

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

ΨΨΨΨΨΨ€

108

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 28, Número 108, Noviembre, 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),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

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

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

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

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo Sanitario, Psicoterapeuta. Universidad Abierta de Cataluña, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

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

Úrsula Oberst

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

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

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

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

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

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, España

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

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

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

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

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

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

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

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

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

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

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

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

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

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

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

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

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

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

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

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

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

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

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

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

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

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España
M^o Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

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

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

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

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

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Deposito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

NOTACIÓN NUMÉRICA

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

Proceso de evaluación y selección de originales:

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

Copyright:

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

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

CONTENIDO

Monográfico: Integración en Psicoterapia
Luis Botella, Luis Ángel Saúl y Adrián Montesano

Editorial	VII
¿Cómo se puede no ser integrador hoy en día? Estado Actual y Controversias de la Integración en Psicoterapia	1
Luis Botella	
La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos	15
Carlos Mirapeix	
Mindfulness y el problema de la integración de las psicoterapias	39
María Teresa Miró	
¿Es Posible la Integración en Psicoterapia?	59
Isabel Caro	
Dinámica del proceso en Psicoterapia Integradora Humanista	75
Ana Gimeno-Bayón	
Psicoterapia Integrativa “Revisada”	93
Marye O’Reilly-Knapp	
El Modelo de Asimilación como un Modelo Integrador sobre el Cambio Terapéutico	105
Isabel Caro, Sergio Pérez-Ruiz y Restituto Vañó	

——Artículos de Libre Acceso——

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

El Modelo Constructivista Integrativo:	
Una Nueva Propuesta	125
Danilo Moggia	
Culpa y perdón en psicoterapia	149
Manuel Villegas	
Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en autismo	169
Leandro Casari, Fernanda Assennato y Sofía Grzona	
Integración del Asesoramiento Genético y Reproductivo con la Psicoterapia: Reflexiones a través de un caso	189
Eugènia Monrós & Assumpta Junyent	
Yoga y danza integrada como estrategias dirigidas a la conciencia corporal en amputados de la fuerza pública	209
Oswaldo Alexander Sanabria y Paula Milena Camacho	
De la Contratransferencia a las Resonancias:	
Las emociones del profesional en psicoterapia	229
Juan Miguel de Pablo Urban	

CONTENTS

Monographic: Integration in Psychotherapy Luis Botella, Luis Ángel Saúl y Adrián Montesano

From the Editor	VII
How can One not be an Integrationist These Days? State of the Art and Controversies in Psychotherapy Integration	1
Luis Botella	
Integration beyond diagnosis: Applications of the new transdiagnostic models	15
Carlos Mirapeix	
Mindfulness and the problem of psychotherapy integration ...	39
María Teresa Miró	
Is Psychotherapy Integration Possible?	59
Isabel Caro	
Dynamics of the process in integrating humanistic psychotherapy	75
Ana Gimeno-Bayón	
Integrative Psychotherapy “Revisited”	93
Marye O’Reilly-Knapp	
The Assimilation Model as an Integrative Model about Therapeutic Change	105
Isabel Caro, Sergio Pérez-Ruiz y Restituto Vañó	

—Open Access Articles—

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

The Constructivist Integrative Model: A New Proposal.....	125
Danilo Moggia	
Guilt and forgiveness in psychotherapy	149
Manuel Villegas	
Personal Style of the Therapist of psychologist who work with autism	169
Leandro Casari, Fernanda Assennato y Sofía Grzona	
Integration of genetic and reproductive counseling with psychotherapy: Considerations through a case	189
Eugènia Monrós & Assumpta Junyent	
Yoga and dance integrated as strategies targeted at body awareness in amputees of the public force	209
Oswaldo Alexander Sanabria y Paula Milena Camacho	
From Countertransference to Resonances: The emotions of the professional in psychotherapy	229
Juan Miguel de Pablo Urban	

EDITORIAL / *FROM DE EDITOR*

Hace ya décadas que el concepto de integración en psicoterapia no resulta una novedad atrevida, como pudo quizás aparecer en sus inicios.

En estos momentos, y transcurridas esas décadas, la propuesta de explorar las posibilidades de integración en psicoterapia disfrutan de una sólida posición en el panorama científico y socioacadémico –no exenta de debates abiertos muchos de los cuales se reflejan en los artículos que componen este monográfico.

Las publicaciones sobre integración en psicoterapia, o sobre tratamientos integradores, se han multiplicado exponencialmente y abundan muy significativamente en el panorama de la investigación científica de la psicoterapia. De hecho el vínculo entre investigación e integración en psicoterapia es cada vez más evidente.

Por otra parte también son cada vez más los terapeutas que definen su práctica como integradora, una tendencia que se venía observando desde hacía ya décadas. Si bien dicha definición tiene acepciones diferentes en función de cómo la utiliza cada uno, en general tiene que ver con intentar trascender las limitaciones del uso de una sola teoría o un solo conjunto de técnicas acotadas.

Asimismo, el movimiento integrador se articula en una sociedad científica con varias décadas ya de existencia y una serie de congresos anuales, así como una revista de calidad especializada en la publicación de contenidos integradores.

Las publicaciones sobre el tema de la integración en psicoterapia, sin embargo, van mucho más allá de dicha revista y se extienden a la mayoría de las publicaciones periódicas en nuestro ámbito. En ese sentido la Revista de Psicoterapia ha sido un foro de publicación y difusión de trabajos inspirados por una visión integradora desde sus mismos orígenes.

En ese sentido es un placer poder presentar de nuevo un monográfico dedicado a la cuestión siempre viva de la integración en psicoterapia. Como atestigua la calidad de los trabajos incluidos en este monográfico y, por supuesto, el rigor y relevancia de sus autores, se trata de un tema de la máxima actualidad y, sin duda, de enorme relevancia tanto aplicada como teórica.

Esperamos que esa relevancia se traduzca en interés y practicidad para el lector de nuestra revista.

Luis Botella



Programa Modular Virtual de Postgrado
Formación Continua

Intervención Psicoterapéutica

Curso 2017-2018 (14ª Edición)
www.intervencion-psicoterapeutica.com

Intervención Psicoterapéutica es un programa modular virtual de Formación Continua de Postgrado en activo desde 2004. Su objetivo general consiste en promover la actualización de los conocimientos requeridos por las actividades psicoterapéuticas. Ofrece un total de **19 módulos de 6 créditos ECTS** que pueden ser cursados, tanto de forma independiente, como siguiendo los itinerarios que dan lugar a tres posibles titulaciones: **Máster Universitario en Intervención Psicoterapéutica** (60 Créditos ECTS); **Especialista en Intervención Psicoterapéutica** (30 créditos ECTS), y **Especialista en Ámbitos de Intervención Psicoterapéutica** (30 créditos ECTS).

MÁSTER - ESPECIALISTA MODULOS INDEPENDIENTES

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

Matrículas del 7 de Septiembre al 15 de Diciembre

MÁS INFORMACIÓN



Fundación General de la UNED

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

ipsicoterapeutica@psi.uned.es



Fundación UNED

¿CÓMO SE PUEDE NO SER INTEGRADOR HOY EN DÍA? ESTADO ACTUAL Y CONTROVERSIAS DE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

HOW CAN ONE NOT BE AN INTEGRATIONIST THESE DAYS? STATE OF THE ART AND CONTROVERSIES IN PSYCHOTHERAPY INTEGRATION

Luis Botella

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport (FPCEE) Blanquerna
Universitat Ramon Llull, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella, L. (2017). ¿Cómo se puede no ser integrador hoy en día? Estado Actual y Controversias de la Integración en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 1-13.

Resumen

Este trabajo se centra en una revisión del estado de la cuestión en integración en psicoterapia así como de sus principales controversias en cuanto a las objeciones a la falta de eficacia diferencial y a la supuesta inespecificidad de los factores comunes.

Palabras clave: integración en psicoterapia, factores comunes, eficacia diferencial, alianza terapéutica.

Abstract

This work focuses on a review of the status of psychotherapy integration as well as its main controversies regarding the objections to the lack of differential efficacy and the supposed non-specificity of common factors.

Keywords: integration in psychotherapy, common factors, differential efficacy, therapeutic alliance.



Han pasado ya varias décadas desde la emergencia del llamado *movimiento integrador* en psicoterapia. Desde su origen, motivado por diferentes factores tanto científicos como socio-políticos, se ha ido consolidando tanto en cuanto a forma de práctica de multitud de psicoterapeutas como en cuanto a fuente de investigación en psicoterapia.

Este artículo se centra precisamente en una revisión de los pilares de dicha tendencia a la integración y algunas de las controversias actuales que aún despierta.

Recordatorio: La Psicoterapia Funciona

En los años 80, los estudios que avalaban la eficacia genérica de los tratamientos psicológicos en comparación con los placebos o la ausencia de tratamiento eran ya cientos y recogían miles de datos de pacientes y terapeutas de diversas procedencias nacionales. Entre las revisiones más importantes sobre el tema se contaban las de la Asociación Psiquiátrica Americana (1982), la Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos (1980) y la del Proyecto de Seguridad Cualitativa de Australia y Nueva Zelanda (1983). Algunas de estas revisiones (como por ejemplo la de Smith, Glass y Miller, 1980) se basaban en estudios metaanalíticos que incluían más de 25.000 pacientes. En general, como destacaba Lambert (1986) la conclusión que se obtenía de tales estudios era que la persona que seguía un tratamiento psicológico mejoraba más que el 80% de la muestra no tratada. Así mismo, el porcentaje de clientes que mejoraban como resultado del tratamiento psicológico se cifró entre un 65% y un 70% (Howard, *et al.*, 1986; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Whiston y Sexton, 1993), mientras que la remisión espontánea no superaba el 40%. También se admitió como demostrado que los clientes que seguían un proceso psicoterapéutico mejoraban en mayor proporción (el doble) que los que se sometían a tratamientos placebo (véase Lambert, 1991, para una revisión hasta ese momento).

Todo lo anterior llevó al consenso de que la investigación científica rigurosa había demostrado sobradamente, después de décadas de producir cuantiosa evidencia, que:

- los tratamientos psicológicos son eficaces (tanto o más que los farmacológicos);
- su eficacia no responde a efectos placebo;
- sus efectos positivos son relativamente rápidos y se mantienen en el tiempo una vez acabado el tratamiento;
- su eficacia redundaba en un beneficio económico general y para el sistema sanitario en particular;
- todo lo anterior no es producto de estudios llevados a cabo en condiciones artificiosas, sino que tales resultados se mantienen e incluso se refuerzan en estudios realizados en situaciones de práctica clínica “de primera línea”.

El nivel de eficacia de la psicoterapia tal y como se deduce de los metaanálisis

ha sido reconsiderado recientemente a la baja por un estudio de Driessen *et al.* (2015) en el que comprobaron que los sesgos de publicación podrían haber inflado artificialmente los resultados. En esencia se trata de lo que algunos metodólogos llaman el efecto de “cajón de archivador”: cuando un estudio no obtiene resultados significativos no se publica. Así, al publicarse sólo (o sobre todo) los éxitos, los metaanálisis obtienen tamaños del efecto considerablemente sesgados hacia lo positivo. Los propios autores reconocen que este problema es exactamente igual (de hecho bastante más acuciante) en los estudios con fármacos y que no desmerece en absoluto la eficacia de la psicoterapia. Más bien hace que debamos ser más modestos en la valoración de su nivel de eficacia tal y como aparece en la literatura científica—aunque en la práctica clínica la evidencia de su eficacia sigue a veces otros derroteros y se mantiene intacta a las vicisitudes de las metodologías de investigación y sesgos de publicación; los testimonios de la eficacia de la psicoterapia son miles.

De hecho el trabajo de Glass y Miller mencionado antes merece un comentario más detallado por sus circunstancias históricas. Gene V. Glass, estadístico e investigador en psicología de la educación nacido en 1940, acuñó el término metaanálisis y lo ejemplificó cuando presentó sus resultados en un discurso presidencial de la *American Educational Research Association* en San Francisco en 1976 —discurso que hoy en día es famoso entre metodólogos y expertos en estadística justo por ser el origen del término. A pesar de que Glass temía que al ser una metodología nueva y extraña para la época sería rechazada, se encontró con que era aceptada con entusiasmo. Posteriormente publicó sus resultados junto con Mary Lee Smith y Thomas I. Miller en la obra que cito en este trabajo.

A pesar de que Glass no era un psicólogo clínico, había vivido como profundamente inadecuada la demoledora crítica de Hans J. Eysenck a la psicoterapia en 1952 en la que, según Eysenck, se demostraba la total ineficacia de esta. El trabajo de Eysenck se considera hoy en día un excelente ejemplo de impostura, y en gran medida gracias a metaanálisis como los que llevaron a cabo Glass y sus colegas. El hecho es que Gene Glass había estado en psicoterapia él mismo y conocía de primera mano los beneficios de esta, de ahí su malestar con el trabajo antedicho.

A Gene Glass y Mary Lee Smith les llevó más de dos años y miles de horas localizar en bibliotecas los cientos de artículos, tesis e informes que certificaban la eficacia de los tratamientos psicológicos y que querían incluir en su metaanálisis. Tengamos presente que hablamos de antes de que hubiese ningún tipo de registro informatizado, con lo cual un estudio así representaba la búsqueda del material en fichas bibliográficas en papel, su ubicación física en bibliotecas y literalmente miles de horas frente a fotocopadoras.

Localizaron más de mil documentos, de los cuales 375 cumplían los requisitos que los hacían susceptibles de ser incluidos en su metaanálisis. Glass calculó el tamaño del efecto para cada uno con una fórmula que sería la que hoy en día

conocemos como d de Cohen, y llegó a un tamaño del efecto promedio de $d = 0,68$, es decir, muy considerable (para visualizar ese efecto pensemos que equivaldría por ejemplo a un incremento de 10 puntos en una escala de coeficiente intelectual con una desviación típica de 15).

Además de demostrar la eficacia de la psicoterapia, otro resultado interesante de su estudio fue que, tal como se comenta en este trabajo, encontraron que no había eficacia diferencial clara: entre los estudios que analizaron había terapias centradas en el cliente, conductuales y racional-emotivas, y todas produjeron el mismo efecto en promedio.

La respuesta de Eysenck no se hizo esperar, y en el habitual tono provocador que le acabó costando tantos problemas durante su vida, publicó en 1978 una “respuesta” en *American Psychologist* que tituló: *An Exercise in Mega-Silliness* (Un Ejercicio de Mega-Tontería), haciendo un peculiar juego de palabras al equiparar *MetaAnalysis* a *Mega-Silliness*. En su artículo decía literalmente que el metaanálisis de Gene Glass respondía al adagio de *garbage in-garbage out* (entra basura, sale basura).

Parece, como en muchos otros casos, que la historia ha colocado a cada uno en su sitio: Gene Glass es hoy en día reconocido como el creador del metaanálisis y una figura de referencia en las ciencias sociales mientras que las continuas polémicas generadas por Eysenck contribuyeron a enturbiar su carrera académica.

Otra de las críticas tradicionales a los estudios de eficacia de los tratamientos psicológicos iniciales había sido que se llevaban a cabo en condiciones ideales imposibles de replicar en la práctica clínica real: pacientes con formas “puras” de trastornos rigurosamente diagnosticados y escogidos en función de dicho diagnóstico, tratamientos manualizados estrictamente llevados a cabo por terapeutas formados específicamente en tales manuales, etc.

Sin embargo, los resultados de investigación sobre los tratamientos psicológicos en entornos de práctica clínica real demuestran una vez más su eficacia, e incluso con mayor contundencia. Parece que parte del problema de que en ocasiones tales tratamientos hayan parecido no funcionar en contextos reales es, sencillamente, que se aplicaban mal –es decir, durante menos tiempo del requerido, en condiciones inadecuadas o por parte de terapeutas sin la necesaria formación. Un resultado colateral interesante de tales estudios es que, cuando se consulta a los pacientes, hay un gran porcentaje que muestran una clara preferencia por los tratamientos psicológicos en lugar de los puramente farmacológicos incluso en entornos estrictamente médicos/hospitalarios.

Por ejemplo, el sofisticado y riguroso estudio *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP) liderado por Irene Elkin y sus colegas del *National Institute of Mental Health* de Estados Unidos en los años 80 comparaba dos formas de psicoterapia y una de medicación antidepressiva en el tratamiento de la depresión grave y en condiciones de máximo rigor empírico. Las dos psicoterapias comparadas eran la *terapia cognitiva* y la *terapia interpersonal*.

El estudio demostró, mediante un ANOVA de medidas repetidas de los datos de la mejora sintomática en las cuatro condiciones del estudio (terapia cognitiva, terapia interpersonal, medicación y placebo), entre otras muchas cosas, que los tratamientos psicológicos eran eficaces en un nivel comparable al de la medicación.

En estudios más recientes sobre eficacia de los tratamientos psicológicos publicados en el *Journal of the American Medical Association* y el *New England Journal of Medicine* revisados por Barlow (2004) se demostraba algo más que la superioridad de tales tratamientos respecto al no-tratamiento o al placebo:

Estos estudios demuestran que hay una nueva generación de potentes intervenciones psicológicas tan eficaces, si no más, que los tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos alternativos cuando se evalúan en el contexto de trastornos específicos. (p. 871).

La revisión de la evidencia de eficacia acumulada llevó a la APA a emitir su dictamen en Agosto de 2012 declarando formalmente que “como práctica de curación y servicio profesional, la psicoterapia es eficaz y muy rentable. En ensayos clínicos controlados y en la práctica clínica los resultados de la psicoterapia superan notablemente a los experimentados por las personas que necesitan servicios de salud mental pero no reciben psicoterapia. En consecuencia, la psicoterapia debe ser incluida en el sistema de salud como una práctica basada en la evidencia disponible.”

Desde entonces disponemos de aún más evidencias interesantes. Entre muchas otras, y para no extender demasiado este apartado, a la vez que se demuestra la eficacia de nuevas formas de psicoterapia se comprueba cada vez más que las intervenciones exclusivamente farmacológicas conllevan inconvenientes significativos.

Por ejemplo, investigaciones recientes (Read, Cartwright y Gibson, 2014) demuestran que los efectos secundarios de la medicación antidepresiva reportados por los pacientes son mayores de lo que se suele reconocer: en una muestra de más de 1.800 personas medicadas el 62% informó de disfunción sexual, el 60% se quejó de sentirse emocionalmente embotado, un 41% dijo que se sentían menos positivos y un 39% dijeron haber tenido pensamientos suicidas. De forma preocupante, un tercio de los encuestados dijeron que no habían sido advertidos acerca de los posibles efectos emocionales o interpersonales adversos de la medicación.

Sin embargo, y al mismo tiempo, la evidencia clínica favorable a la eficacia de formatos de psicoterapia tales como la MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) en la prevención de la depresión, el estrés y la ansiedad es cada vez más sólida –véase, por ejemplo, Piet y Hougaard (2011). Después de analizar seis ensayos clínicos que incluyeron 593 personas, los autores llegan a la conclusión de que la MBCT redujo el riesgo de recaída en los pacientes con al menos tres incidentes previos de depresión en un 43% en comparación con el tratamiento habitual.

Otra revisión aún más reciente de la investigación sobre este tema (Khoury *et*

al., 2013) examinó 209 estudios que incluyen 12.145 personas. Los autores demostraron que la MBCT es un tratamiento eficaz para una variedad de problemas psicológicos, y “especialmente eficaz para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés”. Otros estudios han demostrado que es eficaz para la prevención de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y puede serlo para otras condiciones psiquiátricas, entre ellas el trastorno bipolar.

Volviendo a la terapia cognitiva, y como extensión de su eficacia más que demostrada en el tratamiento de la depresión, un estudio reciente publicado en *The Lancet* (Morrison *et al.*, 2014) demuestra que reduce significativamente los síntomas psiquiátricos en personas con trastornos del espectro esquizofrénico que han optado por no tomar fármacos antipsicóticos y parece ser una alternativa segura y aceptable.

De hecho, más allá de la depresión o la esquizofrenia, los estudios demostrando la eficacia de las diferentes modalidades de psicoterapia se cuentan por centenares y abarcan la mayoría de problemas psicológicos: sólo desde el año 2013 se han publicado más de 500 artículos académicos sobre el tema.

En este sentido, y tal como afirmaba recientemente Brandon A. Gaudiano en el *New York Times* (Gaudiano, 2013) para los pacientes con los trastornos más comunes, como la depresión y la ansiedad, las psicoterapias con apoyo empírico, es decir, aquellas que han mostrado ser seguras y eficaces en ensayos controlados aleatorios, son los mejores tratamientos de primera elección. Los medicamentos, debido a sus posibles efectos secundarios, deben considerarse en la mayoría de los casos sólo si la terapia no funciona bien o el paciente no está dispuesto a intentarla.

Está claro que hay toda una serie de terapias que tienen un fuerte apoyo empírico, incluyendo la cognitivo-conductual, basada en *mindfulness*, interpersonal, familiar y terapias psicodinámicas incluso breves (por ejemplo, de 20 sesiones). A corto plazo, estas terapias son tan eficaces como los medicamentos para reducir los síntomas de la depresión clínica o trastornos de ansiedad. También pueden producir mejores resultados a largo plazo para los pacientes y sus familiares, mejorando el funcionamiento en contextos sociales y laborales y evitando la recaída más que los medicamentos.

Probablemente todo esto y más factores aún (por ejemplo socio-económicos) sea lo que está llevando a la situación de que, cuando se consulta a los pacientes, haya un gran porcentaje que muestren una clara preferencia por los tratamientos psicológicos en lugar de los farmacológicos incluso en entornos estrictamente médico/hospitalarios.

Sin embargo, y paradójicamente, esta preferencia no se traduce en un aumento de la demanda ni de la provisión de servicios psicoterapéuticos dado que una buena parte del público (incluyendo médicos, aseguradoras, derivantes e incluso muchos terapeutas) no está informado de lo comentado hasta este punto.

¿Qué psicoterapia funciona mejor?

A pesar de las diferencias teóricas entre modelos psicoterapéuticos y el interés de sus proponentes por demostrar su superioridad relativa, la conclusión que se extrae de la revisión de la literatura hasta el momento es que ninguna de ellas sobresale claramente por encima de todas las demás.

En la década de los 80, tanto la investigación metaanalítica de Smith, Glass y Miller (1980), que incluía 475 estudios con más de 78 formas de psicoterapia, como otras investigaciones más restrictivas incidían en la misma conclusión: no había un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos.

En 1997, Wampold *et al.* publican un nuevo metaanálisis de los 300 estudios de comparación directa hasta la fecha que incide en la misma conclusión. En el trabajo de Laska, Gurman y Wampold (2014) se informa de una decena de metaanálisis más ninguno de los cuales permite rechazar la hipótesis nula de falta de eficacia diferencial—Baardseth *et al.*, 2013; Benish *et al.*, 2007; Cuijpers *et al.*, 2012; Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008; Imel, Wampold, Miller y Fleming, 2008; Leichsenring y Leibing, 2003; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa, 2010; Shedler, 2010; Tolin, 2010; Wampold, Minami, Baskin y Tierney, 2002.

En 2013 la APA dictamina una Resolución sobre la Eficacia de la Psicoterapia que concluye que, a la vista de la evidencia disponible, las comparaciones de diferentes formas de psicoterapia dan lugar generalmente a *diferencias relativamente insignificantes y los factores contextuales y relacionales median o moderan casi siempre las escasas diferencias de resultados.*

En 2014, Marcus *et al.* incluyen los 51 estudios de eficacia publicados en los 17 años posteriores al de Wampold *et al.* (1997) y, si bien emplean una forma de análisis más rigurosa, vuelven a llegar al mismo resultado de equivalencia por lo que respecta a la eficacia de los tratamientos comparados (aunque observan una ligera ventaja de los modelos cognitivo-conductuales por lo que se refiere a la eficacia en cuanto a *objetivos primarios a corto plazo*).

Resulta paradójico que modelos terapéuticos pretendidamente diferentes (e incluso opuestos) sean igualmente eficaces. La resolución de esta paradoja pasa para muchos por la cuestión de la integración, tanto en lo que respecta a la identificación de los factores comunes que afectan al éxito terapéutico como a la complementariedad de la validez de unos enfoques con la de otros en un esfuerzo de integración teórica y técnica.

Controversias Actuales sobre Factores Comunes

La tradición centrada en la terapia como aplicación de técnicas específicas con efectos específicos para patologías específicas sigue llevando a una polémica poco fructífera con la investigación sobre factores comunes. En esencia, se trata de equiparar cualquier factor común a un ingrediente inespecífico equivalente a un placebo e indigno de un tratamiento científicamente fundado y basado en la

evidencia.

Sin embargo, hay potentes argumentos en contra de una visión tan reduccionista y tecnocrática de la psicoterapia. Wampold (2001) por ejemplo, parte de una visión de la psicoterapia diferente a la antedicha, que la equipara a una combinación de (a) un *vínculo emocional* entre terapeuta y paciente, (b) un *entorno de curación* en el que la terapia se lleva a cabo, (c) un *terapeuta* que ofrece una explicación psicológica y culturalmente integrada para el malestar del paciente, (d) una *explicación* que es adaptativa (es decir, aporta opciones viables y creíbles para la superación de las dificultades específicas) y aceptada por el paciente y (e) un conjunto de *procedimientos o rituales* en los que el paciente y el terapeuta se implican activamente y que llevan al paciente a poner en práctica algo que es positivo, útil o adaptativo.

Mientras la visión basada en la especificidad se centra en las diferencias, de la definición anterior se deduce claramente que, si tiene sentido, cualquier tratamiento que cumpla lo anterior debería ser eficaz (a pesar de que sus bases conceptuales y/o aplicadas sean divergentes de otro igual de eficaz).

Un ejemplo de lo antedicho sería la historia que explicaba George Kelly (1964/1969) en el contexto de las condiciones de libertad y falta de supervisión de que gozaba en su práctica psicoterapéutica en el Medio Oeste americano en los años 30. Esas condiciones le permitieron dar un paso poco ortodoxo en el desarrollo de su práctica clínica: empezó a ofrecer a sus clientes interpretaciones ficticias no basadas en la teoría psicoanalítica predominante en ese momento (por ejemplo, que un trastorno gástrico se debía a que el estómago se estaba rebelando contra todo tipo de nutrición—parental, educativa y alimentaria). Para su sorpresa, esas interpretaciones ficticias funcionaban igual de bien, y algunas incluso mejor, que las ortodoxas. Esta experiencia llevó a Kelly a una conclusión relevante en su formulación teórica posterior; *lo que contribuye al éxito de la terapia es la facilitación de un marco de significado que dé a los clientes un nuevo enfoque ante la vida.*

Sin embargo, esto no supone que toda la terapia se reduzca a los aspectos relacionales del proceso; la alianza terapéutica (y por extensión la relación terapéutica) es sólo uno de los posibles factores comunes —si bien la investigación demuestra que sumamente relevante.

La revisión de los principales resultados de investigación en psicoterapia, de hecho, concuerda mucho más con una visión de factores comunes que de ingredientes específicos. La dificultad para demostrar eficacia diferencial, la potencia de los factores de la relación, las diferencias entre terapeutas atribuibles a variables personales y no de orientación teórica... todo ello y muchísimas evidencias más cuya revisión excedería las limitaciones de este trabajo encajan con lo que sería esperable desde una visión basada en factores comunes.

¿De dónde proviene pues la resistencia a los argumentos a favor de los factores comunes y de una visión de la psicoterapia como relación de colaboración

y de reconstrucción de procesos de atribución de significado más que como tratamiento médico específico? Entre otras cosas de algunos malentendidos que resumen Laska y Wampold (2014).

En primer lugar se acusa a la perspectiva de factores comunes de ser anticientífica e indemostrable, pero vista la enorme cantidad de evidencia empírica que concuerda con ella ese argumento es difícilmente sostenible.

