ejemplo, el *League of Legends* (LoL); 3) los videojuegos bélicos de disparos o *shooters* como las sagas *Battlefield* (BT), *Counter Strike* (CS) o *Call of Duty* (CoD), y 4) los videojuegos de tipo social *Angry Birds* (Carbonell, Torres-Rodríguez, y Fuster, 2016). Sin embargo, estas distinciones pierden sentido ya que la nueva generación de videojuegos puede incorporar múltiples estilos de juego de forma simultánea: simulación, multijugador masivo, aventura, supervivencia, cooperación, *shooter*, en primera persona, etc. Por ejemplo, *Day Z*, *Star Citizen y Minecraft* son videojuegos que engloban diversos modos de juego en línea haciéndolos cada vez más realistas y más atractivos.

En los últimos años los MOBA van ganando terreno a los MMORPG debido a que su sistema de juego es extremadamente competitivo, son gratuitos y funcionan en ordenadores de menor potencia. A pesar de ello, los MMORPG siguen teniendo millones de usuarios. Las características estructurales de ambos tipos de videojuegos en línea pueden influir en el desarrollo un uso problemático, conllevando un deterioro en el autocontrol de la conducta (Bertran y Chamarro, 2016; Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012; Cole y Griffiths, 2007; Fuster, Carbonell, Pontes y Griffiths, 2016; Nuyens et al., 2016). Alguna de éstas características estructurales son (King, Delfabbro y Griffiths, 2010b; Yee, 2006; Yee, 2006a): 1) los ciclos de recompensa inherentes al juego (a mayor tiempo invertido se obtendrán mayores ganancias); 2) la elevada sociabilidad (se juega con otros usuarios de todo el mundo); 3) la inmersión en entornos virtuales (entorno con excelentes gráficos y música envolvente); 4) la modificación o creación de una identidad totalmente nueva que genera satisfacción y anonimato; y 5) la posibilidad de juego infinito y a tiempo real.

***Perspectiva clínica***

Un clínico se preguntará qué aspectos influyen en el desarrollo del uso problemático de los videojuegos en línea. Diversas investigaciones (Díaz, Beranuy y Oberst, 2008; Kelly, 2004; Kuss y Griffiths, 2012; Mazurek y Engelhardt, 2013; Rehbein, Psych, Kleimann, Mediasci y Mößle, 2010; Tejeiro, Gómez-Vallecillo, Pelegrina, Wallace y Emberley, 2012; Wittek et al., 2015; Yee, 2006b) han optado por un modelo etiológico bio-psico-social que explica cómo confluyen diversos factores predisponentes y precipitantes (véase tabla 1).

Y cabe preguntarse, ¿el uso problemático de los videojuegos en línea tiene repercusiones en la salud mental de los individuos? Algunos autores estiman que puede producir sintomatología adictiva e influir en la aparición de otros trastornos mentales asociados (Ferguson, Coulson y Barnett, 2011; King y Delfabbro, 2014; Pontes, Király, Demetrovics y Griffiths, 2014). De modo que la adicción a videojuegos en línea se ha incluido en la sección III de trastornos que requieren estudios posteriores, con el nombre de *Internet Gaming Disorder* (IGD) en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Y aunque los criterios diagnósticos propuestos por la APA (2013) parecen tener una adecuada validez y precisión diagnóstica (Ko et al., 2014) aún no existe consenso en algunas cuestiones relacionadas con éstos criterios diagnósticos (Griffiths, van Rooij, Kardefelt-Winther, et al., 2016; Király et al., 2015).

El impacto del IGD como problema de salud mental se presenta difuso. Su prevalencia a partir de los criterios del DSM-5 (2013) se estima entre el 1% y el 7%. Las variaciones en la prevalencia del IGD se deben a que se utilizan distintos instrumentos de medición en diversos contextos culturales y franjas de edad (Ferguson, Coulson y Barnett, 2011; Müller et al., 2015; van Rooij et al., 2014). Si nos centramos en muestras de adolescentes españoles, la prevalencia oscilaría entre el 6,1% y el 7,7% (Chamarro et al., 2014; López-Fernandez, Honrubia-Serrano, Baguley y Griffiths, 2014). En Cataluña, esta problemática se ha detectado en el Hospital de Bellvitge, el Hospital Sant Joan de Deu, la Unidad UNICAA del Hospital Clínic de Barcelona, la Mutua de Terrassa y el centro de Atención e Investigación de Socioadicciones (AIS) (Beranuy, Carbonell y Griffiths, 2012; Díaz et al., 2008; Matalí y Alda, 2008). Todo este impacto en la salud mental estimula la investigación para acabar de conceptualizar este trastorno, aclarar los puntos más controvertidos (Király et al., 2015) y profundizar en el estudio de tratamientos especializados.

***Tratamiento Psicológico***

Estudios previos consideran que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la más utilizada para el tratamiento de la adicción a internet y a los videojuegos en línea (Greenfield, 1999a, 1999b; Griffiths y Meredith, 2009; Kaptsis, King, Delfabbro, y Gradisar, 2016; King et al., 2010; King et al., 2011;Young, 2007, 2013). También se han utilizado psicofármacos (metilfenidato y bupropion) (Han et al., 2009; Han,

Hwang y Renshaw, 2010), *counselling* (Kim, 2008; Li y Wang, 2013), terapia familiar (Han, Kim, Lee y Renshaw, 2015) y un *software* en línea basado en la entrevista motivacional (Su, Fang, Miller y Wang, 2011). En la población infanto-juvenil apenas existe investigación sobre la eficacia de las distintas intervenciones (King, Delfabbro y Griffiths, 2013; King y Delfabbro, 2016).

Desafortunadamente, en la investigación del IGD, la efectividad de los tratamientos basados en la TCC no acaba de estar contrastada y la mayoría de recomendaciones terapéuticas se basan en técnicas adaptadas para el tratamiento de las adicciones a sustancias y juego patológico (Huang, Li y Tao, 2010; King et al., 2011): entrevista motivacional, control de estímulos, balance decisional, autorregistros, técnicas de tolerancia al malestar, reestructuración cognitiva, etc. (Echeburúa, Labrador, y Becoña, 2009; Greenfield, 1999; Griffiths y Meredith, 2009; King, Delfabbro y Griffiths, 2010a; Young, 2007).

Una de las dificultades en el tratamiento del IGD es la elevada comorbilidad con otros trastornos mentales y de personalidad como son la depresión, la ansiedad, el TDAH, el TEA y los trastornos de conducta (Ferguson et al., 2011; Gentile et al., 2011; Han, Lee, Shi y Renshaw, 2014; Kelleci y Inal, 2010; Ko et al., 2006; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla y McElroy, 2000). Hasta el punto de que se podría argumentar que el IGD, en ocasiones, es una construcción artificiosa y en el fondo, un síntoma más de esos otros problemas más básicos. Esta comorbilidad no se tiene en cuenta en la mayoría de tratamientos manualizados y protocolos de intervención y provoca que éstos sean deficientes (Therien, Lavarenne y Lecomte, 2014).

Por consiguiente, el sentido de este manuscrito va ligado con la necesidad científica y clínica de diseñar y aplicar tratamientos especializados para la población adolescente con IGD. Por eso, y a partir de las investigaciones actualizadas sobre el IGD se pretende exponer una propuesta actualizada de un tratamiento especializado para adolescentes con IGD, cuya finalidad es aportar aspectos esenciales y comunes en las intervenciones en torno al IGD y las TIC y proporcionar una guía útil para la actualización de los profesionales de la salud en este campo en desarrollo.

## 1. Diseño y aplicación del PIPATIC

### *Primera fase: diseño del PIPATIC*

En la manualización y el diseño del Programa de Intervención Psicoterapéutica para la Adicción a las TIC (PIPATIC) se consideraron los supuestos desarrollados anteriormente y distintas guías sobre diseño de programas de intervención en psicología (Moscosoa, Chaves, Vidal y Anguera, 2013; Schulz, Altman, Moher y Group, 2010). Por su relevancia, destacamos las premisas propuestas por Carroll y Nuro (2002) para el desarrollo de tratamientos manualizados. Estos autores dividen el desarrollo de los manuales en tres etapas: Etapa I) consistente en el desarrollo del manual y una aplicación piloto; Etapa II) consistente en el ensayo clínico controlado

para evaluar la eficacia del tratamiento manualizado; y Etapa III) evaluación de la aplicación del tratamiento en distintos contextos y evaluar la relación entre su eficacia y los costes.

La principal orientación utilizada en el desarrollo del programa PIPATIC es la TCC por ser relevante empíricamente, comúnmente utilizada y eficaz en los trastornos adictivos. Sin embargo, siguiendo las propuestas de estudios que consideran más efectivo el uso de múltiples estrategias psicoterapéuticas en lugar de una única (Dong y Potenza, 2014; Orzack, Voluse, Wolf y Hennen, 2006; Shek, Tang y Lo, 2009; Therien et al., 2014) también se han considerado aspectos de la perspectiva integradora en psicoterapia. Se han incluido diversas intervenciones específicas no pertenecientes a la TCC y que se pueden encontrar en la tabla 2 (p.e. entrevista motivacional y psicoeducación), la tabla 4 (p.e. conceptos de la Terapia Centrada en la Persona, estrategias de regulación emocional y de maduración del adolescente), tabla 6 (p.e. terapia familiar), etc.

Además, se ha otorgado especial importancia a los factores comunes en psicoterapia siendo aplicados transversalmente durante todo el tratamiento (Arkowitz, 1997; Branco, 1992; Corbella y Botella, 2004; Fernández y Rodríguez, 2002; Hofmann y Barlow, 2014; Kleinke, 1995; Laska, Gurman y Wampold, 2014). Además, debido a la importancia de la adolescencia como una etapa de vulnerabilidad, el PIPATIC adapta las técnicas psicoterapéuticas a los adolescentes con uso problemático de los videojuegos en línea y presta una atención psicoterapéutica integral, que aborda múltiples áreas vitales de la persona, y no únicamente el trastorno adictivo. Todo ello, entendiendo que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad que se define por unas características propias que generan un elevado riesgo a sufrir conductas adictivas u otros trastornos psicológicos (Castellana et al., 2007; Masten y Garmezy, 1985; Steinhausen y Metzke, 2001).

***Segunda fase: aplicación***

La segunda fase de la investigación, en fase de desarrollo, se centra en la aplicación y comprobación de la eficacia del PIPATIC. La metodología utilizada en esta fase está basada en la guía internacional del CONSORT (Schulz et al., 2010) que garantiza la calidad en el desarrollo de investigaciones experimentales: a) el diseño (un ensayo clínico controlado con aleatorización oculta, para evitar posibles sesgos); b) las variables dependientes e independientes junto con los instrumentos de medida; c) los criterios de inclusión y exclusión del estudio, d) los objetivos e hipótesis; f) el procedimiento; y g) los aspectos éticos de la investigación.

El estudio recibió la aprobación de los comités de ética de los centros de salud mental participantes (Hospital de Mataró y CSMIJ Joan Obiols) y de la Universitat Ramon Llull. Los participantes y sus tutores legales accedieron a participar en el estudio firmando un consentimiento escrito. Los procedimientos del diseño y la aplicación del programa se realizaron de acuerdo a la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964). Además, se formó a los profesionales de los

centros para detectar los casos de uso problemático y derivarlos al programa.

## 1. El programa PIPATIC

### *1.1. Destinatarios del programa*

La población diana del PIPATIC son los adolescentes de entre 12 y 18 años.