Por otra parte se ataca la idea de una posible terapia de factores comunes sin estructura conceptual alguna, cosa que es evidente que nadie defiende –en la propia definición de Wampold (2001) resumida en el primer párrafo de este apartado ya se contempla el hecho de que una terapia eficaz debe incluir una explicación convincente y adaptativa– el *marco de significado que dé a los clientes un nuevo enfoque ante la vida* al que se refería Kelly (1964/1969). La superioridad de todas las terapias respecto a los tratamientos placebo sin estructura conceptual demuestra precisamente este punto.

En último término, la principal fuente de tales críticas parece ser la actitud de convencimiento dogmático de que la teoría y la terapia de preferencia es la mejor y la única posible. No sólo no hay ninguna otra mejor, sino que no es ni siquiera admisible que haya alguna otra igual de válida.

Integración e Investigación en Psicoterapia

Tal y como sintetizan acertadamente Castonguay *et al.* (2015), la conexión entre investigación e integración en psicoterapia es a la vez intrínseca y relevante.

Intrínseca porque, tal y como hemos visto a lo largo de esta exposición, la mayoría de argumentos a favor de la integración provienen de las evidencias empíricas sobre la eficacia y el proceso de la psicoterapia.

Relevante porque el riesgo que corre la integración en psicoterapia no parece afectar tanto a su propia supervivencia (dada la complejidad del sufrimiento humano y su alivio, parece poco probable que una sola teoría llegue a explicarlo por completo) sino a su madurez y aceptación social, académica y científica.

Efectivamente, a menos que se fundamenten empíricamente las propuestas integradoras y se articulen en programas objeto de investigación y verificación, será complicado incluirlas en programas de formación y práctica, que siempre lo tendrán más fácil si se decantan por *Tratamientos Empíricamente Validados* y, sobre todo, manualizados y replicables como puede ser, paradigmáticamente, la terapia cognitivo-conductual.

Relacionando lo anterior con los principales enfoques del movimiento integrador es posible que para cada uno de ellos se pueda establecer un orden de prioridades ligeramente diferente (aunque compatible) en cuanto a qué cabría esperar de las contribuciones de la investigación a la integración.

Así, por ejemplo, en el caso del eclecticismo técnico, resulta sugerente pensar cómo se podría investigar la adecuación de diferentes técnicas y procedimientos terapéuticos a diferentes estilos de cliente con diferentes vivencias de sus problemas

y recursos. Sería posible que a medio y largo plazo tal programa de investigación permitiese disponer de criterios de selección sistemática de técnicas, o de relaciones terapéuticas, que permitiesen complementar y enriquecer los de selección sistemática de tratamientos –en Botella y Feixas (1998), por ejemplo, se proponía tal tipo de selección sistemática de técnicas terapéuticas en función de las ocho estrategias de cambio en el sistema de constructos del cliente propuestos por Kelly.

También en esta línea, en algunos de los trabajos de nuestro grupo (Botella, 2007) se ha propuesto el uso de Mapas Cognitivos Borrosos (MCBs) del proceso de formación y resolución de problemas humanos como la posible base para una integración conceptualmente coherente de técnicas seleccionadas eclécticamente. La propia naturaleza matematizable de los MCBs permite investigar los efectos y el proceso derivados del uso de dichas técnicas.

En el caso de la integración teórica, los programas de tratamiento e intervenciones terapéuticas derivadas de modelos integradores pueden ser investigados en cuanto a eficacia y proceso de la misma manera que los clásicos, y atendiendo a la llamada al pluralismo metodológico que caracteriza en los últimos años a la investigación en psicoterapia. Por ejemplo, en los trabajos de nuestro grupo hemos investigado la eficacia diferencial de un formato de terapia constructivista relacional integradora para la depresión postparto comparándolo con uno de terapia cognitiva de Beck en un ensayo clínico aleatorizado (véase Pinheiro *et al.*, 2013).

Por lo que respecta a los factores comunes, y dado que se trata de una línea de integración en psicoterapia que se basa ya en múltiples datos procedentes de la investigación empírica, sería especialmente interesante seguir investigando sobre cuáles son y cuál es su relación con el resultado y proceso psicoterapéutico. En los trabajos de nuestro grupo, por ejemplo, hemos investigado repetidamente el papel de la alianza terapéutica en el resultado y proceso de la terapia (véase, por ejemplo, Botella y Corbella, 2011; Botella *et al.*, 2008; Soares *et al.*, 2010; Soares *et al.*, 2013) así como el de los procesos narrativos como factor común a diferentes formas de tratamiento (véase, por ejemplo, Botella, 1997; Botella y Feixas, 1990, 1992; Botella y Herrero, 2000; Botella *et al.*, 2004; Vall y Botella, 2015).

En cuanto a la integración asimilativa, la investigación puede ayudar a esclarecer cuáles son los efectos distintivos, ventajas e inconvenientes, de incorporar técnicas procedentes de diversos marcos conceptuales al propio de preferencia.

Por último, la investigación sobre integración metateórica puede hacer avanzar el campo de la integración en psicoterapia dotándolo de mayor claridad y coherencia conceptual y epistemológica –por ejemplo, en Botella (1999) se planteaban algunos aspectos relevantes para la integración metateórica de las terapias sistémicas y constructivistas.

En conclusión...

La integración en psicoterapia sigue siendo un ámbito que despierta interés, investigación, innovación y controversias fructíferas.

El contexto original sin duda ha cambiado, y las circunstancias que dieron lugar a su surgimiento son ahora diferentes: algunas ya no tienen tanto sentido y a la vez han aparecido otras nuevas.

Los logros del movimiento integrador son cuantiosos y destacables, y entre ellos se cuenta el haber dado lugar a una actitud de diálogo y exploración de las comunalidades que trasciende los enfrentamientos y lucha entre escuelas que caracterizaron a las primeras décadas de nuestra disciplina.

Igualmente resulta muy encomiable el esfuerzo deliberado y consiente por basar sus propuestas y desarrollos en la investigación, cosa que ha fomentado enormemente el avance de conceptos tales como, por ejemplo, Alianza Terapéutica o Factores Comunes.

Parecería pues que en respuesta al título de este trabajo “¿cómo se puede no ser integrador hoy en día?” habría básicamente dos formas de resistencia a la exploración de la integración:

Por una parte el escepticismo anti-empírico, basado en una actitud selectiva o simplemente desinformada de los principales resultados de investigación sobre la eficacia y el proceso terapéutico. Dicha actitud sostiene el prejuicio de que la falta de eficacia diferencial es un mito, lo cual permite seguir sosteniendo que la terapia de preferencia es la mejor, y en muchos casos la única con fundamento.

La tecnocracia de la especificidad y la metáfora del fármaco: diferente de la anterior y ligeramente más informada, esta actitud se basa en la presunción de que lo que hace eficaz a una terapia son sus componentes técnicos, igual que lo que hace eficaz a un fármaco es su ingrediente activo. Partiendo de esa base, se considera que se llegará en el momento en que el avance científico lo permita a descubrir cuál es el ingrediente activo de cada psicoterapia y a diseñar y validar las que sean específicamente eficaces para cada problema específico objeto de demanda. De momento los avances en esa línea han sido más bien escasos, y teniendo en cuenta la enorme multiplicidad de problemas objeto de la psicoterapia y la enorme multiplicidad de formas de manifestarlos en función de las variables personales de cada cliente, no parece que haya mucho espacio para el optimismo en cuanto a la posibilidad de llegar a resultados tan específicos.

Con todo, y como en muchos otros ámbitos de nuestra disciplina, se trata de un territorio que está aún en fase de exploración, con una complejidad enorme y que ofrece múltiples posibilidades. Esperamos que este trabajo haya contribuido a clarificar el panorama y a animar futuras exploraciones.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1982). *Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues*. Washington, DC: Author.
- Baardseth, T., Goldberg, S., Pace, B., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R. y Wampold, B. W. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395–405.

- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.
- Benish, S., Imel, Z. E. y Wampold, B. E. (2007). The relative efficacy of bona fide psychotherapies of post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758.
- Botella, L. (1997). Reconstrucción narrativa y ciclo vital: una aproximación desde la psicoterapia constructivista. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Comps.), *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia* (pp. 181-201). Madrid, España: Fundamentos.
- Botella, L. (1999). Constructivismo y construccionismo en terapia familiar: pragmática, semántica y retórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1, 23-35.
- Botella, L. (2007). *Potential uses of fuzzy logic: Applying Fuzzy Cognitive Maps (FCMs) in psychotherapy*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16, 103-119.
- Botella, L., y Feixas, G. (1990). El grupo autobiográfico: un instrumento para la reconstrucción de la experiencia con personas de edad avanzada. *Anuario de Psicología*, 44, 47-60.
- Botella, L., y Feixas, G. (1992). The autobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 303-319.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Laertes.
- Botella, L. y Herrero, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 3(3), 407-418.
- Botella, L., Herrero, O., Pachecho, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: a relational constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod, (Eds.). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. California: Sage.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C. y Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 1-18.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. y Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 280-291.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. y van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Driessen, E., Hollon, S. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Turner, E.H., (2015) Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. *PLoS ONE*, 10(9).
- Gaudiano, B. A., (2013, September 30). Psychotherapy's Image Problem. *The New York Times*, p. A25.
- Howard, K. L., Kopta, S. M., Krause, M. S. y Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D. y Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Journal of Addictive Behaviors*, 22, 533-543.
- Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Nueva York: Brunner- Mazel.
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. En L. E. Beutler y M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp.1-11). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. y Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 157-212). Nueva York: Wiley.
- 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, 467-481.
- Laska, K. M. y Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1231.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, R. Dudley, N., Chapman, P., Callcott, T., Grace, V., Lumley, L., Drage, S., Tully, K., Irving, A., Cummings, R., Byrne, L.M., Davies, P. y Hutton (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 1395-1403.

- Office of Technology Assessment, U.S. Congress. (1980). *The efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy—Background paper number 3: The implication of cost effectiveness analysis of medical technology*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Piet, J. y Hougaard, E. (2011). The effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032-1040.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635–641.
- Quality Assurance Project. (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 17*, 129-146.
- Read, J., Cartwright, C. y Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research, 216*(1), 67-73.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*, 98–109.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Soares, L., Botella, L. y Corbella, S. (2010) The co-constructed therapy alliance and the technical and tactical quality of the therapist interventions in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy y Counselling, 12*(2), 173-187.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., De Lemos, M. S. y Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 22*(1), 27-36.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710–720.
- Vall, B. y Botella, L. (2014). Narrative assessment: Differences between anxious and depressed patients. *Narrative Inquiry, 24*(1), 132-152.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. y Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders, 68*, 159–165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes”. *Psychological Bulletin, 122*, 203–215.
- Whiston, S. C. y Sexton, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(1), 43-51.

Máster en Terapia Sexual y de Pareja

Dirigido por: Adrián Montesano y Guillem Feixas
Universidad de Barcelona



Foto: Lara Zankoul

SEMINARIOS ESPECIALIZADOS

Sobre sexualidad humana, relaciones interpersonales y modelos psicoterapéuticos con profesores expertos a nivel nacional e internacional.



PRÁCTICAS PROFESIONALES Y SUPERVISIÓN

En centros concertados o en la unidad de atención del máster equipada con cámara Gesell para llevar casos con supervisión en directo.



ENTRENAMIENTO HABILIDADES TERAPÉUTICAS

Énfasis tanto en conocimientos teóricos para la formulación de caso como en el trabajo personal del alumno a través de un entrenamiento vivencial.



Toda la información en: www.ub.edu/mastertsp

LA INTEGRACIÓN MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: APLICACIONES DE LOS NUEVOS MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS

INTEGRATION BEYOND DIAGNOSIS: APPLICATIONS OF THE NEW TRANSDIAGNOSTIC MODELS

Carlos Mirapeix

Psiquiatra

Director de FUNDIPP

Unidad de Psicoterapia Integrada, Personalidad y Trauma. Cantabria, España

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mirapeix, C. (2017). La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 15-38.

Resumen

Presento en este artículo una visión de los modelos transdiagnósticos desde una perspectiva de alguien que llega a él desde los modelos integradores en psicoterapia, concretamente desde la psicoterapia cognitivo analítica. Expondré de las características generales de los modelos transdiagnósticos, centrándome en la polisemia del término transdiagnóstico y la necesidad de definir con una mayor claridad los diferentes significados que se dan para este término. Se han descrito muchas variables que se han denominado transdiagnósticas y pasaremos una revisión a las mismas. Se abordará alguna reflexión en torno a temas de interés muy actual en relación al campo transdiagnóstico como es la regulación emocional, la función reflexiva como un factor común y el mindfulness, concebido desde la perspectiva transdiagnóstica y terminaré describiendo los modelos clásicos dentro del campo de la psicoterapia transdiagnóstica y me centraré fundamentalmente en las aplicaciones de los modelos transdiagnósticos en los trastornos de la personalidad.

Palabras clave: *psicoterapia, transdiagnóstico, integración, cognitivo analítica y personalidad.*

Abstract

In this article I present a vision of transdiagnostic models from the perspective of someone who comes to it from integrative models in psychotherapy, specifically from cognitive analytic psychotherapy. I will explain the general characteristics of transdiagnostic models, focusing on the polysemy of the term transdiagnosis and the need to define more clearly the different meanings given for this term. Many variables have been described that have been called transdiagnostics and we will pass a review to them. Some reflection will be approached around topics of very current interest in relation to the transdiagnostic field such as emotional regulation, reflective function as a common factor and mindfulness, conceived from the transdiagnostic perspective and I will end up describing the classical models within the field of transdiagnostic psychotherapy and I will focus fundamentally on the applications of transdiagnostic models in personality disorders.

Keywords: *psychotherapy, transdiagnostic, integration, cognitive analytic and personality.*

Fecha de recepción: 15 de junio de 2017. Fecha de aceptación: 26 de julio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: c.mirapeix@fundipp.org

Dirección postal: Plaza del Cuadro 3, 3º B y C. Santander 39004, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



INTRODUCCIÓN:

Desde el título se intuye el lugar desde donde hablo. He llegado a los modelos transdiagnósticos de psicoterapia desde el campo de las psicoterapias integradas. No es lo común en el panorama internacional, habitualmente se llega desde los modelos de terapia cognitivo conductual (Harvey 2004). Esto, sin lugar a dudas, va a condicionar la orientación y estructura de mi aportación así como las aplicaciones prácticas de la concepción que quiero compartir.

Los modelos transdiagnósticos no intervienen sobre trastornos psicopatológicos enmarcados en sistemas de clasificación clásicos, es decir, sobre trastornos específicos; su foco de intervención está en las variables cognitivas y emocionales vinculadas y subyacentes a los diferentes trastornos (Mansel 2012) que veremos a lo largo del artículo.

Implícito en una concepción transdiagnóstica de la psicopatología y la psicoterapia, se encuentra la realidad de los diagnósticos clínicos. Se supone que el propio nombre de transdiagnóstico pretende ir más allá del diagnóstico, pero también es cierto o que sin la existencia de los diagnósticos, las deficiencias y las críticas a los mismos, no se les hubiese podido conceptualizar y encontrar los factores psicológicos disfuncionales subyacentes a diferentes diagnósticos clínicos. Por lo tanto, hay una circularidad entre diagnóstico y transdiagnóstico. Una oposición entre ambos enfoques (dimensional transdiagnóstico y categorial) nos llevaría hacia una falsa dicotomía. Un enfoque transdiagnóstico de la psicopatología debe proporcionar una base para entender, clasificar e integrar los diferentes síntomas y diagnósticos desde procesos y factores (dimensiones) más o menos comunes y/o generales y supone asumir la existencia de algún sistema de diagnóstico. Estos modelos han sido revisados recientemente por distintos autores del panorama nacional (Belloch 2012, Sandín 2012).

Una crítica al diagnóstico en psicoterapia:

Uno de los motivos del advenimiento de los modelos transdiagnósticos, es el problema de la comorbilidad, la baja especificidad de los diagnósticos clásicos y el hallazgo de variables cognitivas y emocionales subyacentes a diferentes trastornos. Pero no voy a profundizar en esta crítica, quiero hablar de mi experiencia personal en relación a la poca utilidad del diagnóstico en psicoterapia.

Muchos años de práctica clínica en psicoterapia, y con la experiencia de ser a su vez psiquiatra, me permiten llegar a una conclusión compartida con otros muchos profesionales: el diagnóstico clínico nos informa muy poco acerca de la tarea que tenemos por delante en un tratamiento psicoterapéutico. Tan es así que me atrevo a afirmar que: el diagnóstico clínico clásico de lo que sí nos informa es acerca de con qué pacientes no debemos hacer psicoterapia como tratamiento de primera elección. A la hora de diseñar un plan de intervención basado en una selección terapéutica diferencial científicamente informada (Frances 1984) y una planificación terapéutica sustentada en un abordaje de psicoterapia prescriptiva (Beutler

2014) (que es muy integradora en origen y muy transdiagnóstica como evolución), lo realmente importante es definir con claridad cuáles son las variables psicológicas intermedias, algunas de las cuales denominamos transdiagnósticas, que influyen en el diseño estratégico y que van a permitir utilizarlas como foco en la intervención técnica.

ALGUNAS CUESTIONES TEORICAS:

Antecedentes y contexto científico de desarrollo.

Originariamente el planteamiento es que hay formas de comienzo específicas en los diferentes trastornos psicopatológicos, así como procesos de mantenimiento que son significativamente distintos entre los diferentes trastornos y que por lo tanto deben de realizarse diferentes abordajes terapéuticos para cada uno de estos trastornos. Esto implicó una hipertrofia de modelos de intervención diagnóstico-específicos, manualizaciones múltiples y programas de intervención súper especializados.

Pero esto nos confronta con una realidad clínica tozuda, la comorbilidad. Esta está muy vinculada al origen de los modelos transdiagnósticos. Las altas tasas de comorbilidad en los diagnósticos clásicos y el hallazgo de procesos cognitivos y conductuales subyacentes que son compartidos por una amplia gama de trastornos psicológicos están en la base de los modelos transdiagnósticos. Por ejemplo: la atención focalizada en sí mismo, está elevada en todos los trastornos estudiados entre los que se incluía depresión, una gran variedad de trastornos de ansiedad, abuso del alcohol, esquizofrenia y psicopatía (Ingram 1999). Esto requiere de un cambio de perspectiva que focalice este tipo de intervenciones en lo común y genérico de las situaciones clínicas en lugar de centrarse en lo específico y diferencial entre ellas (Brown & Barlow, 2009). En definitiva, la búsqueda de procesos comunes en los trastornos clínicos llevo a la psicoterapia transdiagnóstica (Harvey 2004).

En el año 2009 hubo un número monográfico del Journal of Cognitive Psychotherapy en el que Mansell, realizó una primera revisión y puesta en común de los avances producidos en la psicoterapia transdiagnósticas que posteriormente tendremos ocasión de profundizar en ellas.

Quiero ampliar y analizar con un poco mas de detalle las diferencias fundamentales entre los modelos psicoterapéuticos clásicos focalizados en el diagnóstico y los modelos transdiagnósticos focalizados en variables psicológicas disfuncionales que permiten configurar una planificación estratégica específica focalizada en estas variables.

Incluyo a continuación una tabla en la que sintetizo las aportaciones de Mansell (2009) que contribuyen a diferenciar con claridad los modelos transdiagnósticos de los modelos clásicos dirigidos a la intervención en trastornos específicos.

Tabla 1

Diferencias entre modelos transdiagnósticos y focalizados en diagnósticos

Características	Transdiagnosticos	Focalizados en Trastornos específicos
Procesos comunes	Los procesos de mantenimiento son compartidos a través de los diferentes trastornos	Los procesos de mantenimiento NO son compartidos a través de los diferentes trastornos
Necesidad de evaluación diagnóstica	Una evaluación diagnóstica NO es siempre necesaria.	Una evaluación diagnóstica es siempre necesaria.
Desarrollos futuros	Los desarrollos futuros se beneficiarán de teorizaciones que aborden los procesos comunes compartidos entre los diferentes trastornos	Los desarrollos futuros se beneficiarán de los modelos basados en trastornos específicos.
Aproximación científica	Convergente, integradora, parsimoniosa	Divergente, creativa, ecléctica

Mansell 2009

Por otro lado y desde el punto de vista estrictamente psicoterapéutico, se habían desarrollado multitud de programas estructurados dirigidos a trastornos concretos (a la ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, TOC...). Esto obligaba a los terapeutas a tener que formarse en la utilización de protocolos diferentes, que algunos de ellos tenían algunos elementos comunes, exigían una gran dedicación y consumo de tiempo y esfuerzo para una formación adecuada y acreditada para programas de investigación. Los modelos transdiagnósticos vienen en parte a resolver esta problemática, pues con un entrenamiento en un modelo específico de intervención transdiagnóstica, pueden abordarse diferentes trastornos psicopatológicos.

Si somos rigurosos al hacer una historia de los actuales modelos transdiagnósticos, podemos fechar su inicio en el año 2003, de la mano del grupo de Fairburn, quien aplica un modelo transdiagnósticos para los trastornos de la alimentación. El modelo desarrollado para los trastornos de la alimentación (Fairburn, 2003), propone la existencia de una serie de mecanismos psicopatológicos que subyacen a los diferentes trastornos alimentarios. Entre ellos destaca: la sobre valoración de la comida o el peso, las dietas y otras conductas del control del peso, la rigidez, los cuales, interaccionaban con otros procesos psicológicos subyacentes más genéricos como son: el perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales. El autor mencionado, propuso un abordaje de terapia transdiagnóstica centrada, no tanto en la modificación de la psicopatología nuclear como era la focalización en la comida, sino en el cambio de las variables psicológicas subyacentes que estaban vinculadas al trastorno de la

alimentación, como eran: el perfeccionismo, la intolerancia a las emociones (Sandin 2012).

La polisemia del término transdiagnóstico:

El término transdiagnóstico está siendo utilizado de formas muy variadas, con significados diferentes en muchos artículos en los últimos años. En un artículo muy reciente, publicado este año en Behavior Therapy (Sauer-Zavala 2017), se presenta una revisión acerca de cuáles son las definiciones actuales del termino transdiagnóstico, buscando un consenso en los usos que se está haciendo de este término. Una muestra de esto es que de 294 estudios indexados en Psycinfo con la palabra clave transdiagnóstico, más de $\frac{3}{4}$ partes fueron publicados en los últimos 5 años y muy pocos habían aparecido con anterioridad al año 2008.

Por lo tanto, para poder llevar a cabo esta tarea, es necesario categorizar de forma efectiva aquellas intervenciones que han sido descritas recientemente como transdiagnósticas, siendo necesario para ello establecer una definición de trabajo acordada para este término. Por otro lado, no se han desarrollado guías clínicas que hayan sido publicadas con respecto a que es lo que se debe de considerar transdiagnóstico en relación a una intervención técnica propuesta, así como tampoco se ha especificado con claridad cuáles son los procesos psicológicos que deben de poder ser considerados transdiagnósticos.

Resulta relevante la aportación que realiza (Harvey 2011) quien ha subrayado diferencias en relación a dos constructos diferentes: un modelo transdiagnóstico descriptivo, por ejemplo: procesos que están presentes en un rango de diagnósticos, lo que es consistente con los criterios descritos en el año 2009 por Mansel. Y en segundo lugar, señala Harvey, aquellos otros criterios transdiagnósticos que son más mecanicistas, por ejemplo: procesos que reflejan mecanismos causales o funcionales en la co-ocurrencia de diferentes trastornos.

La esencia de estos modelos terapéuticos transdiagnósticos está sustentada precisamente en estas características mecanicistas, en las que tratando un proceso psicológico subyacente a diversos trastornos se pueden resolver el polimorfismo de la sintomatología clínica. Por otro lado los protocolos terapéuticos dirigidos a trastornos únicos son demasiado estructurados y no permiten la flexibilidad de cambiar de un protocolo a otro, asunto que es resuelto con este enfoque transdiagnóstico que abarca procesos psicológicos comunes compartidos entre distintos trastornos.

La identificación de procesos transdiagnósticos desde esta perspectiva mecanicista, va a suponer un desarrollo más eficiente de programas terapéuticos, porque va a permitir focalizar en los mecanismos subyacentes que han demostrado que pueden conllevar una mejoría clínica a lo largo de diferentes trastornos comorbidos, que son mantenidos por la presencia de una serie similar de vulnerabilidades nucleares (Farchione 2012).

Desde mi perspectiva, el planteamiento de priorizar exclusivamente una

visión mecanicista del abordaje transdiagnóstico debe de ser complementada con la determinación de qué variables transdiagnósticas son prioritarias y en qué fase de tratamiento de pacientes complejos. El abordaje de estos pacientes complicados se ha enfocado desde una perspectiva multifásica, en la que hay distintos focos de características transdiagnósticas sobre los que poder intervenir en función de la situación clínica del paciente y de la fase estratégica de abordaje. Sirva como ejemplo señalar (como tendremos ocasión de ver en el apartado del modelo cognitivo analítico analizado desde una perspectiva transdiagnóstica) que la resolución de focos transdiagnósticos como la impulsividad, la regulación emocional, la función reflexiva y del trauma son realizadas de forma secuencial en función de la fase del tratamiento.

No hay en este momento definiciones consensuadas de estos modelos de psicoterapia y recientemente se han llevado a cabo intentos de describir los diferentes subtipos existentes dentro del campo de la psicoterapia transdiagnóstica y se propone una clasificación alternativa a toda esta polisemia del término transdiagnóstico y se planteaba lo siguiente (Sauer-Zavala 2017):

1. Aplicación universal de principios terapéuticos: aquellas intervenciones en las que la estrategia terapéutica que guía la intervención, está aplicada de manera universal a lo largo de un amplio rango de condiciones psicopatológicas que puedan presentarse.
2. Tratamientos modulares: el clínico elige de un amplio rango de estrategias diferentes para crear un mapa de tratamiento que permita abordar los problemas presentes del paciente independientemente del diagnóstico.
3. Mecanismos subyacentes compartidos: en este último subtipo, explícitamente se abordan los mecanismos implicados en el desarrollo y mantenimiento de cierta clase de psicopatología.

Pero voy a plantear una perspectiva diferente sobre cuál es el camino que lleva a los profesionales a encontrarse con una concepción transdiagnóstica de la psicoterapia. Clásicamente se llega a los modelos desde la terapia cognitivo conductual. Quiero plantearles un camino alternativo al que muchos profesionales con una visión integradora y dedicados preferentemente al campo de los trastornos de la personalidad también evolucionan hacia las concepciones transdiagnósticas. Veamos estos dos caminos diferenciados:

1.- La evolución seguida en los modelos cognitivos conductuales y el desarrollo a principios de este siglo en los modelos transdiagnósticos liderados por el modelo transdiagnóstico de Fairburn (2003) en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, y posteriormente han habido dentro de la tradición cognitivo conductual, otros modelos de abordaje transdiagnósticos y el que mas repercusión ha tenido es el modelo de protocolo unificado de tratamiento de los trastornos emocionales de David Barlow (2010).

2.- La otra fuente de inspiración y desde la que también se llega a las psicoterapias transdiagnósticas, es desde el campo de las psicoterapias integradas.

Recientemente tenía ocasión de publicar en un artículo en la revista Norte de Salud Mental (Mirapeix 2015), algo que denominaba la segunda generación de los modelos integradores en psicoterapia. Estos son modelos de la integración de la integración o lo que sería lo mismo, modelos integradores más desarrollados. Estos, de forma asimilativa (Messer 2001), incorporan nuevas formas de tratamiento en sus concepciones integradoras previas. Actualmente y en función del conocimiento del que disponemos, algunos modelos transdiagnósticos, están también sustentados en cuáles son los factores comunes en psicoterapia (ver Sauer-Zavala 2017). Mientras que por otro lado, la homogeneización y las psicoterapias integradoras centradas en cuáles son los procesos de cambio básicos compartidos por todas las psicoterapias, hacen que lleguemos a las psicoterapias transdiagnóstica por otro lugar, de tal forma que podríamos decir que la búsqueda de modelos unificados de tratamiento serian transdiagnósticos en el terreno de la psicopatología, que busca disfunciones subyacentes a los modelos psicopatológicos clásicos, mientras que por otro lado, las psicoterapias transdiagnósticas basadas en los factores comunes de cambio en psicoterapia, llegan a modelos de intervención también transdiagnósticos que podrían denominarse modelos transterapéuticos. Al modo de la psicoterapia transteórica (Prochaska 2013), el modelo multiteórico (Brooks-Harris, J. E. 2008) y el modular (Livesley 2015).