### *1.2. Objetivos clínicos del Programa PIPATIC*

El principal objetivo del PIPATIC es proporcionar asistencia psicológica especializada a adolescentes con uso problemático de videojuegos en línea (*Internet Gaming Disorder)*. Los objetivos clínicos son: a) lograr un uso adaptativo de los videojuegos en línea y otras TIC; b) conseguir cambios terapéuticos en diferentes perfiles de usuarios; y c) asistir al adolescente de manera multidimensional, en el área intrapersonal (incluyendo el tratamiento de los trastornos comórbidos), interpersonal, familiar y escolar o laboral.

### *1.3. Resumen del Manual del PIPATIC*

El programa está diseñado en forma de manual clínico mediante *módulos* generales y *submódulos* específicos. En cada submódulo se proponen una serie de técnicas psicológicas y recursos terapéuticos transversales. El programa consta de 22 sesiones con una duración aproximada de 45 minutos para su aplicación individual y familiar. Antes de iniciar el tratamiento, se realizan unas sesiones preliminares con el objetivo de: 1) valorar los criterios de inclusión y exclusión; 2) acoger al paciente y a su familia y atender el motivo de consulta; y 3) realizar una evaluación pre-tratamiento.

A continuación, se resumen los módulos de intervención del programa PIPATIC resaltando los contenidos de trabajo terapéutico de cada módulo, las actuaciones del psicólogo y las técnicas de intervención (tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8). Cada sesión del programa conlleva tareas terapéuticas a realizar por el paciente durante la semana, fomentando el establecimiento y la generalización de los cambios experimentados en cada sesión. La colaboración de algún familiar como coterapeuta es imprescindible en la aplicación del tratamiento, ya que los adolescentes con IGD no suelen pedir ayuda por sí mismos y es común que sea la familia quien haga la demanda (King et al., 2010b).

## Discusión y conclusiones

En este artículo se ha descrito el desarrollo y la aplicación del PIPATIC, un programa novedoso e integrador basado en la TCC para el tratamiento del uso problemático de videojuegos en línea. Su diseño está basado en una fundamentación teórica sólida, estudios previos y una combinación de técnicas terapéuticas que han demostrado ser efectivas por sí mismas en otros trastornos. Para afinar aún más

nuestra propuesta, el PIPATIC se ha comparado con otros estudios y propuestas de intervención para la adicción a internet y a los videojuegos en línea (tabla 3).

Con el objetivo de extraer datos concluyentes sobre la eficacia del programa PIPATIC se está llevando a cabo su aplicación, la cual no está exenta de limitaciones: la población objeto de la investigación tiene unas características muy concretas porque los participantes debían cumplir unos criterios de inclusión determinados; la aplicación del PIPATIC presenta cierta rigidez propia de una terapia manualizada que debe seguir unos estándares metodológicos en su aplicación, lo que en ocasiones dificulta la adaptación a las necesidades del paciente. Debido a esto y para suplir la rigidez que cualquier tratamiento manualizado presenta, se decidió ser más flexibles y que los módulos pudieran aplicarse de forma independiente y en distinto orden.

Pese a estas limitaciones, los resultados de la aplicación piloto del PIPATIC (Torres-Rodríguez y Carbonell, 2015) sugieren cambios terapéuticos en la reducción del número de horas dedicadas a los videojuegos en línea, de síntomas del IGD y de los síntomas de los trastornos comórbidos. De este modo y cómo proyección a corto plazo se pretende: 1) estudiar la eficacia comparando a los participantes del programa PIPATIC con participantes que reciban un tratamiento estándar en adicciones conductuales; 2) comparar los datos extraídos de la evaluación pretest, monitorización, postest y tres meses posteriores; y 3) analizar casos de distintas edades, sexo y contextos para confirmar la extensión de resultados a otros perfiles clínicos. Estos resultados se esperan positivos debido al rigor con el que se ha diseñado el programa y se espera que el PIPATIC sea un programa novedoso, eficaz y pionero en la intervención integral en el uso problemático de videojuegos y otras patologías concomitantes. En conclusión, se pretende ofrecer una propuesta novedosa de tratamiento y contribuir en la orientación y actualización de los profesionales de la salud en este campo aportando literatura reciente sobre el tratamiento del IGD en adolescentes.

## Referencias bibliográficas


Alario, S. (2006). Tratamiento de un caso crónico de adicción a internet. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, *70*(80), 71–88.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of change. En S. Messer y P. Wachtel (Eds.), *Theories of psychotherapy: Origins and evolution* (Freedheim, pp. 227–288). Washington DC: American Psychological Association.

Asociación Española de videojuegos. (2015). *Anuario de la industria del videojuego*. Madrid, España.

Asociación Médica Muncial. (1964). *Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial.* Helsinki, Finlandia.

Beranuy, M., Carbonell, X., y Griffiths, M. (2012). A qualitative analysis of online gaming addicts in treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *11*(2), 149–161. http://doi.org/10.1007/s11469-012-9405-2

Bertran, E., y Chamarro, A. (2016). Videojugadores del League of Legends/ : El papel de la pasión en el uso abusivo y en el rendimiento Video gamers of League of Legends/ : The role of passion in abusive use and in performance. *Adicciones*, *27*(1), 28–34. http://doi.org/10.20882/adicciones.787

Branco, A. (1992). De la torre de Babel al esperanto terapéutico. Notas sobre investigación e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, *3*(9), 13-22. http://revistadepsicoterapia.com/de-la-torre-de-babel-al-esperanto-terapeutico-notas-sobre-investigacion-e-integracion-en-psicoterapia.html

Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., y Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles Del Psicólogo*, *33*(2), 82–89.

Carbonell, X., Torres-Rodríguez, A., y Fuster, H. (2016). El potencial adictivo de los videojuegos. En E. Echerburua (Ed.), *Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar on-line?* Madrid, España: Síntesis.

Carroll, K. M., y Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(4), 396–406.

Castellana, M., Carbonell, X., Graner, C., y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos. *Papeles Del Psicólogo*, *28*(3), 196–204.

Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Munoz-Miralles, R., Ortega-Gonzalez, R., López-Morron, M. R., … Toran-Monserrat, P. (2014). The Questionnaire of Experiences Associated with Video games (CERV): An instrument to detect the problematic use of video games in Spanish adolescents. *Adicciones*, *26*(26), 303–311.

Cole, H., y Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *Cyberpsychology & Behavior*, *10*(4), 575–583. http://doi.org/10.1089/cpb.2007.9988

Corbella, S., y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes.* Barcelona, España: Editorial Visión Libros.

Díaz, R., Beranuy, M., y Oberst, U. (2008). Terapia de la adicción a internet y video-juegos en niños y adolescentes. *Revista de Psicoterapia*, *19*(73), 69-100. http://revistadepsicoterapia.com/terapia-de-la-adiccion-a-internet-y-video-juegos-en-ni-os-y-adolescentes.html

Dong, G., y Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 7–11. http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.005

Echeburúa, E., Labrador, F. J., y Becoña, E. (2009). *Adicciones a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid, España: Pirámide.

Ferguson, C., Coulson, M., y Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(12), 1573–1578. http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.005

Fernández, L., y Rodríguez, V. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Vol. 1: Con ejercicios para el profesor.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., y Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior*, *56*, 215–224. http://doi.org/doi:10.1016/j.chb.2015.11.050

Gentile, D. a, Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., y Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, *127*(2), 319–329. http://doi.org/10.1542/peds.2010-1353

Greenfield, D. N. (1999a). Psychological characteristics of compulsive internet use: A preliminary analysis. *Cyberpsychology & Behavior*, *2*(5), 403–412. http://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.403

Greenfield, D. N. (1999b). *Virtual addiction: Help for netheads, cyberfreaks, and those who love them.* Oakland, CA: New Harbin.

Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *39*(4), 247–253. http://doi.org/10.1007/s10879-009-9118-4

Griffiths, M. D., van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S., … Demetrovics, Z. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction*, *111*(1), 167–175. http://doi.org/10.1111/add.13057

Han, D. ., Kim, S. M., Lee, Y. S., y Renshaw, P. F. (2015). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *202*(2), 126–131. http://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2012.02.011

Han, D. H., Hwang, J. W., y Renshaw, P. F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *18*(4), 297–304.

Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., … Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(3), 251–256. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.08.011

Han, D. H., Lee, Y. S., Shi, X., y Renshaw, P. F. (2014). Proton magnetic resonance spectroscopy (MRS) in on-line game addiction. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 63–68.

Hofmann, S. G., y Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, *51*(4), 510–513. http://doi.org/10.1037/a0037045

Huang, X., Li, M., y Tao, R. (2010). Treatment of Internet Addiction. *Current Psychiatry Reports*, *12*(5), 462–470. http://doi.org/10.1007/s11920-010-0147-1

Kaptsis, D., King, D. L., Delfabbro, P. H., y Gradisar, M. (2016). Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *43*, 58–66. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.006

Kelleci, M., y Inal, S. (2010). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet use: Comparison without Internet use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(2), 191–194.

Kelly, R. V. (2004). *Massively multiplayer online role-playing games: The people, the addiction and the playing experience.* Jefferson, North Carolina: McFarland.

Kim, J. U. (2008). The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*, *27*(2), 4–12.

King, D., Delfabbro, P., y Griffiths, M. (2010a). Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual considerations and practice issues. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, *3*(3), 261–273. article.

King, D., Delfabbro, P., y Griffiths, M. (2010b). Video game structural characteristics: A new psychological taxonomy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*(1), 90–106.

King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., y Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1110–1116. http://doi.org/doi:10.1016/j.cpr.2011.06.009

King, D. L., y Delfabbro, P. H. (2014). Internet gaming disorder treatment: A review of definitions of diagnosis and treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(10), 942–955. http://doi.org/10.1002/jclp.22097

King, D. L., y Delfabbro, P. H. (2016). Features of parent-child relationships in adolescents with Internet Gaming Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction,* 1-14. http://doi.org/10.1007/s11469-016-9699-6

King, D. L., Delfabbro, P. H., y Griffiths, M. D. (2013). Trajectories of problem video gaming among adult regular gamers: An 18-month longitudinal study. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *16*(1), 72–6. http://doi.org/10.1089/cyber.2012.0062

Király, O., Griffiths, M. D., y Demetrovics, Z. (2015). Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, debates, and controversies. *Current Addiction Reports*, *2*(3), 254–262. http://doi.org/10.1007/s40429-015-0066-7

Kleinke, C. L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K., y Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(14), 887–894.

Kowert, R., Festl, R., y Quandt, T. (2014). Unpopular, overweight, and socially inept: Reconsidering the stereotype of online gamers. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *17*(3), 141–146. http://doi.org/10.1089/cyber.2013.0118

Kuss, D. J., y Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(2), 278–296. http://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5

Laska, K. M., Gurman, A. S., y Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, *51*(4), 467–481. http://doi.org/10.1037/a0034332

Li, H., y Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*, *35*(9), 1468–1475. http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.05.021

López-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T., y Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior*, *41*, 304–312. http://doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.011

Marco, C., y Chóliz, M. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online. *Anales de Psicologia*, *30*(1), 46–55.

Masten, A. S., y Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. En A. S. Masten y N. Garmezy (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1–52). Minnesota: Springer.

Matalí, J. L., y Alda, J. A. (2008). *Adolescentes y nuevas tecnologías: ¿Innovación o adicción?* Barcelona: Edebé.