Diferentes tipos de variables transdiagnósticas:

Hay dos momentos diferentes en cuanto a la detección de variables transdiagnósticas significativas en diferentes trastornos. Una muestra de ello, es la categorización que inicialmente realizó Harvey (2004) dividiendo los diferentes procesos disfuncionales encontrados en 5 areas fundamentales: atención, memoria, razonamiento, pensamiento y conducta. Podemos verlos con mas detalle en la siguiente tabla.

Tabla 2

Variables transdiagnósticas

ATENCIÓN	MEMORIA	RAZONAMIENTO	PENSAMIENTO	CONDUCTA
Atención selectiva (externa)	Memoria explícita selectiva	Sesgos interpretativos	Pensamiento negativo recurrente	Evitación
Atención selectiva (interna)	Memorias recurrentes	Expectativas sesgadas	Creencias metacognitivas	Búsqueda de conductas de seguridad
Evitación atencional	Memoria sobregeneralizada	Razonamiento emocional	positivas y negativas	
			Supresión del pensamiento	
Harvey 2004				

Un primer momento en el que aparecen variables transdiagnósticas vinculadas a la psicoterapia es en los trastornos afectivos y en los trastornos de la alimentación.

En un segundo periodo hay una focalización en el papel de la emoción como elemento transdiagnóstico nuclear. Cuando los modelos transdiagnósticos se han ido aplicando a los trastornos de la personalidad han aparecido otros componentes, otras variables transdiagnósticas a las que vamos a pasar revisión a continuación.

Recientemente en una tesis doctoral realizada en la universidad de Lisboa (Silva 2016), se realiza una revisión de los diferentes factores transdiagnósticos que han sido reconocidos como tales en la literatura internacional. Es un área que requiere una investigación posterior de diferentes grupos que permitan sintetizar los mas compartidos y comprobados científicamente.

Veremos esta agrupación en la siguiente tabla.

Tabla 3
Factores Transdiagnósticos

NIVEL	FACTOR TRANSDIAGNOSTICO
Atención	Atención focalizada en uno mismo. Atención focalizada en estímulos externos relevantes. Evitación atencional. Atención focalizada en la búsqueda de objetos o personas generadoras de seguridad.
Memoria	Memoria selectiva Memoria sobre generalizada Estilo de recuperación y codificación de la memoria de características evitativas. Memorias recurrentes Desconfianza en la memoria
Emoción	Déficits en la regulación emocional. Afectividad negativa. Sensibilidad a la ansiedad. Intolerancia al malestar o intolerancia a las emociones negativas. Intolerancia a la frustración. Evitación o inhibición emocional.
Razonamiento	Sesgos en la interpretación. Sesgos en la atribución. Sesgos en las expectativas. Sesgos en la detección en la covariancia. Sesgos en la comprobación de hipótesis. Inherencia arbitraria Sobre generalización. Magnificación/catastrofización. Pensamiento dicotómico. Razonamiento emocional. Personalización. Déficits de las funciones ejecutivas. Orientación focalizada en problemas negativos

Pensamiento	Intrusiones. Pensamiento negativo recurrente (preocupaciones, intolerancia a la incertidumbre, rumiación, procesamiento post sucesos). Pensamientos automáticos negativos. Supresión del pensamiento. Disregulación o disfunción meta cognitiva.
Creencias	Creencias disfuncionales permanentes. Creencias negativas de carácter meta cognitivo. Creencias excesivas sobre la responsabilidad o híper responsabilización. Sensación subjetiva de disminución del control percibido Perfeccionismo. Autocrítica. Miedo a ser evaluado.
Conducta	Trastornos del sueño Conductas de evitación y de escape. Conductas de búsqueda de seguridad. Compulsiones. Evitación inter afectiva o somática.

Proyecto Internacional de investigación en factores transdiagnósticos 2017
Rita Alexandra Dias Silva. Universidad de Lisboa

Estos abordajes que estamos describiendo a lo largo de este artículo, son muy recientes y queda mucho por delante por desarrollar y articular de manera coherente, integrada y eficaz. Es un campo en desarrollo del que me permito o a continuación hacer algunas reflexiones sobre temas que aún requieren aportaciones que contribuyan a ir configurándolos de forma transdiagnóstica. Abriré una serie de áreas a continuación, con alguna breve reflexión, sabiendo que haya abierto todo un campo para nuevos desarrollos.

La regulación emocional como un factor transdiagnóstico.

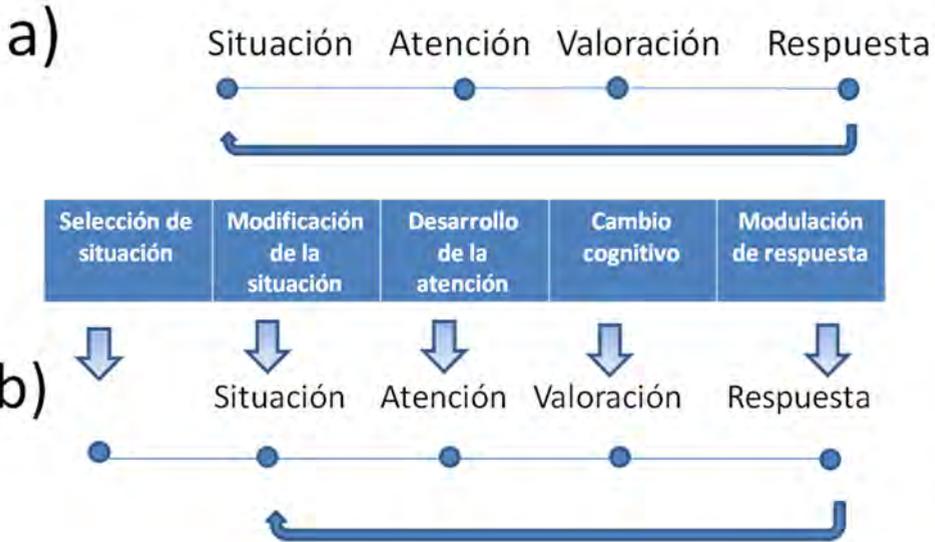
Este factor, actualmente es reconocido como una variable trasversal que está presente en multitud de trastornos: de ansiedad, afectivos, de la alimentación, TOC, de la personalidad... Etc. Podríamos afirmar que es el factor transdiagnóstico más aceptado por los investigadores, que afecta definitivamente a muchos trastornos y especialmente a los trastornos de la personalidad y concretamente al trastorno límite de la personalidad. Desde nuestra perspectiva existe una circularidad entre la inestabilidad emocional y el déficit de función reflexiva.

Los modelos más utilizados para la comprensión transdiagnóstica de la regulación emocional, son modelos que descomponen los procesos de regulación emocional en distintos componentes como vemos a continuación (Gross 2015, Sheppes 2015): la selección de la situación, la modificación de la situación, el despliegue atencional, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta.

Vemos en el siguiente diagrama una representación de la ampliación del modelo de regulación emocional clásico de Gross (2013). El modelo modal de la

emoción en su formato lineal tradicional (a), con una flecha de retroalimentación que indica que una respuesta emocional puede cambiar la situación que provocó la emoción. Y debajo el modelo ampliado de Sheppes (2015) en el que el proceso de regulación de las emociones se amplió identificando cada uno de los puntos principales del modelo modal clásico y los puntos en los que el proceso podría ser alterado (b).

Emociones y regulación de emociones.



Tomado de Sheppes 2015

Tan importante es este tema, que en los últimos 15 años, ha habido un crecimiento exponencial en el estudio de los procesos afectivos en psicopatología hasta el punto de que ha surgido una nueva disciplina, la ciencia afectiva clínica. En este sentido, se ha comenzado a utilizar el marco de regulación de las emociones para identificar los aspectos transdiagnósticos y desórdenes específicos de la disfunción. Apostando por una perspectiva transdiagnóstica “clásica” que mantenga las categorías sintomáticas mientras que a su vez identifique sistemáticamente qué procesos son transdiagnósticos versus procesos específicos de un trastorno (Aldao 2015).

Un modelo que sintetiza lo planteado es el recogido en la siguiente tabla.

Tabla 4

El modelo de proceso extendido de regulación emocional y psicopatología

Etapas y dinámicas reguladoras	Elemento regulador	Estado clínico y descripción
Identificación	Percepción	Ataques de pánico : sobre-representación de signos sutiles de los estados emocionales actuales.
		Sesgo de desvinculación en la ansiedad : sobre-representación de información amenazante durante un tiempo prolongado
	Valoración	Alexitimia : infra-representación de estados emocionales.
		Evitación de la experiencia : sobrevalorar los costos de los estados emocionales
Acción	Comportamiento de aferramiento en el trastorno de personalidad dependiente : infravaloración de los beneficios de la regulación intrínseca.	
Selección	Percepción	Impotencia aprendida en la depresión : no traducir un objetivo general de regulación en acción.
	Percepción	Escapar de sí mismo en el comer compulsivamente y en el comportamiento suicida : representación excesiva de opciones de regulación desadaptadas
	Valoración	Autolesión no suicida y abuso de sustancias : valorar positivamente las categorías generales de regulación inadaptadas.
Implementación	Acción	Cambio cognitivo en el autismo : deterioro de la capacidad para activar categorías generales de regulación adaptativa.
	Percepción	Tácticas a largo plazo en el TDAH : infra-representación de tácticas reguladoras adaptativas
	Valoración	Preocupación en el TAG : valorar positivamente las tácticas de regulación desadaptadas
	Acción	Distracción positiva en la depresión mayor : deterioro de la capacidad para activar tácticas de regulación adaptativas
Monitorización	Detención	Rumiación en la depresión : detener una táctica regulatoria desadaptativa demasiado tarde.
		Baja autoeficacia regulatoria en el TAS : detener una táctica regulatoria adaptativa demasiado pronto.
	Cambio	Depresión, ansiedad y TOC : cambio en la implementación de una táctica ineficiente demasiado tarde.
		Estados maníacos en el trastorno bipolar : cambio entre las categorías reguladoras demasiado pronto.

Tomado de Sheppes 2015

Abreviaciones: TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TAS: trastorno de ansiedad social; TOC: trastorno obsesivo compulsivo.

Un grupo Español ha revisado este tema recientemente, proponiendo una integración de los principales aportes de la regulación emocional en el campo de los trastornos emocionales, enfatizando su importancia para los abordajes transdiagnósticos (Fernandez Alvarez 2017).

El mindfulness como transdiagnóstico:

Las intervenciones basadas en Mindfulness también han demostrado eficacia en el tratamiento de una serie de psicopatología (Baer, 2003; Hofmann, 2010).

El objetivo de las intervenciones basadas en la atención plena, es cultivar una conciencia interna, sin prejuicios y centrada en el presente, de la importancia de los estímulos internos (por ejemplo: pensamientos, sensaciones físicas, impulsos conductuales) y experiencias externas utilizando ejercicios como la psicopedagogía

y la meditación.

La investigación ha esclarecido una serie de mecanismos por los cuales la conciencia plena puede ser útil, incluyendo la exposición a la angustia, la flexibilidad cognitiva, la relajación, la aceptación y el fomento del conocimiento de otros comportamientos de autocuidado (Baer, 2003).

La mayoría de los trastornos psicológicos involucran un problema fundamental con la inflexibilidad, la falta de comprensión o una perspectiva estrecha, es decir, la falta de atención plena. Esta flexibilización de los procesos la vemos recogida en la siguiente tabla a continuación.

Tabla 5
Diferencias entre Procesos Transdiagnósticos y Transterapeuticos mindful

Procesos mentales transdiagnósticos	Procesos transterapeuticos mindful
Sesgos atencional	Apertura en la monitorización
Pensamiento negativo	Descentramiento
Evaluación inflexible	Evaluación flexible
Atención focalizada en si-mismo	Atención mindful focalizada en si-mismo
Sesgos de memoria	Claridad en la valoración
Afectividad negativa, reactividad Emocional	Balance emocional equilibrado
Supresión	Exposición mindful
Evitación	Exposición mindful
Disregulación conductual	Habilidades de autorregulación

Modificado de: Mindfulness, a transtherapeutic approach for transdiagnostic mental processes. Greeson 2014

Los avances recientes en la investigación de ciencias psicológicas, neurociencias y atención plena sugieren que el entrenamiento de atención plena puede apuntar a una variedad de procesos mentales sin mente que atraviesan numerosos trastornos psicológicos. Estos procesos comunes incluyen específicamente afectividad negativa y reactividad emocional, pensamiento negativo repetitivo como la rumiación, evitación experiencial, sesgo atencional, revalorización y supresión de pensamientos y sentimientos. Estos son los procesos mentales que han sido denominados “transdiagnósticos” (Harvey, 2004). Es en este sentido y en la medida que el mindfulness interviene sobre los actores transdiagnósticos señalados que puede considerarse esta modalidad de intervención como transdiagnóstica (Greeson, 2014).

El abordaje interpersonal:

El enfoque jerárquico que plantea el autor (Girard 2017), reveló nueva información sobre las conexiones entre la psicopatología y los problemas interpersonales. Se pudo reproducir una estructura de cinco factores de diagnósticos psiquiátricos incluyendo factores que corresponden al: desapego (personalidad evitativa, fobia social, depresión mayor), internalizador (personalidad dependiente, personalidad límite, trastorno de pánico, estrés postraumático, depresión mayor), desinhibición (personalidad antisocial, dependencia de drogas, dependencia del alcohol, personalidad límite), dominación (personalidad histriónica, personalidad narcisista, personalidad paranoide), y compulsividad (personalidad obsesivo compulsiva).

Los resultados apoyan la idea de que las técnicas de terapia interpersonal (por ejemplo, el análisis de la comunicación y el juego de roles) pueden beneficiar a muchos trastornos más graves (Weissman et al., 2000).

Los primeros modelos integradores tempranos de psicopatología sugieren que las relaciones interpersonales funcionales juegan un papel importante en el bienestar psicológico y, a la inversa, que los problemas interpersonales están implicados causalmente en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología (Leary, 1958; Sullivan, 2013). La dificultad para ser sociable y la tendencia a subyugarse a sí mismo priorizando las necesidades de los demás se asociaron consistentemente con síntomas más graves de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios, así como con una peor calidad de vida. Aunque comprender e investigar los cambios en la sintomatología es parte integral de la psicoterapia, centrarse únicamente en los síntomas ignora una serie de otros factores que se sabe que influyen en el bienestar psicológico y la calidad de vida (McEvoy 2013).

Limitaciones de la aproximación transdiagnóstica:

En una revisión reciente de la Profesora Belloch (2012) se plantea que es necesario reflexionar acerca de las limitaciones del enfoque transdiagnóstico tanto desde el punto de vista psicopatológico, como las limitaciones derivadas de la aplicación de dicho enfoque al abordaje terapéutico.

Desde el punto de vista estrictamente psicopatológico, uno de los principios básicos es que los síntomas por sí solos, tomados de manera aislada, no son suficientes para establecer o descartar la presencia de un trastorno. Este mismo principio puede aplicarse a las dimensiones y sobre todo, cómo explican el problema y/o el malestar del paciente (Belloch 2012). Si asumimos que una dimensión por sí sola tiene una capacidad explicativa y diagnóstica nula o escasa, y que su mayor utilidad reside en las relaciones que puede mantener con otras dimensiones, entonces el establecimiento de puntos de corte clínicos se convierte en una tarea casi imposible de cara al diagnóstico individual (Ibid).

Cuando intentamos dar el salto al abordaje terapéutico de características transdiagnósticas, lo primero que tendremos que demostrar es que esta nueva

opción terapéutica es más eficaz que las anteriores, o al menos igualmente eficaz pero más barata.

Solo a partir de aquí podremos contar con información fiable sobre la validez incremental que supone el tratamiento transdiagnóstico frente al focalizado. Además, dada la relativamente amplia variedad de ingredientes terapéuticos que, por ejemplo, se incluyen en el protocolo transdiagnóstico del grupo de Barlow, es necesario diseñar estudios sobre desmantelamiento, con el fin de conocer cuáles de tales ingredientes resultan necesarios por su eficacia y cuáles son accesorios. Este aspecto resulta especialmente importante porque la mayor parte de los ingredientes del protocolo de Barlow et al. (2010) son los mismos que se incluyen en los tratamientos grupales de TCC específicos para distintos trastornos de ansiedad (i.e, psicoeducación, revaloración cognitiva, exposición interoceptiva y situacional, prevención de recaídas) (Belloch 2012).

APLICACIONES PRACTICAS:

Descripción de algunos modelos y campos de aplicación.

Hay diferentes modelos de intervención de psicoterapia transdiagnóstica que originariamente fueron descritos para los trastornos de la conducta alimentaria y del ánimo. Recientemente hay modelos descritos para el abordaje de los trastornos de personalidad y es en lo que vamos a focalizar pues constituye el foco de interés de este artículo.

Entre los modelos transdiagnósticos de origen cognitivo conductual están:

El modelo de Fairburn 2003 (Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment) y el modelo de Psicoterapia Unificada (Barlow 2004). Este último tiene tres componentes: a) modificar las evaluaciones erróneas antecedentes (reevaluación cognitiva); b) prevenir la evitación emocional y, c) modificar las tendencias a actuar bajo el impulso de las emociones.

Simplemente a modo ilustrativo valga mencionar las características y componentes de los módulos del programa unificado de Barlow; esta compuesto de los siguientes módulos: 1: la psicoeducación, 2: aumento de la motivación, 3: conciencia emocional, 4: evaluación cognitiva y reevaluación, 5: contrarrestar las conductas guiadas emocionalmente (EDBs) y la evitación emocional, 6: exposiciones interoceptivas y situacionales, 7: conclusiones y prevención de recaídas.

Aún y con todo siguen siendo modelos cognitivo conductuales, con una marcada organización, estructura, directividad y una relación asimétrica entre el terapeuta y el paciente. Resulta especialmente relevante señalarlo, especialmente para aquellos terapeutas que estamos más cerca de una epistemología y un estilo terapéutico constructivista.

Modelos transdiagnósticos aplicados a los trastornos de la personalidad

En relación a los abordajes de los trastornos de personalidad, sabemos que hay modelos psicoterapéuticos que establecen focos de intervención diferentes en función de su marco teórico y de los supuestos mecanismos específicos de actuación.

La aplicación de los modelos transdiagnósticos a los trastornos de la personalidad, podemos dividirla en tres tipos diferentes de abordaje: modelos derivados de la TCC, modelos metacognitivos, modelos modulares y multifásicos. Vamos a ir viendo algunas características de los mismos.

En primer lugar creo necesario reconocer que la psicoterapia dialéctico conductual (Linehan 1991) fue el primer modelo integrador dirigido al tratamiento del trastorno límite de personalidad que a mi juicio reúne características para poder denominarle desde su inicio un modelo de psicoterapia transdiagnóstica. Estas características que lo definiría como tal son las siguientes: en relación al foco de la psicoterapia, resulta relevante que trabaja fundamentalmente con dos focos que pueden ser considerados transdiagnósticos: la regulación emocional y el control de la impulsividad. Es bien conocido su planteamiento integrador en base a la integración de diferentes fuentes teóricas, cognitivo conductuales, pensamiento dialéctico y mindfulness. Por último desde el punto de vista técnico es un modelo modular, integrado, secuencial y estructurado.

Dentro del marco de los modelos cognitivo conductuales hay un modelo desarrollado recientemente, consistente en un protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Michele Lopez 2015). En esta dirección también se ha desarrollado la aplicación de un modelo de orientación cognitivo conductual, basado en el protocolo unificado de Barlow y aplicado a pacientes con sintomatología afectiva y diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (Sauer-Zavala 2016). Ambos modelos están estructurados de forma modular y sus contenidos figuran en los artículos de referencia.

Los modelos transdiagnósticos de orientación metacognitiva:

Recientemente se ha desarrollado un modelo inspirado en el abordaje metacognitivo de entrenamiento de la afectividad dirigido específicamente al trastorno límite de personalidad. Este modelo se denomina entrenamiento metacognitivo para el trastorno límite de la personalidad y está manualizado (Schilling 2015) y disponible en internet en la dirección <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-training-for-borderline-personality-disorder.html>

Lo que le caracteriza está ya incluido en su nombre y es la introducción del componente metacognitivo de entrenamiento en empatía.

El modelo modular transdiagnóstico de Livesley

Por último quiero referirme al que a mi juicio es el modelo transdiagnóstico más avanzado en el campo de los trastornos de personalidad, y es el modelo ecléctico y modular de Livesley (2015) que desarrollaré en más detalle. En este y en función de una serie de variables que son la gravedad y el grado de urgencia de la intervención de la sintomatología clínica, se van describiendo la serie de fases a través de las cuales se va transitando con diferentes focos y esto es lo que está en la base de los enfoques multifásicos y transdiagnósticos aplicados a los trastornos de la personalidad.

Plantearé de forma resumida dos subniveles: a) estrategias y b) métodos.

a.- Estrategias generales para el tratamiento:

Los componentes genéricos del cambio, se dividen en 5 estrategias principales: establecer el marco básico de la terapia, construir y mantener una alianza terapéutica colaboradora, mantener un proceso de tratamiento consistente, construir la motivación para el cambio, y promover la auto reflexión (Livesley, 2012).

He tenido ocasión de describirlas en detalle en otro lugar (Mirapeix 2017) y sólo voy a reflexionar sobre estas cinco estrategias principales, refiriéndome a algunos componentes de características transdiagnósticas implícitas en ellas, especialmente haciendo referencia a los trastornos de personalidad que es donde fundamentalmente se aplica el modelo al que me estoy refiriendo. En relación a la primera de las estrategias, el establecimiento de un marco terapéutico, se requiere la presencia de una colaboración por parte del paciente que está directamente relacionada con la noción de conflicto psicológico, la motivación y la disposición a implicarse en un tratamiento para poder cambiar. Todos estos conceptos son claramente definibles, operativos y hay instrumentos que han permitido evaluarlos. Además, lo que es más importante permite una focalización de la intervención sobre los mismos para facilitar el inicio de cualquier tratamiento. En segundo lugar, la necesidad de la construcción de una alianza terapéutica, común a cualquier tratamiento psicoterapéutico y especialmente significativo en los pacientes con trastornos de personalidad, se ha visto enriquecida por la presencia de un concepto de características transdiagnósticas denominado “confianza epistémica” (Fonagy 2014), Este concepto contribuye a comprender con más detalle la necesidad de confiar en un tercero, el terapeuta, como alguien que nos va a proveer de un conocimiento válido que vamos a poder utilizar. Este concepto es transdiagnóstico en el sentido de que está presente en cualquier tipo de trastorno y subyace a la calidad de la relación terapéutica. En tercer lugar la necesidad de construir un proceso terapéutico consistente, estructurado, organizado y secuencial (Critchfield 2012), que es paralelo a la estructura modular de muchos de los tratamientos transdiagnósticos. En este sentido, los protocolos terapéuticos modulares también se ciñen a esta planificación estructurada de la intervención, en la que aunque no haga referencia a ninguna variable transdiagnóstica específica, sí que sirve para

utilizar una estructura del proceso psicoterapéutico organizado estructurado, planificado y de seguridad, que permita establecer un marco de seguridad para el tratamiento de los pacientes. En cuarto lugar la construcción de la motivación para el cambio nos permite afirmar una ecuación muy sencilla: a mayor falta de conciencia de enfermedad y a menor motivación tenemos indicadores de mal pronóstico. Esto nos indica la necesidad de utilizar intervenciones psicoeducativas y motivacionales. Por último, desde la perspectiva que venimos trabajando, está la función reflexiva y la necesidad de favorecer un incremento de esta capacidad en el paciente. Abordaré con más detalle este apartado cuando hable de la fase dos del tratamiento cognitivo analítico extenso (Mirapeix 2017 a)

2.- Métodos específicos de tratamiento y fases de cambio en la psicoterapia del trastorno límite de la personalidad.

Una vez establecidos los sólidos fundamentos señalados en el apartado anterior podemos pensar en utilizar distintos tipo de intervenciones específicas en una secuenciación terapéutica que vamos a dividir en fases en función de los objetivos terapéuticos de las mismas.

Las fases que señala Livesley en el abordaje secuencial del trastorno límite de personalidad son: 1.- Seguridad, 2.- Contención, 3.- Control y regulación 4.- Exploración y cambio 5.- Integración y síntesis. Veremos con un poco mas de detalle el contenido de cada una de estas fases (Livesley, 2012).

Aunque en cada una de las fases se pueda utilizar intervenciones procedentes de modelos terapéuticos distintos, entrenamientos en habilidades procedente de la DBT (Linehan 2014), técnicas para el incremento de la función reflexiva y la mentalización procedentes de la MBT (Bateman 2016), intervenciones en el aquí y el ahora de la transferencia de la TFP (Clarkin 2016), modificaciones de los esquemas disfuncionales procedentes de la SFT (Giessen-Bloo 2006) o de los patrones de relación reciproca y de desintegración de la multiplicidad del Self derivados de la CAT (Ryle & Kerr, 2006), deben ser seleccionados y coordinados para intervenir en una fase o en otra en función de los diferentes objetivos que se vayan señalando (Livesley 2015).

Desde mi punto de vista, es necesario realizar una integración asimilativa de las estrategias y técnicas utilizadas. Cada terapeuta tiene su propio marco teórico de referencia y podrá utilizar en diferentes fases, diferentes intervenciones acopladas a su marco teórico de referencia que es el que va a dotar de coherencia a las intervenciones que puedan proceder de otros modelos. La integración coherente de estrategias y técnicas procedentes de marcos teóricos y técnicos diferentes, solo pueden ser realizadas desde esta perspectiva de la integración asimilativa (Messer, 2015).

Quisiera mencionar que resulta curioso que en los últimos dos años, han surgido comentarios y publicaciones en los modelos de psicoterapia mas significativos en los que también autodefinen su abordaje integrador de los trastornos de

personalidad como transdiagnósticos, siendo el caso de: el modelo dialéctico conductual (Ritschel 2015), la psicoterapia cognitivo analítica (Mirapeix 2017), el modelo de psicoterapia basada en la mentalización (Fonagy 2011) y fundamentalmente quien se autodefine como integrador, eclético y transdiagnóstico es la última publicación realizada del modelo modular y eclético (Livesley 2015).

En los modelos mencionados hay diferentes orientaciones teóricas y quiero resaltar que, sólo desde el modelo dialéctico conductual se entiende como foco de intervención que subyace como elemento etiopatogénico de trastorno límite de personalidad a la inestabilidad emocional, aunque sin duda hay también un módulo específico dedicado a la mejora de las relaciones interpersonales (entre otros), de tal forma que va dirigido a una mejor regulación de las emociones en contextos interpersonales. Los otros modelos señalados concretamente la terapia focalizada la transferencia, la terapia cognitivo analítica y el modelo modular de Livesley, presentan un foco de atención común en los patrones de relación interpersonal disfuncionales. Es por esto que les vamos a prestar una atención especial.

Un modelo multifásico y politécnico de orientación cognitivo analítica extensa:

Como he descrito antes, en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad grave, tal y como actualmente defienden la mayor parte de los especialistas (Livesley y cia), es necesario un abordaje integrador desde el punto de vista teórico y eclético desde el punto de vista técnico, en definitiva transdiagnóstico. El modelo cognitivo analítico que guía nuestro programa de intervención es integrador, multifásico, multicomponente, politécnico y transdiagnóstico, ajustándose a los requisitos que se plantean en el momento actual (Livesley 2015).

Desde mi punto de vista, la planificación estratégica y técnica dependerá del manejo y evolución de la función reflexiva a lo largo del proceso terapéutico. Esto hace plantearse un modelo de intervención en fases, en las que el déficit de la función reflexiva establece un marcador con una clara distinción en los procedimientos utilizados tanto a nivel de evaluación como de intervención (Luyten & Fonagy, 2015; Mirapeix, 2014).