Matalí-Costa, J., Serrano-Troncoso, E., Pardo, M., Villar, F., y San, L. (2014). Behavior Social Isolation and the " Sheltered " Profile in Adolescents with Internet Addiction. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, *2*(3). http://doi.org/10.4172/jcalb.1000139

Mazurek, M. O., y Engelhardt, C. R. (2013). Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics*, *132*(2), 260–266. http://doi.org/10.1542/peds.2012-3956

Moscosoa, S. C., Chaves, S. S., Vidal, M. P., y Anguera, M. T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *13*(1), 58–66. http://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70008-5

Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., … Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*, 565–574. http://doi.org/10.1007/s00787-014-0611-2

Nuyens, F., Deleuze, J., Maurage, P., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., y Billieux, J. (2016). Impulsivity in Multiplayer Online Battle Arena Gamers: Preliminary results on experimental and self-report measures. *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(2), 351–356. http://doi.org/10.1556/2006.5.2016.028

Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., y Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology & Behavior*, *9*(3), 348–360. http://doi.org/doi:10.1089/cpb.2006.9.348

Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z., y Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PloS One*, *9*(10), e110137. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0110137

Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G., y Mößle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(3), 269–277. http://doi.org/10.1089/cyber.2009.0227

Rogers, C. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationship as Developed in the Client-centered Framework. En (ed.) S. Koch, Psychology: *A Study of a Science. Vol 3: Formulations of the Person and the Social Context*. Nueva York: McGraw Hill.

Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., y Group, C. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, *152*(11), 726–732. http://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232

Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck Jr, P. E., Khosla, U. M., y McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, *57*, 267–272.

Shek, D., Tang, V., y Lo, C. Y. (2009). Evaluation of an internet addiction treatment. *Adolescence*, *44*(174), 359–373.

Steinhausen, H. C., y Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *30*(3), 259–280.

Su, W., Fang, X., Miller, J. K., y Wang, Y. (2011). Internet-based intervention for the treatment of online addiction for college students in China: A pilot study of the Healthy Online Self-helping Center. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *14*(9), 497–503. http://doi.org/10.1089/cyber.2010.0167

Tejeiro, R. A., Gómez-Vallecillo, J. L., Pelegrina, M., Wallace, A., y Emberley, E. (2012). Risk factors associated with the abuse of video games in adolescents. *Scientific Research*, *3*(4), 310–314.

Therien, P., Lavarenne, S. A., y Lecomte, T. (2014). The treatment of complex dual disorders: Clinicians' and service users' perspectives. *Journal of Addiction Research and Therapy*, *10*(6), 2–7. http://doi.org/10.4172/2155-6105.S10-006

Torres-Rodríguez, A., y Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: Tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Aloma*, *33*(2), 67–75.

Van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T., y Van De Mheen, D. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(3), 157–165. http://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.013

Williams, D., Yee, N., y Caplan, S. E. (2008). Who plays, how much, and why? Debunking the stereotypical gamer profile. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *13*(4), 993–1018. http://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2008.00428.x

Wittek, C. T., Finserås, T. R., Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Hanss, D., Griffiths, M. D., y Molde, H. (2015). Prevalence and predictors of video game addiction: A study based on a national representative sample of gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*. http://doi.org/10.1007/s11469-015-9592-8

Yee, N. (2006a). Motivations for play in online games. *Cyberpsychology & Behavior*, *9*(6), 772–775. http://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.772

Yee, N. (2006). The demographics, motivations and derived experiences of users of massively multi-user online graphical environments. *PRESENCE: Teleoperators and Virtual Environments*, *15*, 309–329.

Yee, N. (2006b). The psychology of massively multi-user online role-playing games: Motivations, emotional investment, relationships and problematic usage. En R. Schoeder y A. Axelsson (Eds.), *Avatars at Work and Play: Collaboration and Interaction in Shared Virtual Environments* (pp. 187–207). London: Springer-Verlag.

Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & Behavior*, *10*(5), 671–679. http://doi.org/10.1089/cpb.2007.9971

Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, *2*(4), 209–215. http://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.4.3

**Tabla 1.**
***Etiología de la adicción a las TIC, especialmente, a los videojuegos***

**1) Factores biológicos**
- a) Vulnerabilidad a las adicciones
- b) Déficits en neurotransmisores
- c) Comorbilidad psiquiátrica y/o cuadros psicopatológicos: depresión, ansiedad, TDAH, Trastornos del Espectro Autista, etc.

**2) Personalidad y vulnerabilidad psicológica**
- a) Inmadurez
- b) Inestabilidad emocional
- c) Identidad personal poco consolidada
- d) Baja autoestima e indecisión
- e) Falta de autocontrol
- f) Baja tolerancia al malestar y/o frustración. Baja resiliencia
- g) Elevada búsqueda de sensaciones
- h) Déficit de habilidades sociales, inhibición y timidez

**3) Ambientes deficitarios**
- a) Ambiente familiar: conflictivo, escasa comunicación y afecto, falta de supervisión y cohesión familiar, etc.
- b) Ambiente escolar con bajo rendimiento, desmotivación, etc.
- c) Ambiente social pobre

**4) Estrés**
- a) Duelos
- b) Crisis vitales
- c) Cambios drásticos

**5) Características estructurales o de atracción de los videojuegos**

**Tabla 2**
***Módulo 1. Psicoeducación y motivación (3 sesiones)***

| | | Contenidos | Actuaciones del psicólogo | Técnicas y estrategias de intervención |
|---|---|---|---|---|
| Sub-módulos | Motivación | Entrevista Motivacional | Escucha activa del problema<br>Expresar empatía<br>Encuadrar la situación personal<br>Trabajar las resistencias del paciente | Reforzar la automotivación<br>Explorar valores<br>Balance decisional |
| | Definición objetivos | Definición de metas para delimitar problema, generar el inicio del cambio<br>Organización de la responsabilidad y hábitos diarios | Papel activo en la negociación<br>Confrontar las metas no terapéuticas<br>Realizar peticiones iniciales al adolescente que incrementen las responsabilidades y la autonomía | Realización de una lista de metas negociada (paciente, familia y terapeuta)<br>Elaboración de tarjetas recordatorias con los objetivos y un horario de hábitos terapéuticos |
| | Psicoeducación con el adolescente | NTIC y videojuegos: uso desadaptativo y adaptativo, beneficios y desventajas<br>Percepción de la realidad | Orientar y dar instrucciones sobre la auto-observación<br>Explorar el uso y los conocimientos de las NTIC<br>Generar conciencia del problema<br>Utilizar técnicas motivacionales | Técnicas retórico-pragmáticas<br>Auto-observación individual mediante autorregistros<br>Negociación<br>Psicoeducación individual<br>Técnicas de motivación |
| | Psicoeducación familiar | NTIC y videojuegos: uso desadaptativo y adaptativo, beneficios y desventajas | Resolver dudas<br>Contener y regular las ansiedades | Hetero-observación por parte de la familia<br>Psicoeducación Familiar<br>Primeras pautas para el uso racional de las TIC |