La secuencia de intervenciones sigue estas fases (modificación de las señaladas por Livesley 2015). Fase 1: Evaluación, seguridad, intervenciones preparatorias (entre las que se incluyen intervenciones motivacionales, psicoeducativas, de entrenamiento en mindfulness y de intervención en crisis). Fase 2: Intervenciones dirigidas al incremento de la FR. Fase 3: Psicoterapia Cognitivo Analítica en Trastorno Límite de la personalidad con Función Reflexiva conservada, tratamiento del trauma. Fase 4: Integración, reinserción y alta si procede.

Las fases han sido descritas en otros lugares (Mirapeix 2017 a) y aquí solo voy a detallar la fase 2 dirigida al incremento de la Función Reflexiva, sobre la que vengo trabajando en los últimos años y que entra de lleno en la definición de variable transdiagnóstica.

Fase 2: incremento de la Función Reflexiva

Lo que describo a continuación es lo específico de la fase 2 y está dirigido a pacientes graves con FR disminuida. Este modelo es en el que me voy a centrar, donde he desarrollado una estructura de intervención, una planificación estratégica y una metodología de intervención técnica específica que van a constituir el centro de mi exposición. Los interesados en profundizar en esta fase, consultar un trabajo previo (Mirapeix, 2014).

La secuencia de las intervenciones avanza progresivamente de lo individual a lo relacional y de la identificación simple de los estados mentales propios a un análisis más complejo que está basado en una guía estratégica que denomino: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC).

Las intervenciones en la fase uno, permiten controlar conductas de alto riesgo para el paciente, para otros y para el tratamiento. Los contenidos de las intervenciones psicoeducativas y motivacionales, colocan al paciente en un estadio de cambio que permiten entrar en la fase dos del tratamiento que describiré a continuación.

En esta fase 2, el objetivo fundamental es el incremento de la FR, que supone una ampliación de la conciencia reflexiva. Así dicho es demasiado general y difícil de operativizar. En un intento por describir en qué consiste el trabajo desarrollado en esta fase, he recurrido a describirlo como un proceso que sirve de guía estratégica y técnica que denomino PAHORC. Hay dos niveles de intervención dirigidos al incremento de la función reflexiva, uno básico y otro avanzado, pudiendo ser utilizados tanto a nivel individual como grupal. Las peculiaridades específicas del trabajo en grupo, por cuestión de espacio, no las abordaré aquí.

Recientemente he tenido la ocasión de desarrollar en un artículo la utilización conjunta de intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva junto con el entrenamiento en Mindfulness (Mirapeix, 2015), entendiéndolo que éste es una función metacognitiva que favorece e incrementa a la capacidad de auto y hetero observación relacional y contextual.

Intervenciones básicas sobre la FR: focalizando en la mente del paciente: Evaluación de los Estados Mentales con el State Description Procedure (SDP, versión Española en la web de FUNDIPP). La representación ortogonal, Microanálisis de la arquitectura intra-estado (los componentes somáticos), Microanálisis de la transición inter-estados, Descripción de reciprocidades, Isomorfismo relacional, Consolidación de lo aprendido.

Intervenciones avanzadas sobre la FR: focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto: La lectura de la mente del otro y el lenguaje no verbal, La circularidad interpersonal, La multivocalidad del *self* dialógico, Análisis contextual, Las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo, La relación terapéutica, Las técnicas activas, El análisis de secuencias dialógicas, Metaprocésamiento.

El incremento de la Conciencia Reflexiva, viene facilitada por la descripción operativa del trabajo secuencial siguiendo la guía estratégica mencionada: el PAHORC (Mirapeix, 2014; Mirapeix, 2015). Ésta puede ser utilizada de forma

sincrónica, en el aquí y en el ahora, para analizar la micro estructura de los estados mentales, los sutiles cambios de uno a otro, o la combinación de componentes de un estado y de otro nuevo que se genera, los disfraces de los estados, o estados negados o de bloqueo que aparecen como vacío y que esconden, tras el mismo, emociones traumáticas. Esta guía estratégica, tiene también una utilidad diacrónica a lo largo del eje tiempo, en función del rango de tiempo que es analizado.

Es sólo posteriormente a esta fase de trabajo focalizado en la FR, cuando se entra en la siguiente fase y se utilizan los cuestionarios específicos y toda la metodología técnica de la psicoterapia cognitivo analítica clásica. Sólo con este nivel de complejidad cognitiva, con la FR desarrollada, es posible comprender en su complejidad y sutileza los procedimientos recíprocos de rol. De no ser así, los complejos diagramas secuenciales de los múltiples estados del *self*, pueden ser artificios racionalizados de microprocesos cognitivo afectivos altamente complejos, que no son del todo comprendidos por el paciente.

COMENTARIOS FINALES:

Todo el campo de los abordajes transdiagnósticos es muy novedoso por un lado y por otro está teniendo un gran éxito, por lo que existen numerosas publicaciones al respecto y este artículo ha abordado cosas muy específicas dejando otras muchas en las que se podría profundizar. Voy a realizar algún comentario en relación a algunos temas que me parecen relevantes.

Nuevas líneas de desarrollo en relación a las variables transdiagnósticas en los trastornos de personalidad:

Las nuevas aportaciones de los sistemas de clasificación incluidos en la sección III del DSM 5, plantean un diagnóstico categorial y otro dimensional que deben de combinarse para una nueva comprensión de los trastornos de la personalidad que sea más ajustada a la realidad clínica. Este nuevo sistema de clasificación incorpora una visión dimensional en la que se evalúan los rasgos temperamentales que en muchas ocasiones han sido evaluados en algunos trabajos como componentes transdiagnósticos que condicionan el abordaje terapéutico (Barlow 2016, Rosellini 2015).

Sí los trastornos de personalidad tienen un elemento común subyacente a los diferentes diagnósticos existentes, son los problemas interpersonales y su papel en los abordajes transdiagnósticos los hemos mencionado anteriormente. Asimismo, la problemática de la identidad pasa a ser uno de los nuevos criterios diagnósticos generales de los trastornos de personalidad y deberá de ser analizada pormenorizadamente para poder ser descrita en sus componentes y en términos operativos que permitan extraer componentes de la misma, que puedan ser utilizados como variables de características transdiagnósticas que guíen el abordaje terapéutico (Neacsiu 2015).

Los esquemas interpersonales y los mecanismos de defensa:

Hay desarrollos teóricos procedentes de la terapia cognitivo conductual, concretamente el modelo de terapia de esquemas de Young (2007), que permitiría utilizar los esquemas cognitivos disfuncionales como variables a tomar en consideración desde una perspectiva transdiagnóstica. Del mismo modo, los mecanismos de defensa que contribuyen a la regulación emocional y descritos en la literatura clásica psicoanalítica, cuenta hoy en día con instrumentos de evaluación que permiten el ser utilizados también como componentes de un abordaje transdiagnóstico. Una propuesta en la que se incluye estos dos componentes, esquemas cognitivos y mecanismos de defensa, está siendo desarrollada por el grupo de investigación internacional en variables transdiagnósticas que se está desarrollando en la universidad de Lisboa (Silva 2016).

Hay otras áreas prometedoras en el campo transdiagnóstico que solo quiero mencionar, su utilidad en los tratamientos on-line (Becker 2016, Fernandez Alvarez 2017) y nuevos desarrollos que vinculan las variables trasdiagnosticas con nuevos sistemas de clasificación como el HiTOP (Forbush 2017) o los criterios RDoC (Fernandez 2016) que permitirán suplir las deficiencias de los actuales sistemas de clasificación, promover nuevas líneas de investigación e intervención.

Nota

Ponencia presentada con mismo título en el congreso conjunto de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) y la Asociación de Psicoterapia Cognitivo Analítica de España (APCAE), que tuvo lugar en Murcia en octubre de 2016.

Referencias bibliográficas

- Aldao, A. y Tull, M. T. (2015). Putting Emotion Regulation in Context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100-107.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., & Kennedy, K. A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(1), 8.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford University Press.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 295-311.
- Becker, J., Zwerenz, R., Johansson, R., Frederick, R. J., Andersson, G., & Beutel, M. E. (2016). Using a transdiagnostic, psychodynamic online self-help intervention to maintain inpatient psychosomatic treatment effects: Study protocol of a feasibility study. *Internet Interventions*, 5, 30-35.

- Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (2014). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Routledge.
- Brooks-Harris, J. E. (2008). *Integrative Multitheoretical Psychotherapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment, 21*(3), 256.
- Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Critchfield, K. L. (2012). Tailoring common treatment principles to fit individual personalities. *Journal of personality disorders, 26*(1), 108-125.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509-528.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 43*(3), 666-678.
- Fernandez, K. C., Jazaieri, H., & Gross, J. J. (2016). Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive therapy and research, 40*(3), 426-440.
- Fernández-Alvarez, J., Díaz García, A., González Robles, A., Botella Arbona, C., & García Palacios, A. (2017). La regulación emocional en los trastornos emocionales, una piedra nodal para los abordajes transdiagnósticos: una revisión de la literatura.
- Fernández-Álvarez, J., Díaz-García, A., González-Robles, A., Baños, R., García-Palacios, A., & Botella, C. (2017). Dropping out of a transdiagnostic online intervention: A qualitative analysis of client's experiences. *Internet Interventions, 10*, 29-38.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(1), 98-110.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372.
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A., Bohrer, B. K., & Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*.
- Frances, A., Clarkin, J. F., & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science of treatment selection*. Brunner-Routledge.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry, 63*(6), 649-658.
- Girard, J. M., Wright, A. G., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal Problems Across Levels of the Psychopathology Hierarchy. *Comprehensive Psychiatry* (in press).
- Greeson, J., Garland, E. L., & Black, D. (2014). Mindfulness: A transtherapeutic approach for transdiagnostic mental processes. *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness, 531-562*.
- Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*, 1-26.
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical psychology review, 31*(2), 225-235.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(2), 169.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin, 109*, 156-176.
- Leary, T. (1958). Interpersonal diagnosis of personality. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 37*(6), 331.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 48*(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual*. Guilford Publications.

- Livesley, W. J. (2012). Integrated treatment: A conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(1), 17-42.
- Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2015). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. Guilford Publications.
- Lopez, M. E., Stoddard, J. A., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L. A., Hitchcock, C. A., ... & Ray, D. B. (2015). Examining the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in the treatment of individuals with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 522-533.
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2015). Psychodynamic Treatment for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective. In *Borderline Personality and Mood Disorders* (pp. 223-251). Springer.
- Mansell, W., Carey, T. A., & Tai, S. (2012). *A transdiagnostic approach to CBT using method of levels therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 129-147.
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1.
- Messer, S. B. (2015). Assimilative psychotherapy integration. *The Sage encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy*, 1, 63-66.
- Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. Recuperado de: http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf
- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 13, 35-45.
- Mirapeix (2017). Una aproximación a la psicoterapia integrada del trastorno límite de la personalidad: algunos principios generales. En: *abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Editores: Carlos Mirapeix Costas, Javier Vázquez Bourgon, Andrés Gómez del Barrio, Jesús Artal Simón. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria (en prensa)
- Mirapeix (2017a). Psicoterapia cognitivo-analítica en el trastorno límite de la personalidad. En: *abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Editores: Carlos Mirapeix Costas, Javier Vázquez Bourgon, Andrés Gómez del Barrio, Jesús Artal Simón. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria (en prensa)
- Neacsu, A. D., Herr, N. R., Fang, C. M., Rodriguez, M. A., & Rosenthal, M. Z. (2015). Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *Journal of clinical psychology*, 71(4), 346-361.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Nelson Education.
- Ryle, A. & Kerr, I. (2006). Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 111-128.
- Rosellini, A., Boettcher, H., Brown, T., & Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: an update. *Psychopathology Review*, 2(1), 110-28.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: a clinical replication series. *Journal of personality disorders*, 30(1), 35-51.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: A search for consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128-138.
- Schilling, L., Moritz, S., Köther, U., & Nagel, M. (2015). Preliminary results on acceptance, feasibility, and subjective efficacy of the add-on group intervention Metacognitive Training for Borderline Patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 153-164.

- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 379-405.
- Silva, R. A. D. D. (2016). *A perspectiva transdiagnóstica pela voz de psicoterapeutas e supervisores: um estudo qualitativo pela variedade de fatores* (Doctoral dissertation).
- Sullivan, H. S. (Ed.). (2013). *The interpersonal theory of psychiatry*. Routledge.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., and Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Nueva York, NY: Basic Books.

“MINDFULNESS Y EL PROBLEMA DE LA INTEGRACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

MINDFULNESS AND THE PROBLEM OF PSYCHOTHERAPY INTEGRATION

María Teresa Miró

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología
Universidad de La Laguna, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Miró, M.T. (2017). Mindfulness y el problema de la integración de las psicoterapias. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 39-58.

Resumen

Como es sabido, los problemas o dilemas no pueden ser resueltos desde la mente condicionada en la que surgen. En la primera parte de este artículo, se explora brevemente cómo surgió el problema de la integración de las psicoterapias en el marco de la investigación comparativa de resultados. Se sostiene que, como todo problema complejo, el problema de la integración de las psicoterapias se ha resuelto por sí mismo. En la segunda parte de este artículo, se revisan aportaciones de la sociología de la cultura que nos permiten comprender cómo a lo largo del siglo XX la psicoterapia se ha ido constituyendo como un nuevo marco cultural. Por último, en la tercera parte de este artículo, se plantea cómo la práctica de mindfulness puede ser vista como un eje vertebrador de la psicoterapia del siglo XXI.

Palabras clave: *Mindfulness, Integración de las psicoterapias, sociología de la cultura de la psicoterapia*

Summary

Problems cannot be solved by the same conditioned mind in which they emerge, as it is well known. In the first part of this paper, how the problem of psychotherapy ointegration is explored in the context of comparative research. It is argued that, as any complex problem, the problem of psychotherapy integration is solved by itself. In the second part of this paper, contributions from sociology of culture are review to understand how psychotherapy along the XX century has become a new cultural frame. Finally, in the third part it is argued that mindfulness practice can be seen as the backbone of psychotherapy in XXI century.

Keywords: *Mindfulness, Psychotherapy integration, Sociology of culture of psychotherapy*



En 1993, Guillem Feixas y quien escribe publicamos un texto titulado “*Aproximaciones a la Psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos*”. El propósito del texto era presentar una visión sistematizada del área de los tratamientos psicológicos. Para ello se proponían distintas aproximaciones, histórica, conceptual y metodológica, que confluían en lo que entonces denominamos “el reto de la integración”, el capítulo que cerraba el libro. Este capítulo final describía el movimiento para la exploración de la integración de las psicoterapias y se incluían algunas propuestas concretas sobre cómo llevar a cabo la integración. Como nosotros lo veíamos entonces, se trataba de aunar esfuerzos y destilar la experiencia acumulada en los distintos enfoques psicoterapéuticos para articular una comprensión más amplia del proceso psicoterapéutico, en detrimento de la “lucha entre escuelas”. Nos parecía que el reto de la integración era un componente fundamental de la visión científica de la psicoterapia. Como declarábamos en el prefacio: “... *el hilo conductor que guía estas aproximaciones sucesivas es la idea de que si bien la separación de la psicología científica ha sido una característica del pasado, el encuentro con ella se presenta como el futuro de la psicoterapia*” (Feixas y Miró, 1993, pág. 12).

En otras palabras, hace 25 años nos parecían evidentes dos cosas: Primera, que la psicoterapia debía ser una ciencia y segunda, que la integración de las psicoterapias se produciría como consecuencia de la adherencia a una visión científica. En la actualidad, sin embargo, me parece que ambas premisas deben ser revisadas en profundidad. Podríamos empezar por preguntarnos si estamos más cerca de una psicoterapia científica o de la integración de las psicoterapias ahora de lo que lo estábamos hace 25 años. Si pasamos por alto el hecho de que en este tiempo el adjetivo “integrador” ha sido añadido a algunos enfoques o propuestas, no parecen haberse producido avances notables respecto a la integración de las psicoterapias. Es más, el hecho de que un enfoque se presente como “integrador” no lo convierte en más eficaz, tampoco conlleva mayor aceptación entre los profesionales. En otras palabras, un enfoque integrador pasa a ser un enfoque más en el amplio y boyante mercado de la psicoterapia actual. Así, cabe pensar que el reto de la integración de las psicoterapias, si alguna vez fue un problema real, parece haberse resuelto por sí mismo, espontáneamente.

Hoy por hoy, pienso que lo más parecido a la integración que se ha producido en el área reside en la incorporación de mindfulness a la psicoterapia.

La práctica totalidad de los modelos terapéuticos, desde los modelos psicoanalíticos y psicodinámicos a los conductistas, pasando por las terapias cognitivas, sistémicas, humanistas y las llamadas de tercera generación, han incorporado la práctica de mindfulness. En algunos casos, la práctica de mindfulness se plantea como el componente principal de la terapia, como en la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002); en otros casos, como en la Terapia Conductual Dialéctica para el tratamiento del trastorno límite, se plantea como un elemento coadyuvante (Linehan, 1993). La

práctica de mindfulness se puede llevar a cabo en la sesión terapéutica como en la Terapia de Aceptación y Compromiso o se puede recomendar, tanto a los pacientes como a los terapeutas, como una práctica para casa, como en algunos enfoques de corte psicodinámico. Aunque mindfulness es una práctica milenaria, conservada en los contextos religiosos budistas, en la actualidad se encuentra plenamente incorporada a la clínica psicológica. En este contexto, se ha definido como la habilidad de estar presente en el despliegue de la propia experiencia inmediata con una actitud de aceptación, cariño y amabilidad (Bishop et al., 2004). Así, es posible entender que mindfulness o presencia plena es la condición de satisfacción de la auto-observación terapéutica (Miró, 2012). Esta visión de mindfulness ofrece un terreno fértil para la integración de las psicoterapias. Como sosteníamos en un trabajo anterior: “ *Si esta tesis es correcta, nos encontramos no sólo ante una nueva generación de terapias, según la expresión tan común en la actualidad, sino a las puertas de un nuevo marco para la integración de las psicoterapias. No en el sentido usual de buscar un modelo integrador, sino en el sentido de comprender los ejes clave de toda psicoterapia eficaz*” (Miró, 2007, pág. 33).

En realidad, esta idea no es nueva si tenemos en cuenta que mindfulness se ha propuesto como un factor común a las psicoterapias (Martín, 1997; Miró en imprenta). Así mismo, sigue la línea de la argumentación de Deikman (1982) en su clásico texto “*El yo observador*” en el que llama la atención sobre los efectos terapéuticos de la “*desautomatización*”; también resulta consonante con lo que Safran y Segal (1990) denominaban “*descentramiento*”, por citar sólo dos ejemplos anteriores al Boom actual de mindfulness en el campo de la psicoterapia. Pero ¿qué está implicado en entender mindfulness como un factor común a toda psicoterapia? En las páginas que siguen, se aborda esta cuestión. Pero antes de considerar mindfulness desde el punto de vista de la integración, conviene tener presentes los principales hallazgos de la investigación comparativa de resultados en psicoterapia, porque éste fue el contexto en el que surgió el problema de la integración. A la vez, también conviene tener presente que la psicoterapia, a lo largo del siglo XX, se ha convertido en un nuevo marco cultural que, junto a las nuevas tecnologías de la digitalización, resulta clave para comprender el sentido problemático del self en la era digital.

1. El problema de la integración de las psicoterapias

Para entender el problema de la integración de las psicoterapias, es necesario remontarse al contexto creado por la investigación de resultados en los años 70 del siglo pasado. Como es sabido, hacia la mitad del siglo, a la par que se institucionalizaba la Psicología Clínica como profesión –conferencia de Boulder, EE.UU., en 1949–, la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica era seriamente cuestionada por autores de orientación conductual (Eysenk, 1952). A partir de aquí, la hegemonía intelectual del pensamiento psicoanalítico, que no otorgaba ningún papel relevante a los psicólogos en el ejercicio de la psicoterapia, comenzó a resquebrajarse. En este

nuevo marco, los modelos terapéuticos se vieron obligados a demostrar empíricamente su eficacia y se incrementó exponencialmente la investigación de resultados. Entonces, las cuestiones fundamentales eran dos: Primera, ¿es el tratamiento psicológico mejor que el no tratamiento? y segunda, ¿qué tratamiento psicológico es mejor para el problema o trastorno x?

En la actualidad, la primera cuestión ha perdido vigencia, ya que se considera probado que los tratamientos psicológicos son eficaces y, en cualquier caso, son mejores que el no tratamiento. De hecho, recientemente la American Psychological Association ha promulgado una resolución sobre el reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia (APA, 2012). En ella, se establece que los principales sistemas de terapia psicológica han mostrado empíricamente su eficacia, según los estándares científicos de la medicina basada en la evidencia, es decir, por medio de estudios o ensayos clínicos controlados y aleatorizados; en concreto, los sistemas que han mostrado su eficacia son: la terapia cognitiva y la terapia conductual, la psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica, la psicoterapia humanista y la terapia sistémica, junto con las llamadas terapias basadas en mindfulness o de tercera generación (Pérez Álvarez, 2013).

La segunda cuestión, sin embargo, sobre qué enfoque es el más eficaz para tratar el problema o trastorno x, es decir, la investigación comparativa de resultados, ha dado lugar a debates interminables que se han extendido a lo largo de varias décadas. Esto es así, porque el principal resultado que arroja esta investigación resulta paradójico. El dato recurrente que muestra la investigación de resultados, una y otra vez, es que distintas psicoterapias obtienen resultados equivalentes, especialmente respecto a la depresión unipolar, epidemiológicamente el trastorno más extendido. Así, aunque las distintas terapias tengan orígenes, concepciones y procedimientos distintos, cuando se compara su eficacia de acuerdo con los estándares metodológicos de la medicina basada en la evidencia, los resultados son equivalentes. En otras palabras, los supuestos efectos específicos de las terapias, cuando se comparan entre sí, no resultan ser tan específicos. Por ejemplo, desde el punto de vista teórico, se propone que el objetivo específico de la intervención conductual en la depresión reside en cambiar las conductas del paciente, de modo que se incremente la probabilidad de obtener refuerzos positivos, cuya pérdida o disminución se considera en el origen de la depresión. De igual modo, se propone que el objetivo específico de la terapia cognitiva sería el cambio en las cogniciones. En consecuencia, siguiendo esta lógica, cabría esperar que los resultados de las intervenciones reflejaran esta especificidad de los objetivos terapéuticos. Pero no es así: no es verdad que una terapia cognitiva cambie nada más las cogniciones; tampoco es verdad que una terapia de conducta cambie nada más las conductas. En la práctica, las cogniciones, las conductas y los afectos muestran relaciones complejas y recíprocas, de modo que la investigación comparativa no alcanza a mostrar resultados específicos a las distintas terapias. Esta falta de especificidad plantea cuestiones importantes respecto al papel que realmente juegan en el cambio

terapéutico los elementos teóricos propuestos en la terapia. Por ejemplo, al comentar esta situación desde la terapia de conducta para la depresión, Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (2007) sostienen que estos resultados cuestionan el papel del refuerzo en el tratamiento conductual. También sostienen que resulta necesario hacer análisis que aporten claridad sobre los mecanismos de cambio realmente implicados en el tratamiento.

En realidad, desde los años 70 la pregunta a la que conduce al investigación de resultados es la siguiente: ¿Cómo hemos de entender el hecho de que distintas psicoterapias obtengan resultados similares o cómo y por qué terapias distintas resultan igualmente eficaces? Históricamente, la cuestión de la integración de las psicoterapias surge en el marco creado por esta pregunta. En un famoso artículo, comentando la investigación comparativa de las terapias psicológicas, Luborsky et al. (1975) se preguntaban “¿Es verdad que todos han ganado y que todos deben recibir premios?”, citando el veredicto del pájaro de Dodó, de *Alicia en el país de las maravillas*, que Jerome Frank había utilizado en su obra *Persuasión y Salud*, publicada originalmente en 1961. Esta obra tuvo un impacto extraordinario cuando se publicó y sigue teniéndolo en la actualidad pues sigue siendo el referente del origen de los socorridos factores comunes para explicar la eficacia de las distintas psicoterapias. La lógica es la siguiente: Si se entiende que todas las psicoterapias ofrecen, entre otras cosas, una relación de confianza, un proceso estructurado en el tiempo, una explicación del malestar junto con la esperanza de alivio o mejoría, entonces es muy probable que se llegue a la conclusión de que lo que las distintas terapias comparten es mayor que lo que las diferencia. Y si esto fuera así, ¿no valdría la pena que terapeutas de orientaciones distintas pudieran dialogar con el propósito de explorar la posibilidad de articular una visión menos dogmática y más abarcadora o integradora de los tratamientos psicológicos?

En gran medida, los paradójicos resultados de la investigación comparativa condujeron a un cambio de juego, por decirlo así. Al menos algunos terapeutas pasaron de buscar la terapia más eficaz a buscar la terapia más integradora. Marvin R. Goldfried, un terapeuta de orientación conductista o cognitivo-conductual y Paul L. Wachtel, un conocido psicoanalista de Nueva York, promovieron la creación de un espacio en el que explorar la integración de las psicoterapias, “*The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*” (SEPI). Esta asociación se dotó de una revista, *Journal of Psychotherapy Integration* y también organizó congresos anuales con terapeutas de distintas orientaciones sobre cuestiones interesantes desde el punto de vista de la integración. También florecieron las propuestas sobre cómo debía llevarse a cabo la integración de las psicoterapias (ver Feixas y Miró, 1993). En general, estas propuestas resultan un ejercicio de arquitectura intelectual, es decir, intentan articular los distintos planos que vale la pena diferenciar en un modelo psicoterapéutico, por ejemplo: plano meta-teórico, plano teórico, clínico o conceptual, plano procedimental, plano técnico, etc.. Aunque este tipo de propuestas pueden parecer elegantes, no dejan de resultar inocuas y poco fructíferas. Como

indicamos antes, los modelos que se han presentado como integradores no han mostrado ser más eficaces que los no integradores y tampoco han contado con más seguidores. Entonces, ¿no será que la cuestión de fondo que plantea el tema de la integración de las psicoterapias no es una cuestión relativa a las relaciones entre los modelos terapéuticos?, ¿no será que las cuestiones relevantes tienen que ver con comprender qué tipo de realidades son los trastornos psicológicos y las terapias que los tratan? Y por último, ¿no será que la visión de la psicoterapia científica resulta un marco mental demasiado estrecho para entender lo que en realidad está sucediendo en el campo de la psicoterapia?

Mientras que la defensa del carácter científico de la psicoterapia tiene pleno sentido en el ámbito académico, ignora completamente el contexto social y cultural en el que la psicoterapia existe y cobra sentido. En la actualidad, pienso que para comprender la evolución de la psicoterapia, el prisma de la ciencia resulta demasiado limitado. Me parece necesario complementar esta perspectiva y considerar la disciplina como una práctica cultural. Si ampliamos el marco integrando las aportaciones de la sociología de la cultura (Rieff, 1966; Illouz, 2008), entonces podemos considerar el papel de la psicoterapia en el marco de la transformación cultural de la conciencia que estamos atravesando, gracias a la introducción de las nuevas tecnologías de la digitalización y la comunicación electrónica (Miró, 2015). Dentro de este nuevo marco, adquiere sentido la tesis que planteamos antes de que la integración de las psicoterapias está ocurriendo por sí misma y que en la actualidad tiene en mindfulness su eje vertebrador.

Antes de finalizar este apartado sobre la historia del problema de la integración de las psicoterapias, sin embargo, quisiera compartir un episodio de mi experiencia vivida sobre este tema de la integración, con la intención de que contribuya a ilustrar los debates que ocuparon un par de décadas. El episodio que voy a contar comienza a principios de los años 80, en una Universidad de EE.UU., pero termina varios años después, en un congreso de SEPI, en 1994, en la ciudad de Buenos Aires (Argentina).

En 1981, yo era una estudiante de post-grado recién incorporada al equipo de supervisión clínica de Michael J. Mahoney en Penn State, la Universidad Estatal de Pennsylvania (EE.UU.). En las sesiones del equipo de supervisión, solíamos exponer los casos clínicos que llevábamos los estudiantes y debatíamos las muchas dudas que teníamos sobre cómo llevar a cabo la terapia. Pero un día, de un modo completamente inesperado, este esquema se vio alterado por completo. En lugar de ser nosotros, los estudiantes, los que pedíamos consejo, era nuestro supervisor, el profesor Mahoney, quien nos planteaba un dilema personal sobre el que pedía la opinión del equipo. El dilema era el siguiente: Paul Wachtel le había invitado a un debate sobre el tema de la integración de las psicoterapias en New York. En aquel momento el tema de la integración era un tema candente, hasta el punto que el New York Times, por ejemplo, estaba dedicándole una serie de reportajes. En concreto la invitación se centraba en explorar los aspectos comunes entre el enfoque

psicodinámico o relacional, practicado por Wachtel, y el enfoque cognitivo, del que Michael J. Mahoney era un conocido representante. No obstante, el debate que Paul Wachtel había preparado no era un debate intelectual de los que comúnmente se llevan a cabo en la vida académica. Como se trataba de ver los aspectos comunes que podrían ser integrados entre ambos enfoques, lo que se quería no era tanto un discurso teórico como el que se suele hacer en una conferencia, sino mostrar en vivo y en directo cómo se hacía la terapia. Así, literalmente la invitación consistía en ejecutar una exhibición en vivo, en un teatro, de una sesión terapéutica. A esta sesión de terapia sobre un escenario, se le invitaba a Mahoney no sólo a acudir en persona, sino también a llevar a un/a paciente, con quien pudiera ilustrar su trabajo. La idea, por tanto, era que ambos terapeutas llevarían un paciente cada uno, de modo que pudieran ilustrar como trabajaban con su paciente y con el paciente del otro. Ni que decir tiene que este formato convertía la terapia en un espectáculo dirigido a un público entusiasta, formado por terapeutas relacionales en formación residentes en la ciudad de New York.

El dilema sobre el que el profesor Mahoney nos pedía opinión, sin embargo, no tenía que ver con este encuadre de terapia-espectáculo. Tenía que ver exclusivamente con que no sabía, no estaba seguro, si debía llevar a la paciente Karen (nombre ficticio) o no y, por eso, quería conocer la opinión del equipo al respecto. Los miembros del equipo sabíamos que Karen, de la que nos había hablado en otras ocasiones, era una paciente muy traumatizada que tenía varios problemas en la relación con su marido. Sabíamos que la paciente había sufrido abusos sexuales en su infancia y Mahoney trabajaba con ella con una técnica a la que llamaba “flujo de conciencia”. La mayor parte de los miembros del equipo nos mostramos contrarios a la idea de exponer a esta paciente sobre el escenario de un teatro para ilustrar la técnica del flujo de conciencia. Nos parecía que por mucho que los asistentes fueran terapeutas, no dejaban de ser público en un teatro. La mayoría de los estudiantes mostramos nuestra preocupación por el hecho de que tal exhibición resultara un riesgo excesivo para la paciente. Y también, porque no alcanzábamos a ver qué beneficios podía tener para ella. Después de un denso debate, la opinión del equipo era unánime: nos parecía que no debía llevar a esa paciente a New York. No obstante, en contra de nuestra opinión, Mahoney y la paciente Karen acudieron a la cita.

Varios años más tarde, en un Congreso de SEPI en Buenos Aires (Argentina) coincidí con Paul Wachtel en una cena. Como no podía ser de otro modo, le dije que, en cierto modo, le conocía desde mucho antes de leer sus libros y de conocerle en persona aquella noche. Y le hablé del intenso debate que tuvimos en el equipo clínico sobre si Karen debía asistir o no a New York. Wachtel recordaba perfectamente aquel encuentro en el teatro y nos contó con todo lujo de detalles lo que había sucedido. Cuando trabajaron con el paciente del otro terapeuta, tanto él como Mahoney, llevaron a cabo entrevistas bastante usuales. Refiriéndose a su entrevista con Karen, dijo que había hecho seguido el esquema habitual en una primera entrevista y que resultó bastante estándar. Pero cuando le tocó a Mahoney trabajar

con Karen, la situación cambió. Pidió que trajeran un diván al escenario y tumbó a la paciente sobre él para escenificar lo que llamaba la técnica del “flujo de conciencia”. Pero lo que Wachtel vio a continuación y cito sus palabras textualmente, “fue la mejor actuación sobre la técnica freudiana que había visto nunca”.

2. La Psicoterapia como marco cultural

Desde la época de Freud a la actual, el marco cultural ha cambiado. En el mundo actual, no es sólo la terapia la que corre el riesgo de convertirse en espectáculo; también la política y el arte y la cultura, en general. ¿Qué diferencia hay entre una sesión de terapia que tiene lugar en una consulta privada versus una sesión de terapia que tiene lugar en el escenario de un teatro, sin que se trate de una sesión de psicodrama? Como es sabido, el contexto impone sus reglas y sus significados, de modo que cualquier cosa que suceda en un escenario puede ser considerada como una actuación más o menos lograda. Como decía M. McLuhan (1964), *el medio es el mensaje*.

La sociología de la cultura ha puesto de manifiesto que a lo largo del siglo XX la psicoterapia se ha conformado como un nuevo marco cultural. Más específicamente, se sostiene que la psicoterapia es una de las tres fuerzas principales que ha contribuido a conformar el self actual, secularizado y autónomo, que es la herencia de la modernidad; siendo las otras dos fuerzas el derecho contractual y el liberalismo económico (Illouz, 2008; Rieff, 1966).

En este apartado revisamos a grandes rasgos esta expansión de la psicoterapia a lo largo del s. XX desde el punto de vista de la sociología de la cultura. Nos detendremos especialmente en dos puntos: (1) el impacto cultural del psicoanálisis de Freud a lo largo de la primera mitad del siglo y (2) el desbordamiento de las ideas freudianas en los movimientos revolucionarios de corte humanista que contribuyeron a la expansión de las terapias psicológicas en los años 60 y 70. Esta democratización de la psicoterapia allanó el camino para que mindfulness floreciera dentro del marco de la clínica psicológica, sobre la que volveremos en el próximo apartado. Aunque en los párrafos que siguen no se hará mención específica del documental de A. Curtis *The Century of the Self*, disponible en you tube, las personas interesadas en explorar las conexiones entre las ideas terapéuticas, el mundo del marketing y el capitalismo corporativo pueden encontrarlo interesante e instructivo.

Desde la sociología de la cultura, se ha señalado que el discurso terapéutico ha tenido un desarrollo exponencial a lo largo del siglo XX y ha servido para configurar un nuevo marco cultural. P. Rieff (1966) fue uno de los primeros sociólogos en documentar esta expansión de la psicoterapia en los años 60, en un texto cuyo título hablaba por sí mismo: “*El triunfo de lo terapéutico*”. En este texto, utilizando la expresión *homo* en sentido genérico, Rieff resumía su tesis diciendo: “El *homo religiosus* de la pre-modernidad ha dejado paso al *homo psicologicus* de la post-modernidad”.

Para argumentar esta tesis, Rieff (1966) sostenía que el método psicoanalítico

de Freud suponía una novedad histórica frente a lo que denominaba *terapias de compromiso*. Con esta denominación hacía referencia al espíritu terapéutico contenido en las religiones tradicionales que se concretaba en ofrecer un ritual por medio del cual la persona podía reintegrarse a las normas y valores del grupo. Estas terapias resultan cercanas a lo que J. Frank (1961) había descrito como factores comunes a las formas religiosas tradicionales y las psicoterapias modernas. Frente a estas formas de persuasión curativa tradicional, Rieff contraponen las *terapias analíticas*, cuyo referente principal es el psicoanálisis freudiano. En esta nueva forma de terapia, se cultiva un tipo de ayuda en la cual es el individuo mismo el que puede situarse ante los hechos de su propia vida y hacerse consciente de ellos, liberándose de la carga instintiva o cultural que pudieran contener. En realidad, el método que Freud enseñaba a sus pacientes les ayudaba a observar la experiencia a medida que sucede, como si se fuera en un tren y se narrara lo que se ve a un acompañante – metáfora sugerida por Freud. De este modo, el paciente aprendía a situarse ante su propia experiencia de un modo distanciado, analítico. En último término, se sostenía que esta nueva mirada sobre la experiencia producía, por sí misma, mayor serenidad y aceptación de la realidad, meta última de “la curación por la palabra”.

Desde un punto de vista cultural, el psicoanálisis triunfó en América. La propia visita de Freud a EE.UU. a principios del siglo, más el penetrante espíritu de las curaciones mente-cuerpo, junto con el optimismo democrático y triunfalista de Whitman, Emerson y Thoreau, crearon un contexto propicio para que el psicoanálisis se extendiera rápidamente. Ésta fue la época de la expansión industrial en EE.UU., la cual produjo cambios notables en el tejido social, tales como el incremento de la movilidad geográfica, la reducción del tamaño de las familias, la necesidad de regular la convivencia en las grandes corporaciones, etc. En este marco, el psicoanálisis ofrecía un *nuevo lenguaje*, libre de juicios morales, para hablar de las relaciones conflictivas con uno/a mismo/a y con los demás, especialmente en el seno de la familia, cuya conflictividad fue en aumento a medida que la democratización de los géneros se fue imponiendo a lo largo del siglo XX. Además, el psicoanálisis no sólo facilitaba un lenguaje para hablar de los conflictos interiores, inconscientes, etc., también ofrecía un sistema y un procedimiento privados, al margen de las creencias religiosas, dentro del cual se podía revisar la historia de uno/a mismo/a y de la propia familia.

El impacto cultural del psicoanálisis fue extraordinario. Durante las primeras décadas del siglo pasado, se convirtió en un objeto atractivo para la emergente industria del cine así como para la industria editorial. Fue utilizado en películas y revistas y obtuvo gran popularidad. En pocas décadas, cambió la manera que el hombre y la mujer occidentales tenía de percibirse a sí mismos y de percibir a los otros.

Pero el psicoanálisis resultaba un método elitista, no sólo económicamente. Su lenguaje era difícil y la teoría complicada y ambigua. Además, fomentaba la “psicopatologización” de la convivencia y alimentaba la epistemología de la

sospecha; es natural que esto fuera así puesto que alentaba la búsqueda de las causas inconscientes, profundas y verdaderas de la conducta, frente a las apariencias superficiales y engañosas; con su divulgación y popularización, las relaciones personales, especialmente entre géneros, iban dejando de estar basadas en sentimientos espontáneos de comunidad compartida, para ir convirtiéndose en algo cada vez más problemático e incierto, cuya comprensión requería ayuda profesional.

La práctica del psicoanálisis quedaba restringida a los psiquiatras. Pero hacia la mitad del siglo esta situación cambió radicalmente: Se institucionalizó la profesión de la Psicología Clínica y emergieron nuevas perspectivas terapéuticas que contribuyeron a expandir y democratizar el campo de la psicoterapia.

Aunque las perspectivas de la Terapia de Conducta y la Terapia Cognitiva, que configuran el paradigma cognitivo-conductual dominante en las terapias psicológicas actuales, tienen sus raíces en los años 50 y 60 e históricamente fueron muy críticas con la perspectiva psicoanalítica, su impacto cultural ha sido limitado. No sólo porque la imagen del ser humano que se desprende de la visión skinneriana, por ejemplo, resulte muy limitada para entender los fenómenos sociales; también y sobretodo, porque desde esta perspectiva se ha procurado mantener la terapia en el plano más técnico posible, abrazando la retórica científica.

Históricamente y desde un punto de vista cultural, la perspectiva que más contribuyó a la democratización de la psicoterapia fue la perspectiva humanista. Ésta ofrecía un lenguaje comprensible y sencillo para hablar de los conflictos. Por ejemplo, para C. Rogers, la psique conflictiva podía resumirse de un modo mucho más simple de lo que el psicoanálisis había hecho. El sí mismo escindido y conflictivo que Freud había revelado podía ser entendido como la tensión entre un *si mismo real*, que tiene deseos mundanos y primarios —es decir, que siente— versus un *si mismo ideal*, que es el que ha internalizado unos valores, unas normas y unos espejismos mentales. En síntesis, la propuesta terapéutica se resume en la idea de que si el terapeuta escucha adecuadamente, los espejismos mentales tenderán a disolverse por sí mismos. Además, esta forma de escucha activa tiene el potencial de movilizar el único impulso que de verdad vale la pena: el impulso hacia la auto-realización.

El impacto social del ideal de la auto-realización fue extraordinario. Como Illouz (2008) ha señalado, la idea de la auto-realización funcionó como una categoría social negativa, es decir, funcionó porque contemplar la posibilidad de auto-realización, en la práctica, equivale a darse cuenta de que uno/a no está realizado/a. Y esta conciencia conduce al deseo de sentirse auto-realizado. Además, la búsqueda de la auto-realización no era patológica, porque provenía de un impulso natural del organismo. Y lo que también es importante, se trataba de una búsqueda que era asequible a la mayoría. La mayor parte de la población podía entender de qué se trataba y también podía acceder a talleres de fin de semana, en los que se hablaba de la auto-realización y se ofrecían fórmulas para llevarla a cabo. En esta época, la psicoterapia se hizo popular.

A partir de los años 60, la psicoterapia se fue convirtiendo en un nuevo marco cultural cada vez más implantado en los contextos sociales, tanto en la esfera educativa como la sanitaria y más tarde la judicial, la política, etc.. A la hora de comprender esta expansión, parece importante señalar que los propios psicoterapeutas no han tenido dificultades en traspasar la sutil frontera que divide el conocimiento especializado de la cultura popular. Empezando por el propio Freud, cuyos libros estaban escritos para que pudieran ser asequibles a una élite intelectual, no sólo a una élite médica. Por ejemplo, con la *“Psicopatología de la vida cotidiana”*, un libro muy leído, la vida cotidiana, la vida silenciosa, en la que no pasa gran cosa, se convertía en un escenario capaz de revelar la dinámica del inconsciente.

Esta misma aspiración de llegar al gran público ha sido seguida por otros muchos terapeutas notables. Por ejemplo, en un popular texto, *“El proceso de convertirse en persona”*, C. Rogers declaraba lo siguiente: *“Tengo la sincera esperanza de que muchos lectores sin intereses particulares en el campo de la psicoterapia o de la ayuda psicológica lleguen a descubrir que las enseñanzas que surgen de este campo pueden resultarles útiles en su propia vida”* (Rogers, 1961, p-vii). Otros ejemplos: A. T. Beck, *Con el amor no basta*, A. Ellis, *Una nueva guía para una vida racional*, o S. Hayes, *Sal de tu mente y entra en tu vida*, entre otros muchos. Como resulta obvio, la lista de los terapeutas notables que han probado suerte en el negocio, nada fácil, pero muy lucrativo, de escribir un best-seller de auto-ayuda es amplísima. De hecho, la industria de la auto-ayuda ha sido un mercado que no ha dejado de crecer a medida que la población ha ido consumiendo más y más discurso psicológico.

A la vez, a medida que la psicoterapia se fue expandiendo y democratizando, empezaron a aparecer estudios sobre el impacto cultural de la psicoterapia que sostenían que ésta estaba contribuyendo a crear los mismos males que intentaba curar. Conceptos como *proyección, miedo al fracaso o miedo al éxito, narcisismo, baja auto-estima, etc.*, alimentados por las industrias culturales del cine, la TV y las editoriales, se convirtieron velozmente en nuevos marcos mentales con los que las personas intentaban explicarse su experiencia. La psicoterapia se estaba convirtiendo en un producto de consumo.

En los años 70, C. Lasch, un autor psicoanalista, a partir de su experiencia clínica llamó la atención sobre el hecho de que los individuos en la cultura de su época tendían a ser narcisistas en el sentido de que tenían un sentido grandioso o inflado de su propia valía y de sus propias habilidades. Siguiendo la interpretación psicoanalítica, Lasch (1979) proponía que este sentido de grandiosidad podía ser entendido como un intento defensivo de tratar con un sentido subyacente de fragilidad y aislamiento que era el resultado de la ruptura de las estructuras sociales tradicionales, en las que descansaban los significados compartidos y vinculantes. Pero si, en último término, el problema es la falta de relaciones personales, la soledad o el aislamiento, no resulta difícil ver que la terapia individual lejos de solucionar el problema puede contribuir a agrandararlo.

En los años 80, otro autor psicoanalista y comprometido con la integración que se mencionó anteriormente, P. Wachtel (1983) escribía un texto con un título muy explícito *La miseria de la opulencia*. En él exponía una visión crítica de la sociedad estadounidense e intentaba mostrar cómo la excesiva preocupación por las metas económicas, es decir, los excesos del consumismo estaban destruyendo las bases psicológicas del bienestar.

En la misma línea, se ha manifestado también otro autor proveniente del psicoanálisis relacional, J. Safran, que también fue un miembro activo de SEPI y participó en las conversaciones sobre la integración. Safran (2003) sostenía que, como práctica cultural, la psicoterapia se había desarrollado para cubrir el vacío dejado por la ruptura de las estructuras comunitarias tradicionales. Con el avance de la industrialización y la migración a las ciudades se ha ido produciendo una creciente ruptura de los vínculos familiares y sociales. Esta ruptura produce una pérdida del sentido de pertenencia que tiene profundos efectos sobre la vida mental: va unida a la pérdida de significado, así como del sentido de conexión con los demás y conlleva un aumento de la angustia existencial.

Además, en el marco consumista del capitalismo, las relaciones humanas cambian: dejan de estar basadas en sentimientos de conexión o comunidad compartida, sentimientos de pertenencia al mismo pueblo, al mismo barrio,... , en último término, a la misma tribu, y pasan a estar gobernadas por nociones y cálculos de utilidad, comparación, competición y codicia (Miró, 2016).

A principios de la década de los años 90, Cushman (1990) llamó la atención sobre las conexiones existentes entre los cambios sociales promovidos por la sociedad de consumo y la *emergencia de un self vacío*. En un artículo publicado en el *American Psychologist*, este autor argumentaba que en el marco capitalista, para poder desarrollarse, la sociedad americana tenía que experimentar una fuerte necesidad de consumir productos. Para ello, se requería dinero y motivación para gastarlo. El crédito fácil y el sentido de un self vacío ayudaban en esta tarea. Por self vacío, entendía un self que no sólo experimenta la ausencia del sentimiento de comunidad, tradición y significados compartidos, sino que, además, siente estas ausencias internamente como falta de convicción y de valía personal. Y añadía: "... y las ausencias se encarnan como un hambre emocional crónica e indiferenciada" (Cushman, 1990, pág. 600).

Cushman (1990) menciona dos formas en particular en las que el self vacío intenta paliar o saciar eso que denomina hambre emocional crónica e indiferenciada. La primera sería el consumo de productos publicitados por los medios de comunicación de masas, en especial la TV. La segunda sería por medio del consumo de psicoterapias o talleres de desarrollo personal y de aquí provendría el exponencial desarrollo de las psicoterapias. Su argumentación enfatiza el impacto de los medios de comunicación de masas, sobretudo el marketing publicitario que se ha ido haciendo cada vez más especializado o personalizado.

Existe un estrecho vínculo entre las ideas psicoterapéuticas y la publicidad.

Durante la primera mitad del siglo pasado, los publicistas utilizaron los métodos de la asociación libre, entre otros recursos psicoanalíticos, para acercarse a los “deseos ocultos” de los consumidores, contribuyendo a incrementar el impacto cultural del psicoanálisis. La revolución humanista de los años 60, en gran parte, fue una reacción a la expansión imparable de la publicidad, especialmente por medio de la TV que acababa de llegar a los hogares estadounidenses. Ante tanto mensaje manipulador y consumista, la idea de la auto-realización ofrecía un marco en el que perseguir la expresión “auténtica y libre” de los deseos más íntimos y profundos. No obstante, la propia dinámica del mercado capitalista no tardó en incorporar las ideas de la revolución humanista uniendo la fórmula de la expresión y realización de uno/a mismo/a a nuevos productos de consumo, entre ellos la propia psicoterapia.

Como consecuencia del avance en las tecnologías de la comunicación electrónica, no resulta exagerado pensar que nos encontramos ahora en un nuevo nicho ecológico, una nueva ecología creada por los medios de comunicación. Recibimos información mediatizada por pantallas – pantallas de móvil, tablet, ordenador, TV, cine, etc. En otras palabras, la información nos llega ya mediatizada o manipulada por el medio. Vivimos rodeados de miles y miles de mensajes diseñados para captar nuestra atención a toda costa, mensajes diseñados para que en 30 segundos pasemos de no conocer un objeto a desear tenerlo, o de no conocer una noticia a habernos formado una opinión sobre ella.

En la nueva ecología de los medios de comunicación en la que vivimos gracias a las nuevas tecnologías digitales, la presencia del marketing, con la consiguiente manipulación de la información, resulta arrolladora y avasalladora. No resulta sorprendente, por tanto, que la expansión de la transformación digital haya venido acompañada de dos fenómenos de proporciones epidémicas: el estrés y el sentimiento de inadecuación. La expansión de mindfulness en la psicoterapia actual ha tenido mucho que ver con los programas para contener o reducir el estrés, así como los sentimientos de inadecuación, como veremos en el próximo apartado.

Los altísimos niveles de estrés que la expansión de las nuevas tecnologías han traído consigo resultan comprensibles cuando se tiene en cuenta que éstas implican una aceleración del sentido del tiempo, así como una transformación radical de los modos de producción, de los espacios vitales y las relaciones personales. A la vez, los sentimientos de inadecuación o sentido de carencia o de que nos falta algo pueden ser vistos como una consecuencia directa de la dinámica propia del mercado de consumo. En el corazón del mercado, se encuentra el mecanismo de generar deseo en los consumidores potenciales. Pero la activación del deseo implica sentir una distancia entre donde se está versus donde se quisiera estar, es decir, supone centrarse en lo que no se tiene, en lo que falta. Por esto esta dinámica puede estar en el origen del aumento de los sentimientos de inadecuación o falta de valía personal, como se señaló más arriba.

Desde la sociología de la cultura, también se ha argumentado que la creciente burocratización y virtualización de la vida social, junto con el aumento de la

racionalización, tendrían como consecuencia un creciente empobrecimiento de la vida personal, junto a un aumento del sentido de alienación. En el corazón de este proceso, se produce una progresiva separación entre la experiencia directa y pre-reflexiva del mundo no mediatizada por el lenguaje, por un lado, y un conjunto de objetos verbales e ideas abstractas producidos para dar sentido a un mundo cada vez menos accesible de manera directa, por otro. Como señala Illouz (2008), cada vez más, en lugar de compartir vivencias, las personas comparten un lenguaje estandarizado y abstracto. De igual modo, cada vez disponemos de más técnicas para estandarizar las relaciones íntimas, para hablar acerca de ellas y manejarlas de un modo general y abstracto. Pero manejar las relaciones íntimas de un modo general y abstracto, resulta contrario al sentido de intimidad y debilita la capacidad espontánea de sentirse en conexión existencial con otra persona, así como la capacidad de compartir vivencias de manera directa y sentida.

Por último, antes de finalizar este apartado sobre las aportaciones de la sociología de la cultura a la comprensión de la psicoterapia como un nuevo marco cultural, conviene incidir de nuevo sobre la relevancia de los nuevos medios de comunicación en el creciente avance de la alienación y la progresiva abstracción de la experiencia. Los medios de comunicación, en realidad, no se limitan a transmitir mensajes, sino que transforman la experiencia (Miró, 2015). Por ejemplo, en un análisis reciente sobre el impacto del uso de los teléfonos móviles, Turkle (2011) sostiene que el uso de los móviles no contribuye a reemplazar la pérdida del sentimiento de pertenencia, ni de comunidad compartida. Argumenta que está emergiendo una nueva forma de soledad, que denomina “juntos, pero solos” en la cual el intercambio de mensajes no va unido a sentirse comprendido y cada vez se espera más de la tecnología y menos de nosotros mismos.

Por otro lado, el consumo de televisión promueve la fragmentación de la experiencia por medio de la yuxtaposición azarosa de informaciones. Así mismo, fomenta el “zapping mental” que favorece la dispersión y dificulta el pensamiento coherente y estructurado.

En síntesis, en este mundo secular y consumista, conformado por el capitalismo corporativo y la nueva ecología de los medios de comunicación, en el que nos encontramos hoy, parece cada vez más difícil vivir sin perderse continuamente en ensoñaciones, abstracciones, imaginaciones, pensamientos y otras quimeras o espejismos mentales, promovidas por los medios de comunicación. Así, resulta necesario disponer de un método para supervisar la atención, de manera que podamos sentir, notar, darnos cuenta y salir de los espejismos mentales, que son siempre abstractos, por un lado, y por otro, que nos ayude a aceptar y habitar la realidad en la que nos encontramos, que es siempre concreta. La práctica de mindfulness, entendida como la práctica de la conciencia que somos, facilita ambas tareas. Por esta razón, se ha extendido como la pólvora en la psicoterapia y en la cultura occidental, en general.

3. Mindfulness en la integración de las psicoterapias

En este apartado abordamos, en primer lugar, una visión panorámica de la explosión de mindfulness en la actualidad. En segundo lugar, presentamos una forma específica de entender mindfulness como un terreno común en la integración de las psicoterapias o, lo que viene a ser igual, como el eje vertebrador de cualquier psicoterapia eficaz.

La difusión de mindfulness ha tenido un desarrollo vertiginoso durante los últimos 20 años, tanto en los ámbitos de la investigación científica en neurociencias y en psicología aplicada, como en los ámbitos de la divulgación cultural. Si el número de publicaciones científicas en las que aparece la palabra mindfulness en el título se representa gráficamente, se observa una progresión extraordinaria desde el año 2000 en adelante. En el gráfico mostrado en van Dam et al. (2017), se pasa de unas 2000 publicaciones en el año 2000 a unas 33500 en 2015. Si además, se realiza el mismo tipo de gráfico para las publicaciones de divulgación cultural no científica, la curva resulta similar a la anterior. Al hablar antes del Boom actual de mindfulness, queríamos hacer referencia tanto a la expansión de la práctica como a esta explosión en las publicaciones.

No obstante, a pesar de su notoria popularidad, el término mindfulness encierra una gran ambigüedad que no sólo es debida a la exageración mediática. Por un lado, mindfulness hace referencia a una facultad mental y a la vez, por otro lado, también hace referencia a una práctica de meditación específica. A su vez, dentro de estos polos también hay gran variedad.

La comprensión de mindfulness como una facultad mental es un tema de considerable debate, puesto que no existe una correspondencia clara entre el término original “*sati*”, en el marco no dualista del Budismo primitivo, que es el término del que mindfulness es la traducción al inglés, y las capacidades mentales al uso en la Psicología actual. Los debates señalan que “*sati*” más que retener vendría a ser recordar-recordar, o tener presente, atender, discriminar o ser consciente (van Dam et al. 2017). Además, antes de que se inventara la palabra “mindfulness”, “mindful” es un término que en inglés ya poseía una connotación específica de ser consciente, atento o cuidadoso. Este uso lingüístico, que es anterior al Boom de mindfulness, probablemente ha contribuido a facilitar la difusión de la práctica de mindfulness en el mundo de habla inglesa. Sin entrar en detalles propios de la erudición budista, como facultad mental, mindfulness hace referencia a la capacidad de ser consciente teniendo presente la situación concreta en la que se está (Kabat Zinn, 1990).

Por otro lado, el término “mindfulness” también se utiliza para designar una práctica formal de meditación, sentándose en un cojín o una silla y llevando una atención consciente y focalizada a la respiración o a otro objeto específico. No obstante, la misma palabra “mindfulness” puede ser utilizada para designar situaciones muy diversas, desde una aplicación para móvil con prácticas de 10 minutos a un retiro de silencio de 3 meses, como ejemplos de contraste. Esta variabilidad

hace necesario que, en la actualidad, cuando se habla de mindfulness sea necesario especificar cuáles son las instrucciones concretas que los practicantes reciben. Así mismo, desde el punto de vista de los instrumentos de medida con los que se ha intentado definir el constructo de “mindfulness”, la variación también es grande. Entre 2001 y 2013, se han propuesto nueve cuestionarios distintos para medir mindfulness con distinto grado de difusión, aceptación y crítica (ver van Dam, 2017 para una revisión actualizada de estas medidas).