**Tabla 3**
***Módulo 2. Intervención estándar en adicciones adaptado a la adicción a las TIC (5 sesiones)***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Sub-módulos** | **Control de estímulos en la adicción** | Control de los impulsos<br>Control del craving<br>Capacidad de autocontrol<br>Falsa creencia de control | Ejemplificar situaciones de pérdida de control<br>Contener las dificultades de la auto-observación<br>Detectar usos inadecuados<br>Generar la expresión emocional del malestar<br>Relacionar las emociones con la conducta | Control estimular: establecer un tiempo de conexión o abstinencia<br>Establecer horarios de actividades, autocuidado y ocio<br>Uso de autorregistros<br>Detención del pensamiento<br>Refuerzo positivo y autorreforzamiento<br>Técnicas de tolerancia al malestar |
| | **Respuestas de afrontamiento** | Respuestas de afrontamiento inadecuadas relacionadas con la adicción y un bajo autocontrol | Guiar la reflexión sobre la relación que se establece con la adicción<br>Interpretar conductas y cogniciones<br>Promover nuevas respuestas adaptativas en situaciones que generan malestar | Entrenamiento en respuestas alternativas<br>Estrategias de control estimular<br>Entrenamiento en autoinstrucciones |
| | **Reestructuración cognitiva** | Distorsiones cognitivas e ideas irracionales que interfieren en control de la conducta | Detectar y reestructurar distorsiones cognitivas<br>Trabajo terapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva de Ellis y en la Terapia Cognitiva de Beck<br>Ejemplificar y utilizar metáforas | Explicación del modelo ABC<br>Autorregistro ABC<br>Debate socrático<br>Imaginación de situaciones y ensayo de la conducta<br>Auto-observación del propio modelo ABC |
| | **Solución de problemas** | Identificar, definir y resolver situaciones problemáticas relacionadas con la adicción | Guiar reflexiones sobre situaciones que puedan generar malestar y las consecuencias<br>Enseñar a afrontar adecuadamente estas situaciones sin recurrir a la conducta adictiva a modo de evitación, huida, estimulación | Identificación de situaciones problema, las emociones implicadas, la conducta y los pensamientos<br>Role-paying: de la situación conflictiva y de la situación alternativa<br>Lista de pensamientos de afrontamiento |
| | **Exposición** | Desaparición del *craving* hacía la conducta inadecuada | Guiar un proceso de exposición con el objetivo de que la actividad compulsiva se transforme en una actividad adaptativa y controlada<br>Guiar al coterapeuta en el proceso de exposición | Exposición en imaginación<br>Exposición con coterapeuta<br>Detención del pensamiento<br>Pensamientos de afrontamiento<br>Fomentar la auto-observación<br>Refuerzo y autorreforzamiento |

**Tabla 4** ***Módulo 3. Intrapersonal (6 sesiones)***

| | | Contenidos | Actuaciones del psicólogo | Técnicas y estrategias de intervención |
|---|---|---|---|---|
| Sub-módulos | Identidad | Los diferentes niveles de identidad: yo ideal, ideal del yo, el yo<br>Autoconocimiento mediante la introspección<br>Identidad estable e identidad respecto a la adicción | Facilitar la expresión de emociones y contenerlas<br>Generar conexiones y visiones globales<br>Realizar preguntas reflexivas sobre la identidad<br>Reforzar el proceso de maduración personal, orientado a una construcción de la personalidad sólida y autónoma | Actividades que promueven el autoconocimiento de la propia identidad<br>Autobiografía existencial<br>Refuerzo<br>La línea del tiempo |
| | Autoestima | Los tres conceptos del sí mismo (Rogers, 1959): Autoimagen, Autoestima, yo ideal | Dar información sobre la autoestima y realizar<br>Guiar el cambio sobre la forma de describirse a sí mismo que tiene el adolescente<br>Estimular pensamientos positivos y proactivos | Autoafirmaciones y autorreforzamiento<br>Establecimiento y modificación de la autoimagen psíquica y física: frases incompletas, valoración de uno mismo, autorreforzamiento, análisis de situaciones de éxito y fracaso, etc. |
| | Inteligencia emocional | Generar autocontrol<br>Estrategias de autogestión y regulación emocional | Reforzar de forma positiva los avances del paciente<br>Conectar la falta de autocontrol y la ansiedad con situaciones y emociones<br>Promover el insight y el autoconocimiento de las propias capacidades | Auto-observación y autoevaluación<br>Técnicas de respiración<br>Técnicas y actividades de regulación emocional<br>Técnicas de tolerancia al malestar<br>Detención del pensamiento<br>*Mindfulness* |
| | Habilidades de afrontamiento | Estrategias para fomentar conductas adaptativas<br>Autogestión de la ansiedad y la emoción | Guiar y fomentar en el paciente una correcta solución de problemas que pueda aplicar a diariamente<br>Utilizar ejemplos reales comentados a lo largo de la terapia | Entrenamiento en respuestas alternativas<br>Estrategias de control estimular<br>Entrenamiento en autoinstrucciones |
| | Solución de problemas | Habilidades y estrategias para la solución de problemas intrapersonales e interpersonales<br>Autogestión de las situaciones conflictivas | Fomentar la expresión de ansiedades y miedos respecto a situaciones vitales conflictivas del adolescente<br>Guiar la elaboración de respuestas adaptativas | Delimitación del conflicto<br>Guía de respuesta<br>Autorrefuerzo<br>Autocorrección<br>Ensayo de la conducta |

**Tabla 5** ***Módulo 4. Interpersonal (2 sesiones)***

| | | Contenidos | Actuaciones del psicólogo | Técnicas y estrategias de intervención |
|---|---|---|---|---|
| **Sub-módulos** | **Identidad** | Comunicación interpersonal<br>Estilos de comunicación | Detectar si hay algún tipo de conducta problema que genera una comunicación no exitosa ni adecuada | Psicoeducación sobre la comunicación: elementos verbales y no verbales<br>*Role-playing*<br>Comunicación en conflictos sociales<br>Actividades relacionadas con la escucha activa |
| | **Asertividad** | Asertividad<br>Derechos humanos básicos | Trabajar la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos personales y de los demás<br>Fomentar el insight y la introspección | Actividades relacionadas con la asertividad |
| | **Estilo de respuesta** | Estilos re respuesta<br><br>Patrones repetitivos de conducta, pensamiento y emoción relacionados con el estilo de respuesta<br><br>Consecuencias de los estilos de respuesta | Detección del patrón de estilo de respuesta según la conducta verbal, no verbal, los pensamientos y emociones trabajados psicoterapéuticamente<br>Fomentar la reflexión sobre las consecuencias de los diferentes estilos<br>Generar conexiones de estilo con determinadas situaciones | Expresar y comunicar<br>*Role-playing* sobre el estilo de respuesta<br>Afrontar problemas de forma asertiva: expresar, señalar el momento, caracterizar, adaptar los sentimientos, acentuar la cooperación, limitar, posponer una conversación, empatizar, defender los propios sentimientos, disco rayado, etc. |

**Tabla 6** ***Módulo 5. Familiar (4 sesiones)***

| | | Contenidos | Actuaciones del psicólogo | Técnicas y estrategias de intervención |
|---|---|---|---|---|
| **Sub-módulos** | **Comunicación familiar** | Comunicación Familiar<br>Estilos de comunicación<br>Comunicación familiar adaptativa | Contener ansiedades y emociones negativas que puedan surgir<br>Detectar errores en la comunicación, trabajar cambios en la comunicación para producir una comunicación adecuada | Escucha activa<br>Resolución de problemas en familia<br>Actividades específicas de este Submódulo |
| | **Establecimiento de límites** | Límites familiares<br>Valor de los límites familiares<br>Funcionamiento familiar | Guiar la identificación de los límites familiares<br>Establecer decisiones y límites mediante la negociación<br>Contener ansiedades y emociones | Psicoeducación sobre la adolescencia<br>Actividades relacionadas con la necesidad de reglas, la negociación, recordar las reglas sin criticar al otro, utilización de las consecuencias, etc.<br>Refuerzo positivo |
| | **Establecer vínculos** | Vínculos afectivos: inseguro o ambivalente, evitativo, desorganizado y seguro | Detección del tipo de vínculo familiar<br>Establecer y mejorar vínculos afectivos en la familia<br>Devolver el feedback sobre las situaciones familiares<br>Moderador de las decisiones en conjunto<br>Contener ansiedades y emociones negativas | Psicoeducación sobre los vínculos afectivos<br>*Role-playing*<br>Ensayo de la conducta en casa<br>Tareas para casa (generalización del aprendizaje)<br>Actividades relacionadas con mostrar afecto |

**Tabla 7** ***Módulo 6. Creación de un nuevo estilo de vida (2 sesiones)***

| | | Contenidos | Actuaciones del psicólogo | Técnicas y estrategias de intervención |
|---|---|---|---|---|
| Sub-módulos | Autoobservación de la mejoría | Cambios y capacidades | Reforzar positivamente los cambios y facilitar estrategias para mantenerlos | Autorregistro<br>Comparación de autorregistros<br>Auto-observación de los cambios y las capacidades personales<br>Balance entre la situación anterior y la actual |
| | Actividades alternativas | Generar actividades alternativas a las anteriores | Promover la reflexión del adolescente sobre actividades próximas a desarrollar diferentes a jugar a videojuegos o utilizar las nuevas tecnologías | Desarrollar una lista de actividades que generan bienestar, felicidad y agraden al adolescente |
| | Prevención de recaídas | Prevenir las recaídas de una forma simple | Explorar emociones actuales<br>Indicar ideas, recursos y herramientas para evitar recaídas | Anticipar posibles recaídas y buscar estrategias<br>Material de prevención de recaídas |

**Tabla 8** ***Finalización del programa de tratamiento y seguimiento mensual durante 3 meses***

| | Contenidos | Actuaciones del psicólogo | Técnicas y estrategias de intervención |
|---|---|---|---|
| **Finalización tratamiento** | Despedida<br>Las habilidades adquiridas a lo largo del proceso | Finalización de la psicoterapia<br>Contención emocional | Contención emocional<br>Prevención de recaídas breve |
| **Evaluación post-test** | Administración de la batería | Devolución de los resultados | Corrección y evaluación de los cuestionarios y test utilizados |
| **Seguimiento** | Afianzar los procesos y aprendizajes del tratamiento<br>Realizar seguimiento del paciente | Monitorizar la mejoría del paciente<br>Iniciar un proceso de distanciamiento con el terapeuta<br>Promover la autoeficacia en el paciente<br>Atender posibles riesgos a recaídas | Contención emocional<br>Refuerzo de la autoeficacia<br>Generalización de aprendizajes |