En el campo específico de la psicoterapia, la expansión de mindfulness se ha producido en torno a programas específicos de tiempo limitado, que se encuentran a medio camino entre la psicoterapia y la auto-ayuda. El programa de J. Kabat Zinn para la reducción de estrés MBSR, que inicialmente se diseñó a finales de los años 70 en un contexto hospitalario para ayudar a pacientes diversos a sobrellevar distintas condiciones médicas que cursaban con dolor, se ha convertido en un modelo a imitar. La idea de combinar el entrenamiento en mindfulness con psicoeducación (u otros recursos de las terapias cognitivo-conductuales) sobre condiciones específicas como el estrés y el dolor, la depresión, la ansiedad generalizada o los trastornos alimentarios, entre otros, ha sido seguida por muchos. A diferencia de los tratamientos individuales, estos formatos grupales de tiempo limitado, por lo general 8 semanas, se centran en entrenar habilidades específicas para que la persona-paciente pueda por si misma “cortocircuitar” los mecanismos o circuitos recurrentes que subyacen a la patología, siendo mindfulness la principal habilidad a entrenar, pues de ella dependen las demás.

En la práctica, este formato terapéutico grupal que se sustenta en recursos estandarizados, ha resultado un producto muy competitivo y fácilmente reproducible. Ambas características contribuyen a explicar la enorme difusión de este tipo de programas. Así, durante la última década han proliferado las aplicaciones de mindfulness en casi cualquier condición psicopatológica. En la cumbre del entusiasmo por la práctica de mindfulness, se ha llegado incluso a promover su uso como si fuera una clave universal para solucionar los problemas de la Salud Pública en el Reino Unido, como se propone en Mindful Nation.

Los datos de la investigación sobre la eficacia de las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM), sin embargo, no sustentan este entusiasmo. Cuando se revisan los datos, resulta que la mayoría de los estudios poseen diseños pobres o muy pobres, en los que la eficacia de la IBM se compara con una lista de espera. Los estudios que utilizan grupos activos como comparación son un porcentaje pequeño, en torno al 9%, y de este porcentaje no llegan al 1 % los estudios que se llevan a cabo en contextos naturales, es decir, no en ámbitos de investigación (van Dam et al., 2017). Sin embargo, aún teniendo en cuenta que en comparación con una lista de espera es muy difícil no encontrar resultados favorables a la intervención, los tamaños del efecto que se obtienen son de pequeños a moderados. En consecuencia, cabe concluir que queda mucho trabajo por hacer para refinar el constructo de mindfulness en términos psicológicos, así como los instrumentos de medida y los

diseños de investigación, para que podamos decir que los efectos de la práctica están plenamente corroborados por la investigación científica.

No obstante, en una encuesta llevada a cabo por Norcross, Pfund y Prochaska (2013), que han hecho aportaciones notables a la cuestión de la integración de las psicoterapias, en la que se pidió a terapeutas expertos que predijeran cuál iba a ser la orientación terapéutica que predominaría en el futuro, la primera opción fue lo que los autores denominaban “mindfulness therapies”. Aunque los datos de este estudio no dejan de tener un valor puramente anecdótico, redundan en la idea que venimos señalando de que la práctica de mindfulness es un punto de confluencia entre terapeutas de orientaciones teóricas distintas. Además, existe evidencia proveniente de un elegante estudio con doble ciego de que los pacientes de terapeutas que practicaban mindfulness mejoraban más que los de terapeutas que no practicaban mindfulness (Grepmaier et al. 2007).

Por otro lado, desde un punto de vista conceptual, parece claro que las enseñanzas que se derivan de la práctica de mindfulness han tenido un impacto considerable sobre el discurso psicoterapéutico. Independientemente de que la formación de origen del terapeuta provenga de un marco psico-dinámico, conductual, cognitivo o sistémico, parece existir un acuerdo en las siguientes premisas: (1) Que el self actual es un self vacío, que puede ser entendido como un contexto o un lugar corpóreo más que como una entidad sustantiva, y (2) Que por medio del cultivo de la presencia plena o mindfulness es posible aprender a ver o discriminar los sesgos auto-referentes a medida que se producen, que son debidos al apego, la aversión o la ignorancia y que impiden el desarrollo de una mente sana. En definitiva, la práctica de mindfulness promueve el contacto con la experiencia directa, en primera persona, la experiencia sentida en el cuerpo vivo. Y como dijimos antes, esta experiencia contrasta con el carácter mediado o representado que la realidad ha adquirido en la nueva ecología de los medios de comunicación en la que vivimos. En síntesis, esta enseñanza es transversal a los modelos psicoterapéuticos.

Por último, para comprender la práctica de mindfulness como un eje vertebrador de la psicoterapia eficaz, conviene hacer referencia al clásico trabajo de Deikman. En este luminoso texto anterior al actual Boom de mindfulness, “*El yo observador*” A. Deikman (1982) presentó un estudio comparativo entre las tradiciones místicas y la psicoterapia. Su propósito no era adaptar técnicas místicas a la psicoterapia, sino presentar una perspectiva en la que el misticismo pudiera ser desvinculado de la religión, cuyo lenguaje se consideraba un obstáculo en el mundo actual dominado por la ciencia y la psicología. Esta perspectiva, en realidad, resulta complementaria al estudio de J. Frank (1961) en el que comparaba distintas formas de sanación primitivas y religiosas con las psicoterapias de mitad del siglo pasado, y en gran medida, contribuye a actualizarlo. En el clásico estudio de Frank subyace un planteamiento dualista, de modo que su visión de la curación no puede ir más allá de la persuasión. En cambio, en este estudio de Deikman se toma el misticismo como punto de partida –es decir, se parte de una perspectiva no dualista– y se

compara con la psicoterapia, principalmente la psicodinámica, aunque su sentido es genérico. El resultado de esta comparación es una comprensión más profunda de la curación por la palabra como un proceso de transformación.

Lo que Deikman (1982) denomina “yo observador” es lo que en español podemos denominar la conciencia que somos. Esta conciencia que somos no puede ser objetivada, en el mismo sentido en que cualquier objeto de conciencia (pensamiento, emoción o sensación) puede serlo. La conciencia que somos viene a ser el lugar en el que todos los objetos o elementos de mundo interno o externo aparecen. La conciencia que somos no es una parte del mundo sino su límite. No podemos observar la conciencia, porque es lo que somos. El tipo de conocimiento que tenemos aquí, en primera persona, no es del mismo orden que el conocimiento intelectual o sensorial que puede ser objetivado y contrastado en tercera persona. Del yo observador tenemos un conocimiento intuitivo o directo: sabemos porque somos eso que sabemos. Así cada experiencia consciente, cada contenido de conciencia contiene un elemento trascendente que suele pasar desapercibido, porque constituye el trasfondo, el desde dónde experimentamos. La psicoterapia occidental intenta llegar a ese trasfondo de la conciencia que somos extrayendo el yo observador a partir de lo observado, como si a partir del paisaje de emociones, pensamientos y sensaciones pudiéramos remontarnos a desde donde estamos mirando. Cuando el yo observador emerge con creciente estabilidad y claridad, el mundo se transforma en un lugar menos estresante y demandante.

Mientras existen muchas formas tradicionales de aliviar el malestar psicológico, lo que Deikman sostiene que es específico de la psicoterapia occidental es precisamente esta forma de fortalecer y clarificar progresivamente el yo observador, que conduce a una mayor autonomía del pensamiento, la emoción y la sensación condicionadas. Así mismo, sostiene que las tradiciones místicas también han desarrollado técnicas para activar el yo observador, enfatizando la observación continua del contenido de la mente, tales como la meditación *vipassana* de la tradición del Budismo Theravada o la meditación *zazen* del Budismo Zen. Desde la perspectiva de Deikman, ambas formas de meditación resultan notablemente similares al psicoanálisis freudiano. En todos estos casos, se instruye a los practicantes a simplemente observar el flujo de pensamientos e impresiones que pasan por su mente sin hacer juicios o intentar controlarlo. En último término, observar los procesos de la mente es la técnica básica de toda la psicoterapia moderna.

Visto desde la perspectiva de Deikman, la psicoterapia sería un campo de conocimientos unificado e integrado. Debido a los cambios sociales que comentamos más arriba, la demanda de conocimiento psicoterapéutico ha tenido un desarrollo exponencial a lo largo del siglo XX. El objeto de este conocimiento ha sido el de proporcionar recursos para el funcionamiento flexible de un self secularizado y autónomo, capaz de observar y ser consciente de su experiencia a medida que sucede. Desde principios del s. XXI, los recursos tradicionales de la

psicoterapia se han visto fortalecidos por la incorporación de las prácticas seculares de meditación en la presencia plena o mindfulness. Compactadas en programas estandarizados, estas prácticas han tenido una extraordinaria expansión y divulgación. Y pueden ser vistas como un eje vertebrador de los desarrollos futuros de la psicoterapia en el siglo XXI.

Si desde aquí, retomamos la pregunta con la que se inicia la búsqueda de integración en psicoterapia, ¿cómo pueden ser igualmente eficaces si son diferentes?, tendría una respuesta obvia: los procesos de transformación psicoterapéutica en el pacientes son similares. El Self siempre es el sufrimiento como el self es universal y los procesos que los alivian también. Como disciplina científica, la psicoterapia tiene un objeto de estudio: el desarrollo del self, la vida viéndose vivir, la conciencia que somos. La práctica de mindfulness es una disciplina que se puede encarnar de múltiples maneras en la propia vida, para proporcionar momentos de parada y de reconexión con la energía, con la fuente como era nombrada por las tradiciones milenarias de sabiduría. De este modo, se puede extender más allá de la psicoterapia para devenir un fenómeno cultural, una necesidad de esta hora.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2012, Agosto). *Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness*. American Psychological Association. Recuperado de: <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx>
- Bishop, S. et al. (2004). Mindfulness a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Cushman, P. (1990). Why the self is empty, toward a historically situated psychology. *American Psychologist*, 45(5), 599-611.
- Deikman, A. J. (1982). *The observing self, mysticism and psychotherapy*. Boston, MA: Beacon Press.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy. An evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16, 319-324.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, España: Paidós.
- Frank, J. (1961). *Persuasion and Healing, a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopking University Press.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338. doi:10.1159/00010756
- Illouz, E (2008). *Saving the modern soul: Therapy, emotions and the culture of self-help*. The University of California Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using Mindfulness meditation*. Londres, Reino Unido: Piatkus.
- Lasch, C. (1979). *The Culture of Narcisim: American Life in an Age of Diminishing Expectations*. Nueva York: Norton.
- Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los Tratamientos Psicológicos*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Luborsky, L., Singer, B. Y Luborsky, I. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

- Martin, D.L., (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(4), 291-312.
- McLuhan, M. (1964). *Understanding Media. The Extensions of Man*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Miró, M.T. (2007). La atención plena (o mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Miró, M.T. (2012). Mindfulness y Auto-observación terapéutica. En M.T.Miró y V. Simón (Eds.), pp. 15-50. *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Miró, M.T. (2014). Di se scisco a la attenzione piena. En A. Quiñones, P. Cimbolli, (Eds.), *Psicoterapia dei processi di significato personales: a manual de teoria i practica*. Roma, Italia: Alpes.
- Miró, M.T., Arceo, P, Ibañez, I., (2016). Mindfulness en la psicosis: un estudio piloto. *Revista de Psicoterapia*, 103(27), 37-56. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-04.html>
- Norcross, J. C., Pfund, R. A., Prochaska, J.O. (2013), Psychotherapy in 2022: A Delphi Poll on its future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(5), 363-370.
- Pérez Álvarez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: El diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 5-28.
- Rieff, P. (1966). *The triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C.R. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Safran, J. (Ed.) (2003). *Psychoanalysis and Buddhism, an unfolding dialogue*. Boston: Wisdom Publications.
- Safran, J. y Segal, Z. (1990), *Cognitive Psychotherapy and Interpersonal Process*. New York: Basic Books.
- Segal, Z., Williams, J.M., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford.
- Turkle, S. (2001), *Alone Together: why we expect more from technology and less from each other*. Nueva York: Basic Books.
- Van Dam, N.T., Vago, D.R, Lazar, S. Kerr, C., Gorchov, J. et al. (2017). Mind the Hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science* · 1-26, October 2017 doi: 10.1177/1745691617709589
- Wachtel, P.L. (1989). *Miseria de la opulencia. Un retrato del moda de vida estadounidense*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

¿ES POSIBLE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA? IS PSYCHOTHERAPY INTEGRATION POSSIBLE?

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia. Facultad de Psicología

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro Gabalda I. (2017). ¿Es Posible la Integración en Psicoterapia?. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 59-74.

Resumen

En este trabajo se hace una reflexión teórica sobre si es posible la integración en psicoterapia. Para ello se revisará el porqué del surgimiento de la integración en psicoterapia y se enmarcará al terapeuta integrador en relación a dos cuestiones básicas: las actitudes que debe tener, así como las posibilidades reales de formación en integración en psicoterapia. Todo ello supone considerar las dificultades y obstáculos para la integración y qué posibilidades tenemos para resolverlas. Destacados proponentes de la tendencia hacia la integración en psicoterapia han asumido que ésta es un proceso y no un producto. Dicha cuestión se ejemplificará en el campo de las psicoterapias cognitivas y con la actitud frente a ellas desde una falsa perspectiva integradora. Finalmente, el trabajo concluirá con una reflexión sobre cómo llevar a la práctica la promesa de la integración.

Palabras clave: integración en psicoterapia, obstáculos para la integración, la promesa de la integración, modelo cognitivo

Abstract

This paper makes a theoretical reflection on the possibilities of integration in psychotherapy. Therefore, the origins of psychotherapy integration will be revised and the integrative therapist will be framed in relation to two main issues: attitudes and the real possibility of training in psychotherapy integration. This perspective implies to consider difficulties and obstacles for integration and how they could be resolved. Outstanding proponents of the integration trend have assumed that integration should be a process, never a product. This issue will be exemplified in the field of cognitive psychotherapies with some attitudes about them which show an erroneous integrative perspective. Finally, this paper will conclude with a reflection on how to put into practice the promise of integration.

Keywords: integration in psychotherapy, obstacles for integration, the promise of integration, cognitive model



Introducción

Para dar respuesta a la pregunta del título de este trabajo, se necesita dar un cierto contexto conceptual e histórico al tema de la integración. Dado este contexto, podré entrar a centrarme en lo que se necesita para integrar, considerando sus dificultades y posibilidades. Todo ello, espero, nos llevará a una cierta conclusión lógica.

Integrar tiene connotaciones positivas, socialmente hablando. Igualmente, en nuestro campo, tiene connotaciones positivas, de cooperación y no de competición (Gelso, 2009). De una forma general, tiene que ver con el intento de ir más allá de los límites de una única psicoterapia, buscando lo que podemos aprender de los otros enfoques (Stricker, 1994).

Cuando hablamos de integración nos referimos a unir. La siguiente definición nos da una idea de todo lo que se puede unir (en Beutler, Harwood y Caldwell, 2001, p. 143):

*“Aplicada a la psicoterapia, “integración” se refiere a juntar **armoniosamente** enfoques afectivos, cognitivos, conductuales y sistémicos en la psicoterapia, bajo el tejado de una única teoría, aplicando esta teoría y sus técnicas asociadas al tratamiento del individuo, de la pareja y de la familia”.*

Tradicionalmente, cuando se habla de integración, debemos diferenciarla de “eclecticismo”, en una primera conceptualización introductoria. La diferenciación más clara entre ambos términos nos aparece en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Diferencias entre la integración y el eclecticismo (a partir de Norcross y Newman, 1992).

Integración	Eclecticismo
✓ Teórica	✓ Convergente (comunalidades)
✓ Combina y mezcla	✓ Crear algo nuevo, mezcla
✓ Unifica partes	✓ Más teórica que empírica
✓ Más que la suma de las partes	✓ Idealista
✓ Técnica	✓ Divergente (diferencias)
✓ Elige entre muchos	✓ Aplica lo existente, acumula
✓ Aplicación de las partes	✓ Ateórica, pero empírica
✓ Suma de las partes	✓ Realista

De ello tenemos que destacar, a mi entender, que las diferencias más importantes se refieren a que cada una de ellas cubre una necesidad distinta en el campo de la psicoterapia. La integración, desde una perspectiva *teórica*, cubre la necesidad de la creación de un sistema de terapia mejor. Por otro lado, el eclecticismo, cubre la necesidad, desde una perspectiva *clínica*, de dar al paciente aquello que más necesita.

Aunque no son términos sinónimos como aparece reflejado en el Cuadro 1,

digamos que buena parte de este trabajo va a hacerlos sinónimos, sólo distinguiéndolos cuando sea preciso.

Para ir desarrollando todo ello conviene que me detenga en establecer unos puntos de partida:

1. La integración tiene mejor recepción que el eclecticismo, o al menos es un término que puede gustar a más personas (Caro, 1999; Norcross, 2005).
2. Es muy difícil que nazca una psicoterapia al margen de un cierto nivel inicial de integración. Aplicamos parte de lo que existe, lo mejoramos, lo cambiamos, lo retomamos, lo criticamos, etc. La lucha de Freud por integrar y seleccionar lo que había disponible en su época, podría ser un buen ejemplo de ello. Por ejemplo, visitó La Salpêtrière para formarse en hipnosis, con Charcot, adaptándola, inicialmente, a sus primeras formulaciones psicoanalíticas, aunque luego abandonara la hipnosis (Freud, 1904/1905).
3. En un principio, cualquier clínico “es ecléctico”. O lo que es lo mismo, toma lo que necesita para un cliente concreto. Ahora bien, este “tomar”, se suele hacer dentro de los límites que marca su conocimiento de un modelo. Maslow (citado en Mahoney, 2003, p. xi) al enunciar *la ley del martillo*, nos recordó que si sólo tenemos un martillo, vamos a tratar todo como un clavo.
4. Ahora bien, cuando pasamos a integrar o hacer un modelo diferente, ya necesitamos algunos instrumentos más.
5. El primero de estos instrumentos tiene que ver con creencias, actitudes y filosofía de vida, epistemología psicológica, etc. El segundo tiene que ver con la formación. Es decir, debemos asumir que la posibilidad de la integración es compleja y necesita ciertas reglas. Intentaré ir dando respuesta a todo ello a lo largo de este trabajo.

El pasado y el presente

¿Por qué nos planteamos la integración en psicoterapia?

Los hitos históricos de obligada cita son los tres siguientes (véase Goldfried, Pachankis y Bell, 2005). En primer lugar, la creación, en 1983, de la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), es decir, *La Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia*. Debemos prestar una especial atención a la palabra “exploración” como luego veremos. La creación de la SEPI llevó a la celebración de distintos congresos (el primero en 1985), y a la importante aparición, en 1991, del *Journal of Psychotherapy Integration*.

Es decir, que llevamos 34 años ocupándonos de la integración en psicoterapia. Para su surgimiento, se necesitó un caldo de cultivo que propició la aparición de la tendencia hacia la integración. Sus principales elementos aparecen resumidos en el Cuadro 2.

Al margen de la importancia, por ejemplo, de factores sociopolíticos, económicos o del desarrollo de una red profesional (SEPI), cabe destacar de este listado del Cuadro 2, en primer lugar, el supuesto de que ningún modelo se ajusta a todos los problemas. Cualquier modelo, a mi entender, va a tener limitaciones de aplicación. Igualmente, es importante entender que un elemento clave en la aparición de esta tendencia a la integración fue la increíble proliferación de enfoques en los años 80 (más de 400, en Norcross y Arkowitz, 1992), entre los cuales, además, no existía, de forma general, una eficacia diferencial.

Cuadro 2

Motivos de la aparición de la tendencia hacia la integración y el eclecticismo (a partir de Norcross y Newman, 1992; Norcross, 2005)

Principales motivos que explicaron su aparición	
✓	Gran cantidad y proliferación de enfoques
✓	Todo no se ajusta a todos los problemas: las teorías únicas no son suficientes
✓	No hay eficacia diferencial entre psicoterapias
✓	Existencia de factores comunes que contribuyen al resultado del tratamiento
✓	Énfasis en el paciente y en la relación
✓	Factores sociopolíticos y económicos
✓	Crecimiento de los tratamientos breves, focalizados en los problemas
✓	Existencia de distintos tratamientos, sobre todo para trastornos difíciles
✓	Identificación de efectos terapéuticos específicos y de tratamientos basados sobre la evidencia
✓	Desarrollo de una red profesional que facilita la integración

Esto es, tal y como planteó Rozenzweig en 1936 y le dieron carta de naturaleza Luborsky, Singer y Luborsky (1975) posteriormente, contribuye notablemente a la integración lo que queda reflejado en el famoso veredicto del pájaro Dodo en “Alicia en el País de las Maravillas”, “*todos hemos ganado y todos tenemos premio*”.

¿Pero es esto así? ¿Está la psicoterapia libre de luchas partisanas? ¿Asumiría todo el mundo el veredicto del pájaro Dodo? Pues depende. Depende de dónde mires y por dónde te muevas, que es como decir, depende de a qué Congresos acudas, en qué revistas intentes publicar, y en que Facultades de Psicología trabajes y te formes y de qué países, etc. Luego, con ello doy una primera respuesta al tema de este trabajo: “es posible, pero no siempre, y depende”.

La situación mundial

Proponentes del movimiento integrador defienden y alegan con datos de porcentajes, encuestas, grupos Delphi, etc. que la integración es la tendencia principal en el campo de la psicoterapia. Según Norcross (2005) entre un cuarto y la mitad de los clínicos americanos prefieren denominarse eclécticos. Las cifras oscilan entre el 19% y el 68%. Aunque no está claro el porqué de esta variabilidad,

desde luego, son cifras a tener en cuenta.

¿Es así en nuestro país? Parece ser que no del todo. Inicialmente, en un estudio de Coscollá, Caro, Ávila, Alonso, Rodríguez y Orlinsky (2006) con una muestra de 179 terapeutas, al inicio de su carrera profesional, la mayoría de los terapeutas se adscribían a un modelo puro y luego éste se seguía manteniendo (+4.5). No obstante, podía haber cambios hacia otros modelos, aunque la evolución más lógica era hacia la integración (+8.9), y no hacia el eclecticismo, tal y como se ha diferenciado anteriormente.

Tabla 1

Frecuencia de tipos de orientaciones en el inicio y en el momento actual de la práctica profesional (en Coscollá, et al., 2006)

Categoría	Orientación inicial		Orientación actual		Cambio
	n	%	n	%	%
Modelo Puro	75	41.9	83	46.4	+4.5
Integración	66	36.9	82	45.8	+8.9
Eclecticismo	14	7.8	2	1.1	-6.7

Las dos combinaciones integradoras más populares que aparecieron en el trabajo citado fueron, la analítica-sistémica, con un 21.9% de elecciones, seguida de la cognitivo-conductual con un 19.5%. Esto es importante para enmarcar la cuestión de la terapia cognitiva y la integración que realizaré más adelante.

Los psicoterapeutas y la psicoterapia

¿Por qué elegimos un modelo de psicoterapia?

Indudablemente, convertirse en psicoterapeuta va unido a la elección de un modelo. ¿Por qué nos decantamos por un modelo de psicoterapia? Algunos autores se han ocupado en distintos trabajos de estudiar esta cuestión. Así, comparando muestras portuguesas y americanas, las principales variables que explican la elección de un modelo, en orden descendente fueron (en Branco Vasco, 1993):

- ✓ Filosofía y valores personales
- ✓ Entrenamiento
- ✓ Experiencia clínica
- ✓ Experiencias vitales
- ✓ Porque me ayuda a comprenderme
- ✓ Tipo de pacientes con los que trabajo
- ✓ Resultado de la investigación
- ✓ Etc.

Esto es, las actitudes de los terapeutas hacia los distintos enfoques teóricos y metateóricos tienen que ver, principalmente, con cuestiones relacionadas con

perspectivas personales, puntos de vista filosóficos y puntos de vista sobre el mundo, y valores (Branco Vasco, Garcia Marques y Dryden, 1999).

Por tanto, cabe preguntarse ¿qué lleva a un terapeuta a convertirse en integrador? ¿Qué valores personales debe tener un terapeuta que se mueve en esta línea? Norcross (2005) da respuesta a ello empleando diversos trabajos, tal y como nos aparece en el Cuadro 3.

Cuadro 3

¿Qué necesita un terapeuta para convertirse en integrador/ecléctico? (a partir de Norcross, 2005)

Elementos principales

- ✓ Más edad (en los primeros trabajos, no aparece en trabajos más recientes)
- ✓ Menor satisfacción con sus marcos conceptuales y procedimientos técnicos
- ✓ Pertenecer al campo clínico más que al campo académico
- ✓ Ausencia de presiones en ambientes profesionales y de entrenamiento hacia una “doctrina”
- ✓ Ausencia de figuras carismáticas a las que emular
- ✓ Más experiencia que nos lleva a la diversidad y a más recursos
- ✓ La psicoterapia nos sirve para ganarnos la vida
- ✓ Una tendencia obsesiva para juntar todas las intervenciones del universo terapéutico
- ✓ Un temperamento inconformista que nos lleva a movernos más allá de un campo teórico
- ✓ Una actitud escéptica hacia el statu-quo

Como vemos en el Cuadro 3, en esta tendencia hacia la integración y el eclecticismo caben diversas variables, aunque me parecen a destacar las de tipo actitudinal, de personalidad, y las condiciones laborales. Una variable que me parece muy importante es la que diferencia entre la *vida real del clínico* y la *vida real del académico*. El siguiente párrafo lo describe claramente:

“Mientras estemos fuera del día a día de la psicoterapia, en la tranquilidad del despacho o de la biblioteca, es fácil pensar en psicoterapeutas como exponentes de escuelas que compiten entre sí. Cuando participamos realmente de la psicoterapia, u observamos sus complejidades, pierde su engañosa simplicidad” (Ricks, Wandersman y Poppen, 1976, citados en Norcross, 2005, p. 13).

La complejidad de la psicoterapia

Ya sabemos que la psicoterapia y el proceso de cambio no son lineales (Caro y Stiles, 2013; Lutz et al, 2013; Pascual-Leone, 2009) y son extremadamente complejos. Siguiendo a Rønnestad (2016) un nivel adecuado de experiencia en terapia se manifiesta, entre otras cosas, en que el psicoterapeuta toma decisiones sensibles al contexto, emplea procesos implícitos e intuitivos y se implica con el paciente con una flexibilidad y ajuste momento-a-momento. Si un experto se adapta

a esta complejidad, esta adaptación puede favorecer el clima hacia la integración, ya que supone una sensibilidad que se refleja en que el terapeuta responde a las necesidades de su paciente (Stiles, Honos-Webb y Surko, 1998).

¿Qué debemos destacar de este planteamiento, resumiendo las bases para ser un terapeuta integrador? Habría que destacar que la posible elección de un enfoque integrador va a tener que ver con creencias, filosofía de vida y con apertura hacia otros modelos. Además, supone formación en varios modelos y un buen entrenamiento y un grado adecuado de experiencia en ellos, lo que supone, lógicamente, un aprendizaje continuo. Supone, igualmente, la integración y desarrollo de un sistema de psicoterapia en el que nos encontremos cómodos, etc.

Dificultades para llevar a la práctica la integración

En función de todo lo visto creo que podemos relacionar las dificultades hacia la integración con dos grandes bloques, *actitudinal* y *formativo*. Comenzaré por el más sencillo, el formativo.

La formación como terapeuta ¿integrador?

Una cuestión que podemos comprobar en nuestros centros de trabajo, estudio, etc. es que, como planteaba McLeod (2001) a los terapeutas no se les enseña, sino que se los *socializa* en un determinado modelo, o perspectiva, hacia su trabajo clínico y hacia la investigación. Así, los estudiantes y los recién llegados a la psicoterapia buscan confort y seguridad dentro de los límites de las escuelas establecidas, manteniendo la ortodoxia. Evitan, con ello, que se les castigue (Gold, 2005). De nuevo, aparecen en nuestro camino del desarrollo de las posibilidades de la integración, las creencias, las actitudes, etc.

Si seguimos las fases de desarrollo de un terapeuta que planteaba Jones-Smith (2011), esta formación o socialización en exclusiva puede parecerse lógica (e incluso inevitable, si tenemos en cuenta los créditos o el peso de las asignaturas “de terapia” en la carrera) y, a la larga, puede no ser un obstáculo para desarrollarnos hacia la integración. Es decir, si el terapeuta sigue formándose puede estar en el camino hacia la integración. Pero esta formación puede ser de diversas maneras. Dos son las principales a mi entender.

En primer lugar, seguir formándonos dentro de nuestro modelo o enfoque. Esto nos puede convertir en mejores terapeutas, pero no en terapeutas integradores. Y debemos recordar que todos los modelos de psicoterapia evolucionan, pero lo hacen dentro de sus bloques y límites respectivos. En segundo lugar, podemos, también, buscar la formación fuera de nuestro modelo. Esto nos puede convertir en mejores terapeutas, y quizás en terapeutas integradores.

¿Cómo nos decantamos hacia una u otra? Es difícil asegurarlo. Me gustaría asumir que ambas posibilidades conviven y ya es cuestión de nuestras creencias, esquemas, etc. que se suman a nuestra experiencia, fuentes formativas posteriores que nos influyen, etc. para decantarnos hacia una u otra. A mi entender, el terapeuta

tipo o medio, se va a mover evolucionando dentro de su modelo (véase Tabla 1) y de las distintas perspectivas que lo conforman.

Es importante señalar que se asume que los terapeutas evolucionamos con la práctica. Entre otras cosas porque sería poco ético no hacerlo. Sin embargo, si seguimos adoptando y ampliando nuestra formación dentro de la escuela a la que fuimos socializados durante nuestra formación, no vamos a ser terapeutas integradores.

Cabe preguntarse, y de nuevo, no tengo una respuesta clara, ¿seguimos formándonos como terapeutas? Al no ser un requisito legal en España, quizás la mayoría de terapeutas luchan y se esfuerzan enormemente por estar al día (formarse cuesta dinero, o mucho dinero, según se mire) lo mejor que puedan y sepan. Pero, ¿lo hacen todos? Y si lo hacen, ¿dentro de qué límites?

Los programas docentes, el famoso Plan Bolonia, o incluso, el conocimiento de idiomas, ¿están contribuyendo, en nuestro país, al “integrista” o a la “integración”? Creo que la respuesta que podemos dar a esto es más personal que otra cosa: ¿qué tipo de terapeuta soy yo?, ¿cómo me siento cómodo en mi formación?, ¿y qué estoy haciendo realmente para lograrla y continuarla? En relación a esto, no voy a dar ningún tipo de respuesta en este momento, aunque sí, algunas pistas.

La actitud como terapeuta ¿integrador?

Los elementos que hemos visto más arriba conforman la idea de que un terapeuta integrador tiene una serie de creencias y actitudes que se hacen muy evidentes y que, básicamente, se resumirían en actitudes basadas en el respeto y en la amplitud de miras. En consecuencia, la actitud derivada sería la no defensa partisana de un modelo, impidiendo la construcción de Torres de Babel, buscando la paz entre escuelas, sintiéndonos cómodos con múltiples voces psicoterapéuticas.

Es decir, un terapeuta integrador se mueve por la idea, que no es más que sentido común (Gaete y Gaete, 2015), de que las cosas se aprecian mejor desde perspectivas múltiples.

¿Cómo se consiguen estas actitudes? Indudablemente, son una cuestión de educación. En primer lugar, de educación basal desde la cuna. Ya lo sabemos, hay personas que respetan al otro y otras que no. Sobre ello poco podemos hacer nosotros, me parece a mí.

No obstante, estas actitudes también se pueden cultivar desde instancias académicas, en las instituciones psicológicas, etc. La forma de presentar la materia de Tratamientos, los cuerpos de asignaturas de la carrera, los congresos y lo que se prioriza en ellos, pueden ser de ayuda. Claro está, que todo esto lo desarrollan personas. Si éstas no se guían por el espíritu de la integración, por esa *E* mayúscula de la Exploración, por asumir que todos tienen algo que ofrecer, poco se va a poder hacer.

Creo que corremos el peligro de caer en una especie de bucle que se retroalimenta y que no la facilite. Teniendo en cuenta la cultura psicológica de la que

se dispone en donde todo va encaminado a potenciar cada uno de nuestros enfoques (incluido los integradores) a través de Sociedades, Congresos exclusivos que, a veces, no parecen Congresos donde se hable y se acuerde o desacuerde, sino reuniones de acólitos que comulgan conjuntamente asumiendo el mismo *mito* y *ritual* (Frank, 1961), revistas especializadas, libros y colecciones de libros, etc. veo difícil que siga creciendo la integración. Es curioso destacar, y a ello me referiré en breve, que modelos o enfoques que se consideran o se venden como integradores, lo hagan alegando que pueden ser el mejor, el más claro, el que los acoge a todos. Y esto, creo, sinceramente, que es todo menos un espíritu integrador.

A los autores que se mueven en una perspectiva única se les ha acusado de ser incapaces de ir más allá de una actitud de superioridad, disgusto y aversión que surge de la confrontación entre “culturas” terapéuticas que compiten entre sí (Safran y Messer, 1997). Por la misma regla, la integración no puede asumir la perspectiva distorsionada, de algunos de los proponentes de los modelos puros, sobre la superioridad de su modelo.

¿Es malo no ser integrador?

A lo largo de este trabajo he expuesto lo que puede suponer integrar desde vertientes conceptuales y actitudinales, lo que lleva implícito que “es bueno” integrar en psicoterapia. No obstante, no todo el mundo estaría de acuerdo.

Siguiendo a Gelso (2009) debemos recordar una serie de mitos que pueden justificar que no es necesario decantarse por la integración.

1. El primer mito se refiere a que *las teorías puras están equivocadas*. Esto es erróneo ya que necesitamos estar abiertos a los méritos potenciales de trabajar teórica y clínicamente dentro de los límites de una teoría concreta. Esto facilita que se desarrolle plenamente y que mantenga una consistencia interna que es vital para cualquier teoría psicológica.
2. *La integración resulta en una terapia más efectiva que la no integración*. Esta es una base epistemológica muy importante para la integración, y revisiones al respecto no la avalan, según Gelso (op. cit.). Lo que podemos decir es que una terapia integradora, si es validada empíricamente, va a pasar a formar parte del grupo de teorías únicas, al que cabe aplicar el veredicto del pájaro Dodo.
3. *Existen terapias puras que deben ser sometidas a la integración*. No existe tal tipo de teoría ya que, como he comentado, virtualmente, cualquier teoría de psicoterapia revela una integración de base.

Obstáculos para la integración

El entusiasmo de la integración es contagioso para muchos, pero este entusiasmo no debe evitar que veamos lo que la dificulta. Para ello seguiré el trabajo de diversos autores. Podríamos considerar como obstáculos, entre otros elementos:

1. El celo partisano y el interés territorial de los sistemas “puros” (Norcross,

2005) a lo que debemos sumar que la reputación profesional se logra enfatizando lo nuevo y lo diferente, y no lo básico y lo similar. Como planteó Goldfried (2001, p. xx): las carreras “se construyen haciendo historia, no conociéndola”. Es decir, la integración tiene que ver con lugares comunes.

2. Dificultades para el entrenamiento. Parece impensable el desarrollo de un programa de formación totalmente integrador y que reciba el visto bueno de las autoridades académicas (Norcross, 2005).
3. Otro elemento importante es la dificultad de definir la psicoterapia. Sea lo que sea, cualquier psicoterapia surge queriendo evitar la siguiente definición:

La psicoterapia es una técnica indefinida, aplicada a casos inespecíficos, con resultados impredecibles. Para poner en práctica estas técnicas se necesita un entrenamiento riguroso (Raimy, 1955, p. 93).

4. Esta cuestión de las dificultades para definirla, nos lleva a algo que se hace obvio para cualquiera que estudie un determinado modelo: Las diferencias en cuestiones ontológicas y epistemológicas entre modelos. Va a ser muy difícil integrar psicoterapias cuando partimos de la base de que las teorías a integrar son totalmente incompatibles (Gaete y Gaete, 2015; *problema de la inconmensurabilidad en filosofía de la ciencia*). Esta es una cuestión importante, en cuanto que no podemos escapar de ella por más que queramos o que asumamos, ingenuamente, que los hechos están libres de doctrina. La teoría es muy importante. Cada enfoque ofrece supuestos sobre la naturaleza humana, los determinantes del desarrollo de la personalidad y los orígenes de la psicopatología. Por ejemplo, ¿cuál es el papel del Insight en psicoterapia?, ¿cómo desarrollamos una fobia?, ¿cómo debemos comportarnos en la relación terapéutica?, ¿cuál es el papel de las experiencias tempranas?, etc. Y así hasta el infinito. Ésta ha sido y es la situación en nuestro campo, y uno de los principales obstáculos para la integración.
5. Carecemos de un lenguaje común. Esta cuestión se relaciona con la anterior, desde luego. No podemos desarrollar un modelo, sin que éste no tenga sus propios términos para conceptualizar el *qué* y el *cómo* de nuestra tarea como psicoterapeutas. Las psicoterapias son teorías (Robinson, 1997; Rychlak, 1998, 2000):
 - a. Sobre la vida que merece la pena vivirse.
 - b. La posible identidad que uno debe buscar articular y representar.
 - c. Modos y métodos por los que una persona puede influir en otra/s.
 - d. Teoría sobre las personas y lo que es una “buena vida” y “buenas metas” para ellas.

Cada psicoterapia da una respuesta diversa a todas estas cuestiones, haciendo su particular teorización. Al construir cualquiera de estas teorías,

le ponemos nombre a las cosas y facilitamos meternos en nuestros nichos, en los que ningún otro puede entrar, ya que levantamos barreras lingüísticas, construyendo Torres de Babel de difícil acceso.

6. Las terapias integradoras se siguen haciendo y necesitan incluir elementos de diversos enfoques y del trabajo con distintas culturas. Esta cuestión, destacada por Norcross (2005) sobre que la integración aún debe superar el desafío de expandirse continuamente, hace que esta tendencia se quede abierta, o en suspenso, o a la expectativa. Es cierto que ningún modelo ofrece todo en el momento en que surge y que va evolucionando, se supone que a mejor, pero considerar que la integración debe incorporar, como hace Norcross, lo que otros modelos (por ejemplo, cognitivos, feministas, narrativos, etc.) van ofreciendo nos hace sospechar que la integración es secundaria a los “modelos puros”.

¿En este sentido, cabe preguntarse, qué va primero?:

- 1º. Integramos y hacemos un modelo que se considera único y original partiendo de modelos anteriores, fundamentalmente, de las principales orientaciones (Dimaggio y Lysaker, 2014; Wachtel, 2014). Tanto es así que los modelos puros son fundamentales para la integración (Govrin, 2014).
- 2º. Hacemos un modelo puro. Aunque es difícil hablar de un modelo “puro”, ya que, como señala Govrin (2014) dentro de cada modelo hay muchas versiones.
- 3º. Integramos modelos puros, o somos eclécticos sobre su base.

¿Qué va primero, entonces? Cabe preguntarse: si tras 34 años de integración, seguimos necesitando los modelos puros, ¿cuáles son las posibilidades reales de la integración? ¿Seguimos buscando **EL** modelo integrador mejor, o unos pocos? Tras 34 años, ¿aún no sabemos qué integrar?, ¿hemos terminado con ella?, ¿seguimos y por qué?, etc.

Conozco a pocas personas que cuando defienden su modelo, lo hagan alegando que es uno más, ni mejor, ni peor. Lo que conozco, incluso entre los jóvenes, es la defensa partisana de su teoría, da igual en las viejas teorías (por ejemplo, véase Roazen, 1975, sobre el psicoanálisis) o las nuevas (véase, por ejemplo, las 3 olas en terapia de conducta por Hayes, 2004, en donde un modelo se come al otro). Desde mi modesta opinión, defender un modelo no excluye **convivir** con los otros. Si la defensa es partisana, no estás integrando. No podemos jugar a ser terapeutas integradores, si seguimos los modos y maneras distorsionados de algunos de los proponentes de los modelos puros. Es decir, si nos empeñamos en buscar **EL** modelo integrador nos metemos en un **movimiento** hacia algo que supone ver sólo nuestras propias versiones de la realidad y de la verdad y promoverlas (Gelso, 2009). Un ejemplo paradigmático de esto lo tenemos en un campo que me es muy cercano: el campo de las psicoterapias cognitivas.

La terapia cognitiva y cognitivo-conductual o un ejemplo de lo que no se debe hacer

La terapia cognitiva es la que más se combina, al menos en EEUU, con otros modelos. Explica el 42% de las combinaciones y ocupa los primeros 5 puestos de un total de 15 combinaciones (Norcross, 2005). Es decir, parece ser que es la que más contribuye a la integración y al eclecticismo. Sin embargo, debo hacer una serie de matizaciones. Nos encontramos en este sentido, con cuestiones que tienen que ver con la actitud de los proponentes concretos y con cuestiones que tienen que ver con la confusión de etiquetas. Comenzaré por la primera.

Beutler, Harwood y Caldwell (2001, p. 164) proponen que la psicoterapia cognitiva y cognitivo-conductual pueden ofrecer “el marco y la plataforma mediante las cuales desarrollar intervenciones eclécticas estratégicas”. Me parece bien que la terapia cognitiva puede guiar dicha cuestión. No obstante, si la guía supone reducir lo guiado a ella, me parece que nos estamos alejando del espíritu de la integración.

Muy brevemente, esta cuestión parte, a mi entender, de un trabajo de Beck de 1991 en donde se planteaba que la terapia cognitiva era **LA** terapia integradora, fundamentalmente, porque se centra en un factor común a todos los modelos: *el cambio cognitivo*. Y aquí tenemos el principal problema. Al considerarme una terapeuta cognitiva, me parece clave este elemento del cambio, pero como profesional que respeta el espíritu de la integración, debo reconocer que reducir todo a un elemento *no es* integración y que hay muchos otros elementos que suponen o contribuyen al cambio y que éste no tiene por qué ser exclusivamente *cognitivo*. Como planteé en un trabajo anterior (Caro, 1998), la integración tiene que ver con el respeto a las diferencias, y no con meterlo todo en el mismo paquete. Reducir todo a un patrón común, unitario, no es integración. Y esto no tiene nada que ver con los factores comunes, una de las principales tendencias integradoras.

El problema del etiquetado: ¿cognitivo o cognitivo-conductual?

Esta cuestión del etiquetado del modelo cognitivo me es muy querida (Caro, 2003, 2007), y creo que explica, en buena medida, esta tendencia a considerar la terapia cognitiva un modelo integrador por excelencia. O **EL** modelo integrador. Siempre me he decantado por considerar que existen 3 formas de práctica, dentro de la etiqueta de modelo cognitivo. Con ello hago referencia a un modelo con un paradigma propio de explicación del trastorno y de la forma de abordarlo, algo que siempre ha caracterizado al modelo cognitivo: diferenciarse de los otros, afianzando lo propio.

Así, podemos practicar terapias cognitivas en relación a modelos de reestructuración, modelos cognitivo-conductuales y modelos construccionistas/constructivistas. En este sentido, la mejor etiqueta sería la de *modelo cognitivo* que la señala como un modelo diferente de los otros. Ahora bien, se habla extensamente de modelo cognitivo-conductual (véase Fromme, 2011) y con elevadísima frecuen-

cia se los hace sinónimos (Hollon y Beck, 1994) y aun diferenciándolos se los usa en el mismo trabajo como sinónimos, lo cual no deja de ser una terrible contradicción que puede llevarnos a error y a supuestos equivocados. En un estudio reciente de revisión de las 813 publicaciones en el *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, desde el año 2000 al 2016, ésta era la situación (Caro, 2017). Situación sobre la que proponentes destacados del modelo cognitivo se han pronunciado. Así para Dobson y Dozois (2001), por ejemplo, aunque se usen como iguales, no deja de ser una situación controvertida que no está cerrada.

¿Por qué usamos la etiqueta de cognitivo-conductual? Muy sencillo, para describir una práctica clínica, que podríamos considerar típicamente ecléctica. Hablamos de uso, pero no de modelo. Si lo convertimos en un modelo nos llevará a error y, aún más, convertirlo en un modelo integrador.

En este sentido, aunque algunos querían que la *E* de *Exploración* (SEPI) se convirtiera en *E* de *Establecimiento*, la *E* de *Exploración* sigue vigente, según Stricker (2010), convirtiendo a la integración en un proceso y no en un producto. Nadie puede acercarse a todos los datos. Por tanto, si se lleva correctamente a la práctica, la integración no es un producto, sino un proceso (Wachtel, 2014). Esto es importante para no convertir, erróneamente, a la terapia cognitiva y cognitivo-conductual, en un modelo integrador por excelencia.

Señala Stricker (2010) que al enfoque cognitivo conductual se lo está llegando a considerar como predominante para la mayoría de terapeutas contemporáneos. Llegar a esto supondría un parón en la integración y supondría el *Establecimiento* de una única escuela, lo cual es contrario al espíritu de la integración. Si ya tenemos el producto, nos olvidamos de que la integración es un proceso. No podría estar más de acuerdo.

Conclusión: La promesa de la integración

Existen cuatro categorías básicas de integración, la “integración teórica”, el “eclecticismo técnico”, los “factores comunes” y la “integración asimilativa” (véase la revisión en Norcross, 2005). Sobre ellas, aún quedan cuestiones no resueltas, e incluso se proponen otras o se propone la integración como la base de todas las intervenciones (Stricker, 2010). Entonces, cabe preguntarse:

- ✓ ¿Qué idea nos da esto del campo de la integración?
- ✓ ¿Aún se sigue explorando?
- ✓ ¿Es la integración la base de todas las psicoterapias?
- ✓ ¿Si se integran cada vez más enfoques en qué se va a quedar?
- ✓ ¿Entonces, qué es integración?

Para mí es más una actitud que un producto. No puede ser un producto, exclusivamente. Si se alegaba que había más de 500 enfoques de psicoterapia que según Staats (2009) se comunican menos ahora que en los años 80, los modelos integradores han contribuido con una buena cantidad. Aunamos, pero también sumamos. No se puede integrar siguiendo la perspectiva de los modelos puros

llevados, erróneamente, a la práctica. ¿Pecan los integracionistas de lo mismo que los defensores partisanos de los modelos puros? Es decir, jugar con las reglas que marca el juego: *ofrecer algo en el campo de los tratamientos*, no deja de contribuir a aquello que pretendía evitar: la proliferación de enfoques que son igualmente eficaces (o al menos, como señaló Wampold (2001), los enfoques hechos correctamente).

La pregunta, entonces, es: ¿está el campo de la psicoterapia listo para asumir la integración? Como decía antes, hace 34 años que se inició esta tendencia y aún seguimos integrando. Si es un proceso y no un producto como algunos quieren hacernos creer, siempre estará allí, pero no sustituirá a otros modelos, sino que sumará otros nuevos modelos a los ya existentes. Quizás sea éste el problema: la psicoterapia como disciplina científica no está preparada para integrarse. Y en ella van a pervivir una y otra vez distintos sistemas/modelos (los cinco principales; psicoanálisis, humanismo, conductual, cognitivo, sistémico e integrador; Mahoney, 1995) que deben aprender a convivir entre sí, siendo el modelo integrador uno más. Es de agradecer que la tendencia hacia la integración marque este camino hacia la convivencia.

No obstante, creo, por responder concluyendo al título de este trabajo, que es posible la integración en psicoterapia. Necesitamos crear un caldo de cultivo para el surgimiento de terapeutas integradores, mejorando su formación y el desarrollo del respeto hacia los otros. No obstante, no nos engañemos. Si echamos un vistazo a la situación actual del campo de los tratamientos psicológicos, quizás, no sea tan sencilla la integración. Si se busca *EL* modelo. O cuando todo se reduce a *mi perspectiva*, no hay integración posible. Aunque eso, paradójicamente, incluya al modelo integrador.

Todo esto nos aleja de la promesa de la integración y de su espíritu inicial. Ese con el que yo creo que debemos quedarnos. Los rasgos del terapeuta integrador se concretan en formación y en actitud. La formación, ya he comentado, es difícil lograrla por completo. Aunque parezca difícil, ante la complejidad del campo y las actitudes de algunos, me parece más fácil, o incluso podría decir más conveniente, contribuir a la integración en psicoterapia fomentando una actitud de respeto y aceptación, así como de curiosidad y de la búsqueda de un conocimiento amplio y continuo.

Quizás, si sentamos estas bases, prepararemos a los terapeutas para que sean más integradores y se interesen por ella.

No son actitudes fáciles, pero son las que asocio con la tendencia hacia la integración. Si lograr esa integración parece inviable, visto lo visto, si esto no es posible, quedémonos con lo mejor de la integración, con una nueva *E*, con su *Espíritu*.

Creo que la integración debe seguir siendo una promesa, un hacer continuo. Cualquier intento de encerrarla en los modos y maneras tradicionales de los diversos enfoques, erróneamente llevados a la práctica, terminará con ella.

Referencias bibliográficas

- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 191-198. doi: 10.1037/h0101233
- Beutler, L.E., Harwood, T.M. y Caldwell, R. (2001). Cognitive-behavioral therapy and psychotherapy integration. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 138-170). Nueva York: Guilford Press.
- Branco Vasco, A. (1993). ¿Cómo te están los zapatos?: La evolución de la orientación teórica y la práctica clínica del terapeuta. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 331-350). Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- Branco Vasco, A., García-Marques, L. y Dryden, W. (1999). Psychotherapist know thyself!: Dissonance between metatheoretical and personal values in psychotherapists of different theoretical orientations. *Psychotherapy Research, 3*, 181-207.
- Caro, I. (1998). Integration of cognitive psychotherapies: Vive la difference, right now! *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*, 67-76.
- Caro, I. (1999). El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública, 11*, 19-26.
- Caro, I. (2003). *Psicoterapias cognitivas: Evolución y comparaciones*. Barcelona, España: Paidós.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao, España: DDB.
- Caro, I. (2017). Behavioural and Cognitive Psychotherapy: A descriptive review (2000 to July 2016). *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 45*, 321-336. doi: 10.1017/S1352465817000121
- Caro, I. y Stiles, W.B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research, 23*, 35-53. doi: 10.1080/10503307.2012.721938
- Coscollá, A., Caro, I., Avila, A., Alonso, M., Rodríguez, S., Orlinsky, D. (2006). Theoretical orientations of Spanish psychotherapists: Integration and eclecticism as modern and postmodern cultural trends. *Journal of Psychotherapy Integration, 16*, 398-416. doi: 10.1037/1053-0479.16.4.398
- Dobson, K.S. y Dozois, D.J.A. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies* (pp. 3-39). Nueva York: Guilford Press.
- Dimaggio, G. y Lysaker, P.H. (2014). Supporters of a single orientation may do less for science and the health of patients than integrationists: A reply to Govrin (2014). *Journal of Psychotherapy Integration, 24*, 91-94. doi: 10.1037/a0036996
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1904/1905). Sobre psicoterapia. En S. Freud, *Obras completas*, Vol. 6. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Fromme, D.K. (2011). *Systems of psychotherapy. Dialectical tensions and integration*. Nueva York: Springer.
- Gaete, A. y Gaete, J. (2015). On theoretical integration in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*, 158-174. doi: 10.1037/a0038883
- Gelso, C.J. (2009). Confessions of a non-believer: The merits and mythology of integration. *Applied and Preventive Psychology, 13*, 14-15. doi:10.1016/j.appsy.2009.10.007
- Gold, J. (2005). Anxiety, conflict, and resistance in learning an integrative perspective on psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*, 374-383.
- Goldfried, M.R. (2001). *How therapists change: Personal and professional reflections*. Washington: American Psychological Association.
- Goldfried, M.R., Pachankis, J.E. y Bell, A.C. (2005). A history of psychotherapy integration. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.) *Handbook of psychotherapy integration* (2 ed.) (pp. 3-23). Nueva York: Oxford University Press.
- Govrin, A. (2014). The vices and virtues of monolithic thought in the evolution of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*, 79-90.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behaviour Therapy, 35*, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hollon, S.D. y Beck, A.T. (1994). Cognitive therapy and cognitive-behavioral therapies. En A. E. Bergin y S.L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 428-466). Nueva York: Wiley.
- Jones-Smith, E. (2011). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*. Los Angeles: Sage.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Is it true that 'everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.

- Lutz, W., Ehrlich, T., Rubel, J.A., et al (2012). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychotherapy Research*, 23, 14-24. doi: 10.1080/10503307.2012.693837
- Mahoney, M.J. (1995). The modern psychotherapists and the future of psychotherapy. En B. Bongar y L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp.474-488). Nueva York: Oxford University Press.
- Mahoney, M.J. (2003). *Constructive psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Norcross, J.C. (2005). A primer on psychotherapy integration. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.) *Handbook of psychotherapy integration* (2 ed.) (pp. 3-23). Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. y Arkowitz, H. (1992). The evolution and current status of psychotherapy integration. En W. Dryden (Ed.), *Integrative and eclectic therapy: A handbook* (pp. 1-40). Buckingham: Open University Press.
- Norcross, J.C. y Newman, C.F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-45). Nueva York: Basic Books.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 113-126. doi: 0.1037/a0014488
- Raimy, V. (1955). *Training in clinical psychology*. Englewood-Cliffs: Prentice Hall.
- Roazen, P. (1975). *Freud and his followers*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- Robinson, D.N. (1997). Therapy as theory and civics. *Theory & Psychology*, 7, 675-681.
- Rønnestad, M.H. (2016). Is expertise in psychotherapy a useful construct? *Psychotherapy Bulletin*, 51, 11-13.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-15.
- Rychlak, J. F. (2000). A psychotherapist's lessons from the philosophy of science. *American Psychologist*, 55, 1126-1132. doi: 10.1037/0003-066X.55.10.1126
- Rychlak, J. F. (1998). How Boulder biases have limited possible theoretical contributions of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 233-241. doi: 10.1037/0003-066X.55.10.1126
- Safran, J.D. y Messer, S.B. (1997). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 140-152. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00106.x
- Staats, A.W. (2009). Unification in psychotherapy, in clinical, and in psychology. *Applied and Preventive Psychology*, 13, 26-27. doi:10.1016/j.appsy.2009.10.004
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x
- Stricker G (1994). Reflections on psychotherapy integration. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 3-12.
- Stricker, G. (2010). A second look at psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 397-405.
- Wachtel, P.L. (2014). On the limits of theoretical fundamentalism. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 95-98. doi:10.1016/j.appsy.2009.10.002
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. New York: Routledge.

DINÁMICA DEL PROCESO EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

DYNAMICS OF THE PROCESS IN INTEGRATING HUMANISTIC PSYCHOTHERAPY

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). Dinámica del proceso en Psicoterapia Integradora Humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 75-92.

Resumen

El artículo presenta el tratamiento que da al proceso terapéutico la Psicoterapia Integradora Humanista. Aunando y ordenando diferentes aportaciones realizadas en distintos modelos de esta corriente, pretende mostrar una manera estructurada y coherente de abordar el tema, en el que el contexto vincular en el que se da la terapia, así como las diferentes intervenciones dentro de la misma, respondan a unos principios compatibles e integrados, de modo que permitan un *fluir* psicoterapéutico armonioso. Recoge así, aportaciones rogerianas, postrogerianas, existenciales, gestálticas y analítico-transaccionales, tanto sobre la relación terapéutica como sobre las secuencias que proponen diversos enfoques para el tratamiento del problema objeto de la psicoterapia. El artículo advierte que, como es habitual en las terapias de corte experiencial-humanista, corresponde al psicoterapeuta elegir la opción de trabajo que considere más operativa (de entre las muchas que tiene disponibles) desde una visión idiosincrásica de la terapia. Termina con un gráfico sintético abarcativo del conjunto del proceso.