**Tabla 9** ***Comparación del programa PIPATIC con otros tratamientos de la adicción a las TIC***

| Intervenciones psicológicas en adicción a las TIC en autores relevantes | N = Muestra | Entrevista motivacional | Definición de objetivos | Psicoeducación | Autoobservación y planificación del tiempo | Control de estímulos | Estrategias de afrontamiento | Reestructuración cognitiva | Uso controlado y/o Abstinencia y exposición | Identidad y autoestima | Inteligencia emocional | Habilidades Sociales | Trabajo Familiar | Gestión del estilo de vida | Tratamiento de trastornos comórbidos | Prevención de recaídas | Seguimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PIPATIC | 17 | ● | ● | ○ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ◐ | ○ | ● | ○ | ● | ● | ● |
| Díaz et al., 2008 | - | ● | ● | ○ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ◐ | ○ | ● | ○ | ● | ● | ● |
| Dong & Potenza, 2014 | - | ● | ● | ○ | ○ | ● | ● | ● | ◐ | ○ | ○ | ◐ | ● | ○ | ● | ● | ○ |
| King et al., 2010a | - | ○ | ● | ○ | ● | ● | ● | ● | ◐ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ● | ○ |
| Young, 2013 (CBT-IA) | 128 | ◐ | ● | ○ | ● | ● | ◐ | ● | ◐ | ◐ | ○ | ◐ | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Li & Wang, 2013***** | 14 | ○ | ● | ● | ◐ | ○ | ○ | ● | ◐ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ◐ | ● | ○ |
| Kim, 2008***** | 25 | ○ | ● | ● | ◐ | ● | ● | ○ | ◐ | ○ | ○ | ◐ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Su, Fang, Miller, & Wang, 2011 | 65 | ● | ● | ○ | ● | ◐ | ◐ | ● | ◐ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ● | ○ |
| Shek, Tang, & Lo, 2009****** | 59 | ● | ● | ◐ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◐ | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Marco & Chóliz, 2014 | 1 | ● | ● | ○ | ● | ● | ● | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ◐ | ○ | ○ | ● | ● |
| Alario, 2006 | 1 | ● | ● | ○ | ◐ | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ◐ | ● | ● | ● | ● |

*Nota*. *Terapia grupal; ** Terapia individual y grupal (mixta); ● Presente; ◐ Presente con algunas limitaciones; ○ No presente

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

**Era II,** Volume 28, Number 107, July, 2017 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

### Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).
The manuscripts will be sent in formats: ".doc" or ".docx", through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

http://revistadepsicoterapia.com

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

## JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, EBSCO.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich´s.
- OPAC´s: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

# CONTENIDO

## PSICOTERAPIAS HUMANISTAS
Humanistic Psychotherapies

Ana Gimeno-Bayón
(Coordinadora)


**EDITORIAL**

**PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA**
Alba Calzada Espanyol, Núria Farriols Hernando, Olga Bruna Rabassa, Carol Palma Sevillano, Alvaro Frías Ibañez y Ferran Aliaga Gómez

**EL SENTIDO DE LA VIDA. UN EJEMPLO DE INTERVENCIÓN**
Ana Padilla Mosteirín

**CONSTRUYENDO EN RELACIÓN UN ANTÍDOTO PARA LA VERGÜENZA**
Mar Gómez Masana y Bibiana Martín Corcuera

**FILOSOFÍA DEL CUERPO, FENOMENOLOGÍA, DOLOR Y *FOCUSING***
Iván Ortega Rodríguez

**LAS TERAPIAS DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR: UN ENFOQUE NARRATIVO**
Ricardo Ramos Gutiérrez

**ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y POSTMODERNIDAD**
Lluís Casado Esquius

**DE LA NECESIDAD AL DESEO. LA PSICOTERAPIA HUMANISTA: "LABORATORIO", Y EXPERIENCIA DE HUMANIDAD**
José Antonio García-Monge

**Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)**

**LOGROS, ERRORES Y RESPONSABILIDADES PARA EL FUTURO DE LA PSICOLOGÍA HUMANISTA**
Ramón Rosal Cortés

**APORTACIONES DE LAS NEUROCIENCIAS A LA COMPRENSIÓN DE LA EXPERIENCIA PSICOTERAPÉUTICA HUMANISTA**
Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols y Jordi Segura

**CÓMO CULTIVAR VALORES ÉTICOS A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DEL YOGA**
Christine C. Boucard

**EL TRABAJO CON LA ACTITUD ESPERANZADA, COMO ACTITUD ÉTICA, DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA**
Miquel Francesc Oriol Guerrero

**TERAPIA BASADA EN INTELIGENCIA EMOCIONAL: UN TRABAJO SISTEMÁTICO CON EMOCIONES EN PSICOTERAPIA**
Nathalie P. Lizeretti

**LA TÉCNICA DEL ROSAL COMO DIAGNÓSTICO EMOCIONAL EN POBLACIONES ESPECÍFICAS**
Núria Garcia y Nathalie P. Lizeretti

**EXPERIENCIA Y EXISTENCIA EN LAS PSICOTERAPIAS HUMANISTAS**
Ana Gimeno-Bayón Cobos

**ANÁLISIS TRANSACCIONAL DE LA OBSESIÓN: INTEGRANDO DIVERSOS CONCEPTOS Y MÉTODOS**
Richard G. Erskine

**PROGRAMA INTELIGENCIA EMOCIONAL PLENA (PINEP) APLICANDO MINDFULNESS PARA REGULAR EMOCIONES**
Natalia Sylvia Ramos Díaz y Liliana Jazmín Salcido Cibrián

**LA BASE Y EL ORIGEN SOCIO-CULTURAL DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**
Isabel Caro Gabalda

**EVALUACIÓN DEL CAMBIO DEL CONTENIDO DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE UNA MUESTRA DE PERSONAS CON DEPRESIÓN QUE HA PASADO POR UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO**
Beatriz González Arranz y Luis Angel Saúl

**ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS EN LÍNEA: EL PROGRAMA PIPATIC**
Alexandra Torres-Rodríguez y Xavier Carbonell