Palabras clave: *Psicoterapia Integradora Humanista, proceso terapéutico, método, psicoterapias experiencial-humanistas*

Abstract

The article presents the treatment that gives to the therapeutic process the humanist integrative psychotherapy. Uniting and ordering different contributions made in different models of this stream, aims to show a structured and consistent way to address the issue, in which the context link that gives therapy and different interventions within the same, respond to principles supported and integrated, so allow a harmonious psychotherapeutic flow. So, collect contributions, rogerianas, postrogerianas, existential, gestalt and analitic-transactionals, both on the therapeutic relationship scripts that propose different approaches to the treatment of the problem object of psychotherapy. The article warns that, as usual in court experiencial-humanistic therapies, corresponds to the psychotherapist choose work that consider more operational, from an idiosyncratic view of therapy, from among the many available. It ends with a synthetic graph encompassing the whole of the process.

Keywords: *Humanist Integrative Psychotherapy, therapeutic process, method, experiencial-humanistic psychotherapies.*

Fecha de recepción: 17 de abril de 2017. Fecha de aceptación: 25 de mayo de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: anagb.ifromm@gmail.com

Dirección postal: c. Madrazo 113, enlo. 2º. 08021 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



El presente escrito, enmarcado en el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista, se centra en los aspectos formales de la dinámica del proceso psicoterapéutico, desde una perspectiva existencial-humanista.

Aunque no se puede absolutizar el principio formulado por Marshall McLuhan en los años sesenta de que “el medio es el mensaje”, está claro que el medio forma parte del mensaje, y si es contradictorio con el mismo, genera un doble vínculo que confunde al cliente. Se trata entonces, en psicoterapia, de llevar a cabo un proceso cuyos presupuestos y dinámica sean coherentes con la orientación global, fieles a los principios que sustentan el quehacer del terapeuta y a las intervenciones que vehicula.

El proceso –irrepetible para cada terapeuta y cliente– es siempre complejo, y necesita de unas ciertas pautas que orienten en cuanto a su orden, ritmo y jerarquización. Son muchos los autores y terapeutas que han realizado aportaciones, unas más puntuales y otras más amplias, referidas a la relación terapéutica o a la formalización de las intervenciones. Aquí se intentará dar cuenta de unas y otras, buscando integrarlas en forma compatible y complementaria.

Un proceso es *una secuencia ordenada de pasos para conseguir un objetivo*. Es probable que la mayoría de terapeutas, si pudieran elegir, optarían por suscribir como objetivo un cambio creativo y profundo. Pero el cliente no siempre lo desea, y al terapeuta –como a cualquier otro profesional– le toca centrarse en la demanda del cliente. Holloway señala, con acierto:

El grado del cambio varía de una persona a otra. Por lo general, no pido más, si un cliente termina el tratamiento satisfecho del camino recorrido. Creo en la importancia de la autonomía y la creatividad, y comunico esta convicción a mis clientes. Así pues, si una relación parcial les basta, también a mí me basta (Holloway, 1980, p. 177).

Por su parte, Mary Goulding manifiesta muy expresivamente:

Seguro que si llegara a ser elegida dictador del mundo, exigiría a no pocas personas seguir varios tratamientos. [...] Al no ser dictador universal, escucho a mis clientes y les aplaudo cada curación.

Creo que corresponde al cliente decidir cuántas victorias desea y cuáles. Él escoge su curación. Incluso, y más allá de los problemas de suicidio y homicidio, puede definir como sano lo que otros definen como enfermedad. Puede que él sólo desee ser curado de su fobia a los saltamontes. Puede que quiera la luna... De acuerdo, mientras valore las curaciones que ha conseguido durante el camino (M. Goulding, 1980, p. 179).

Siendo ambiciosos, y pensando en una psicoterapia profunda, se puede comparar el proceso terapéutico con el de gestación de un nuevo ser humano, en el que el terapeuta realiza el oficio de comadrona. Ayuda a dar a luz lo que ya existe en el interior del cliente. Sócrates, que utilizaba esta metáfora para definir su tarea, dio a los psicoterapeutas humanistas una buena pista sobre su papel en la terapia y sobre la manera de ejercitarlo. Como señala Ambrosi (1984) para la *Psicoterapia*

de la Gestalt, la mayéutica funciona como método psicoterapéutico en tanto en cuanto una de las principales tareas del profesional es hacer preguntas para que el propio protagonista de la terapia se las responda, mirando en su interior para descubrir la verdad que allí late. Sin lugar a dudas, esta perspectiva impregna buena parte de las metodologías de las psicoterapias humanistas. Desde esa perspectiva se describirá cómo sucede esa gestación creativa en el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista.

Afirmaba McLuhan que un medio sin ningún contenido en sí mismo, como por ejemplo una bombilla, “crea un ambiente con su sola presencia”. Es mucha la diferencia del clima psicológico que crean unos fluorescentes fríos en unos techos altos y el que crea la luz amigable de una lámpara discreta y cálida. Seguramente será ligeramente distinto lo que ocurrirá en la habitación, porque distinto es el ambiente afectivo que estimula cada tipo de luz. El medio pasa inadvertido, pero da un mensaje sobre el contexto “meta” –el marco relacional de la comunicación– que delimita y modula la misma. En el proceso psicoterapéutico ese contexto es el tipo de relación que se genera entre cliente y terapeuta, el vínculo que encuadra y provoca que nazca algo vivo o que el proceso aborte.

La difusión del mensaje de McLuhan no dejó indiferentes a los iniciadores de la Psicología y Psicoterapias humanistas que se estaban forjando por esos años. Si el medio era tan determinante, en la psicoterapia había que poner, prioritariamente, el acento en el medio, en el proceso terapéutico. ¿Había algún modelo o sistema mejor que otros?

Desde que French, en la reunión anual de la APA de 1932, mostró algunas similitudes entre el psicoanálisis y el conductismo de Pavlov, no han faltado investigaciones que constatan los elementos comunes a los distintos modelos (Fielder, 1950; Franck, 1961, 1979; Rosenzweig, 1954), y la dificultad en hallar diferencias relevantes entre la eficacia de los diferentes enfoques (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989).

Tales constataciones condujeron al enorme interés que suscitó la formulación de Paul (1967) en su conocida matriz: *tratamiento x terapeuta x cliente x problema = eficacia*. Es decir que: ¿qué tratamiento ha de ser aplicado, por qué terapeuta, a qué tipo de cliente y en relación con qué problema, para que sea lo más eficaz posible?

Con independencia de la respuesta según las diferentes orientaciones, lo que sí resultó aceptado por la totalidad de los investigadores es que la relación terapéutica era el elemento más importante, que explicaba hasta el 30% de los cambios (Lambert, 1992; Lambert y Berguin, 1994). Es decir, que el vínculo terapeuta-cliente era la fuerza determinante del cambio y, por tanto, la relación terapéutica debía ser prioritaria en la reflexión teórica. Desde esa fecha, la atención a este tema no ha hecho sino ganar relevancia. Guidano, tras subrayar que se ha minimizado el rol de la relación terapéutica, señala que “El único *proceso común* está representado por *los aspectos emocionales de la relación interpersonal* entre

paciente y terapeuta”; *“el contenido cuenta poco, y cuenta más para el terapeuta que para el paciente. El terapeuta necesita un modelo para poder orientarse”* (Guidano, 2013, p. 26).

Por suerte, en las psicoterapias humanistas y mucho antes de las conclusiones de las investigaciones de Lambert, Rogers (1957) había ilustrado sobre el tema, con su formulación sobre las actitudes del terapeuta, actitudes que posteriormente los demás modelos han generalizado como necesarias (aunque no suficientes) para sus respectivos procedimientos.

Dentro de la línea experiencial-humanista, junto con las aportaciones sobre la alianza terapéutica, se han realizado otras referentes a la dinámica del proceso. De ellas se van a destacar, a continuación, algunas de las más relevantes para el modelo en que se centra el artículo. Por motivos de brevedad, se aludirá exclusivamente a la psicoterapia individual.

El encuadre del proceso

Se puede decir que el inicio de la terapia consiste en un encuentro entre:

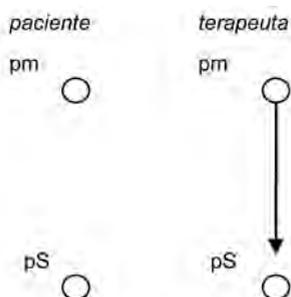
- a) Un cliente que cuenta con una determinada experiencia de la vida, una metateoría sobre la misma extraída dicha experiencia, y unos determinados valores que le orientan y motivan. Suele también tener una teoría (al menos implícita) sobre el síntoma que le lleva a terapia y sobre la propia terapia (lo que es, lo que no es, lo que se puede esperar de ella...) y un síntoma o malestar que le empuja a solicitar ayuda profesional y que coloca en el centro de la consulta.
- b) Un psicoterapeuta que igualmente posee una experiencia vital propia, una metateoría sobre ella y unos valores, junto con una teoría sobre la salud, la patología, y la psicoterapia, así como una serie de recursos profesionales acerca de cómo intervenir para generar el cambio interno deseado por el cliente (y también unas limitaciones, como bien apunta Guistolise, 2016).

Este momento inicial se parece a la primera fase de la gestación en la que sólo se vislumbra una mórula donde se aprecian ciertos bultos o formas difusas, que posteriormente irán evolucionando y definiéndose.

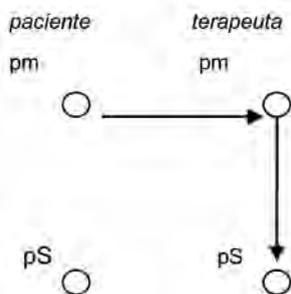
Rogers, al formular las actitudes necesarias para el proceso, diseñó algo así como “las paredes del útero”: un ambiente lo suficientemente acogedor como para que se dé un vínculo terapéutico sano, que permita una alianza terapéutica potente. Gracias a estas actitudes la forma embrionaria inicialmente confusa del malestar del cliente, va definiéndose y evolucionando a su ritmo.

Bastantes terapeutas humanistas se han ocupado de cómo cuidar el proceso de construcción de la relación. Uno de ellos es Ambrosi (1984), que estudia la dinámica que se da (o mejor, debería darse) en la relación terapéutica. Parte el autor de considerar en cada persona dos polos: uno polo de relación superficial (al que llama “pro-mundo”) y otro polo de relación con nuestra esencia profunda (al que denomina “pro-SER”). Las fases de la relación terapéutica responden al diagrama

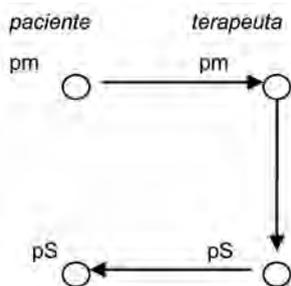
de la figura 1:



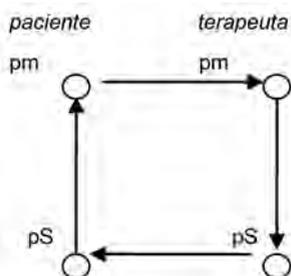
fase 1. El terapeuta tiene activo el eje pro-mundo/Ser, mientras que el paciente lo tiene inactivo



fase 2. El paciente se dirige al terapeuta desde su polo pro-mundo, a partir del discurso lógico, al polo pro-mundo del terapeuta



fase 3. El terapeuta responde al paciente desde su polo esencial al polo esencial del paciente, al que hace "vibrar por simpatía" como ocurre con las cuerdas de un instrumento que están afinadas en la misma nota



fase 4. El paciente conecta su polo esencial al polo pro-mundo, su "ser" a su "siendo"

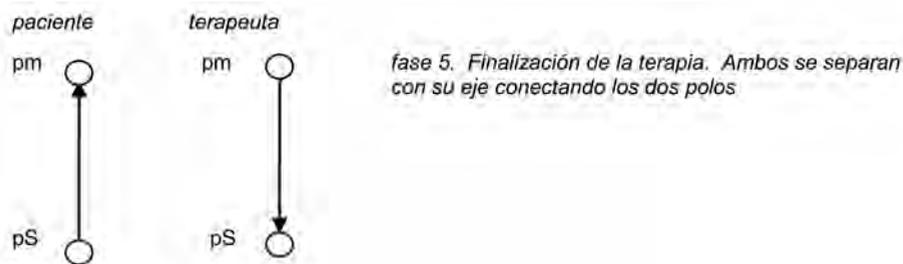


Figura 1.
Fases de la relación terapéutica, según Ambrosi (1984)

Quizá esa concepción de la figura del terapeuta por parte de Ambrosi resulta un tanto presuntuosa, a la vez que descalificadora del cliente, pero sirve para apuntar hacia el “deber ser del terapeuta” de conducir al cliente hacia el encuentro profundo consigo mismo.

Rollo May utiliza el concepto de “situación creativa”, para señalar igualmente, como objetivo prioritario del terapeuta, el de propiciar este tipo de encuentro. Se trata, entonces, no sólo de que el ambiente de la terapia sea agradable y acogedor, sino que además propicie la fecundidad. May (1959) describe la creatividad también con la metáfora de hacer nacer algo nuevo, y la terapia como la situación que propicia ese nacimiento. Tal situación exige:

- a) Un encuentro profundo, comprometido con la realidad
- b) Una apertura a la experiencia, más que una búsqueda de sensaciones
- c) Intensidad del encuentro, incluso con los cambios neurológicos correspondientes a un alto grado de atención (cfr. Cozolino, 2010; Fernández-Puig, Farriols y Segura, 2017).
- d) Una implicación emotiva. Mucho antes de que Greenberg (2009) hablara de su modelo centrado en las emociones, o de que surgiera el constructo de Inteligencia Emocional, May constataba que la actividad razonadora queda favorecida cuando es acompañada de un estado emotivo, siempre que no sea neurótico.
- e) El encuentro del sujeto con su mundo, entendiendo éste como todo el entramado de relaciones significativas en las que el sujeto vive su existencia y en cuyo proyecto participa.

Pero no bastan el ambiente cálido y la luz de semipenumbra para inducir a la confianza hacia sí mismo o hacia el terapeuta. “Con el amor no basta”, dice Beck (1990). La semidirectividad propia de la mayoría de las psicoterapias existencial-humanistas implica dirigir la atención en forma precisa hacia un aspecto específico del síntoma. Por ello, el postrogeriano Egan (1986) añadió otra actitud terapéutica imprescindible en el momento inicial de la terapia: la concreción, como capacidad para poner el foco sobre el malestar peculiar y específico del cliente.

Este autor describió el proceso de tratamiento en una forma ordenada, en la que

diferenció: a) una etapa preliminar, centrada en la atención; b) una primera etapa, centrada en la exploración del problema; c) una etapa segunda, facilitadora del *insight* o autoconocimiento; y d) una tercera y última etapa, destinada a elaborar los programas de acción. Para cada una de ellas señaló las destrezas que necesitaba el terapeuta y las habilidades que tenía que activar el cliente. Con estas pautas tan precisas, el proceso va tomando forma y delimitándose, como si a un espacio informe se le colocaran unas barandillas que orientan por dónde y en qué dirección ir.

El contenido del proceso

Ahora bien, cuando Egan habla de explorar el problema ¿qué aspecto del mismo se explora, exactamente? El foco atencional se centra, según los distintos modelos, en diferentes aspectos del malestar. Aún otra pregunta: ¿se explora el síntoma obvio, o las raíces del malestar? Ya se sabe que frecuentemente el síntoma es la punta del iceberg que da la alarma sobre un malestar más profundo. Por ejemplo: un síntoma que aparece como dificultad para las relaciones por parte de una persona muy dependiente, está enraizado más abajo, porque las dificultades surgen de tener autoprohibida la rabia y el pensamiento crítico, y de exhibir una comunicación muy deflexionada. Para explorar en profundidad, habrá que incluir estos aspectos subterráneos –no tan evidentes para la persona que acude a pedir ayuda terapéutica– y excavar en torno a ellos.

Muriel James (1981) se encarga de explicar el proceso de excavación, para que ésta sea una excavación cuidadosa. Conviene seguir, según la autora, el siguiente proceso:

1° Primero, darle al cliente “sopa de pollo”. Parece ser que, en los Estados Unidos, algunas ONG’s, parroquias, etc. dan a los mendigos una sopa de pollo, que es la versión norteamericana del bocadillo que se les da aquí. Como ella dice, sirve para sobrevivir, pero no cambia nada. Es un gesto inicial para mantener vivo al cliente mientras se construye la relación.

2° Después viene el trabajar las interacciones, para crear un desafío razonable al cliente en el que pronto pueda ver resultados positivos, para mantenerle en una actitud esperanzada. Y ciertamente, las teorías motivacionales (Atkinson, 1957; Fielder, 1950, etc.) exigen –para mantener el interés– la presentación de una tarea que signifique un desafío asequible. Csikszentmihalyi (2017) señala que nada menos que la felicidad consiste en ir superando pequeños desafíos, que están a la altura de lo que confiamos que podemos lograr, si nos estiramos un poco. Un desafío insignificante o excesivo aburren o desaniman para mantenerse motivado. Por otra parte, la gradualidad permitirá un clima motivacional orientado a la tarea, que “se encuentra relacionado positivamente con las metas orientadas a la tarea, diversión, satisfacción, interés y motivación intrínseca (Halliburton y Weiss, 2002; Krane, Greenleaf, y Snow, 1997; Sefriz, Duda, y Chi, 1992; Theeboom, De Knop, y Weiss, 1995, entre otros)” (Hellinn Rodríguez, 2007, p. 21).

3° Finalmente abordar el trabajo con la estructura de personalidad. Esto

significa ahondar en los aspectos más profundos, básicos y difíciles, sobre los que se ha ido estructurando el resto de la problemática.

Se trata entonces de ir hacia las raíces del problema como si se tratara de desenterrar una planta viva y delicada: cavar con cuidado, sin meter la pala hasta el fondo desde el principio, para no destrozar las raíces más superficiales que configuran y sostienen el día a día del cliente.

Por su parte, Ware (1983) nos indica por dónde hemos de empezar la excavación, para que se realice desde el lugar más seguro para el cliente.

Tabla 1.

Puertas de la terapia (Ware, 1983)

Adaptación	Puerta de entrada	Puerta en el punto de mira	Puerta bloqueada
Esquizoide	Comportamiento	Pensamiento	Sentimiento
Antisocial	Comportamiento	Sentimiento	Pensamiento
Paranoide	Pensamiento	Sentimiento	Comportamiento
Histérica	Sentimiento	Pensamiento	Comportamiento
Obsesiva	Pensamiento	Sentimiento	Comportamiento
Pasivo-agresiva	Comportamiento	Sentimiento	Pensamiento

Constata este autor que, según el estilo de personalidad, el protagonista de la terapia tendrá asequible, para relacionarse, uno u otro subsistema preferido. Para indagar en ese mundo, el terapeuta deberá comenzar por utilizar la puerta abierta (el subsistema comunicativo favorito, la “puerta de entrada”) para acceder a él. De otra forma el paciente se vería violentado. Una vez en ese ámbito, dirigirse hacia lo que llama “la puerta en el punto de mira” –una puerta entornada–, para pasar al espacio siguiente y permanecer allí el tiempo suficiente para que la puerta bloqueada empiece a entreabrirse. Hacerlo de otro modo, dificultaría la relación y regresaría las defensas. Un ejemplo: si se piensa en una persona con una disfunción de tipo obsesivo, hablará de lo que piensa, y es ahí donde hay que establecer el contacto y estar en un primer momento. Sólo después tocará preguntarle “¿y cómo te sientes con esto que piensas?”

Retomando la metáfora de la gestación, el diseño del entorno se va convirtiendo en una serie de capas o marcos de diferente nivel, que van creando un ambiente confortable y adecuado para ese proceso específico, con características únicas, como único es cada sujeto y cada momento. Plasmando gráficamente lo que se ha visto hasta ahora, yendo del plano más amplio a lo más concreto, tendríamos algo así como lo que aparece en la figura 2.

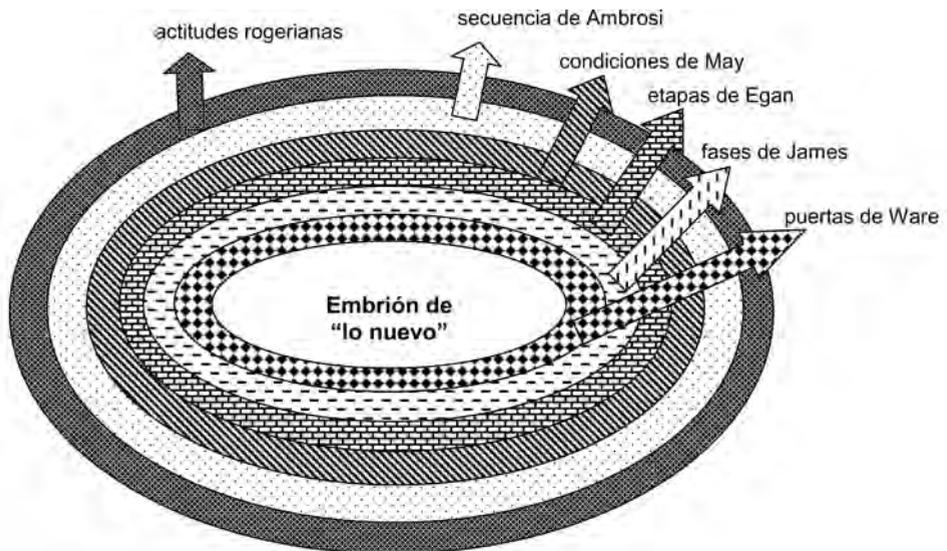


Figura 2
Aportaciones al contexto del proceso psicoterapéutico (elaboración propia)

El método

Una vez perfilado y asentado el contexto en que transcurre el proceso, se trata de ver como continúa aquella “secuencia de pasos ordenados” a la que se hizo referencia al principio. Cuidar el proceso a través de la forma que adopta el mensaje (la alianza terapéutica), no lo es todo. El mensaje necesita un contenido, para que la comunicación sea algo más que esperar el cambio con empatía y respeto. La pregunta ahora es: ¿a través de qué caminos propiciarlo?

Una manera de explicar las diferentes opciones para estimularlo es utilizar como bastidor las causas aristotélicas aplicadas a la psicoterapia, como hace Rychlak (1988):

- a) Se puede explorar y cambiar la “causa material”, la sustancia de la que está hecho el malestar.
- b) Se puede explorar y cambiar la “causa eficiente”, descubriendo al autor del malestar (hipótesis genética).
- c) Se puede explorar y cambiar la “causa formal” o aspecto que toma y perpetúa el malestar (hipótesis de mantenimiento).
- d) Se puede explorar y cambiar la “causa final”, lo que se quiere obtener a través del malestar y del propio proceso.

Según la opción elegida, o la combinación de varias, se obtendrán entonces diversos esquemas de procesos.

Parece que lo más práctico es, a la hora de realizar la elección, acudir a la matriz de Paul antes reseñada, e ir hacia aquél tipo de opción más adecuada (dadas las cualidades y limitaciones de terapeuta y cliente) que permita obtener cambios

relevantes y duraderos en el menor tiempo posible y con la menor alteración de los sistemas y subsistemas en los que el cliente se encuentra inserto, es decir, lo que Fagan (2003) llamaría “la más potente”. Desde esa elección:

Se puede explorar y buscar el cambio de la **causa material**, es decir, de qué está hecho el síntoma o malestar, desde diferentes enfoques. Una variante es acceder desde lo corporal, como por ejemplo hace la Bioenergética de Lowen, y transformar la materia física eliminando corazas musculares y permitiendo la fluidez de la energía en el interior del cuerpo, a través de trabajos de desbloques de la voz y la garganta, trabajos de enraizamiento, etc. En el gráfico de la figura 3 puede verse cómo la estructura corporal de la fase inicial está energéticamente fragmentada, mientras, después del trabajo terapéutico, se da una fluidez entre las distintas capas.

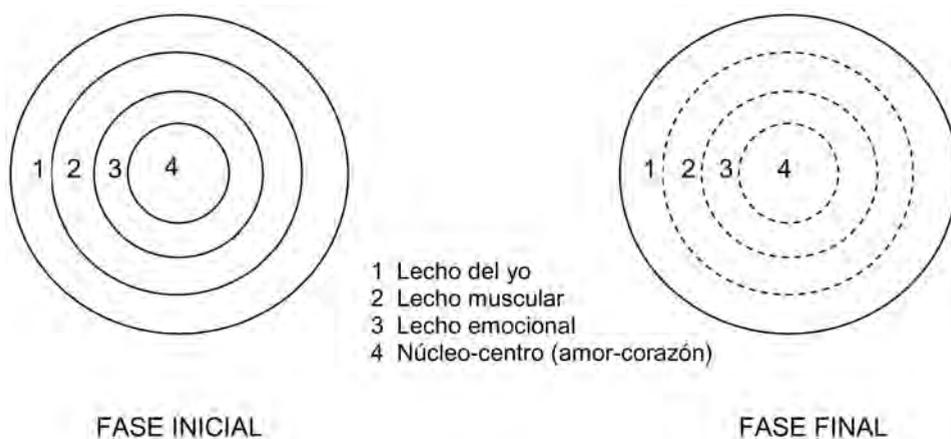


Figura 3.

Capas de la personalidad defendida y de la personalidad sana según Lowen (1977, pp. 114 y 118)

Otro enfoque puede ser el que, desde lo cognitivo-corporal, ofrece el *Focusing* de Gendlin (1988), descifrando lo que simboliza el síntoma o malestar a partir de la sensación sentida, utilizando el método de los seis pasos del método de enfoque:

- 1° Despejar el espacio
- 2° Formar la sensación-sentida
- 3° Lograr un asidero
- 4° Resonar
- 5° Preguntar
- 6° Recibir

También puede trabajarse poniendo el énfasis en la materia emocional del malestar, recorriendo el proceso que señala Perls para las capas de la neurosis. El malestar se ha cronificado por la rigidificación de capas defensivas, para no tener que abordar el dolor encerrado en él. Las capas de la neurosis se pueden graficar en

la forma que se plasma en la figura 4

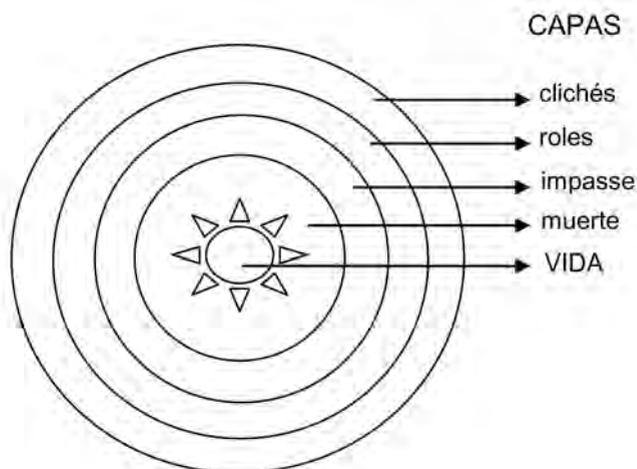


Figura 4.
Las capas de la neurosis, a partir de F. Perls (1974). (Elaboración propia)

Aquí el malestar está hecho de fobia al dolor. La secuencia a seguir consiste en horadar las diferentes capas de la neurosis yendo hacia el centro, atravesando la capa fóbica (*impasse*) que impide la toma de conciencia cognitivo-afectiva, y permitiendo al cliente contactar con sus sentimientos dolorosos. Penetrando a través de ellos –y no evitándolos– contacta con la explosión de vida central. Como señala el mismo Perls (1974), este proceso puede durar una sesión o varios años.

Poco a poco, al trabajar en forma integrada los diferentes subsistemas que configuran la personalidad humana, se va notando cómo late un corazón que no latía y que ahora recupera sus emociones, unos ojos que crecen y amplían la visión, y brazos y piernas se van preparando para moverse en dirección a la Vida y dentro de la Vida

Se puede también explorar y tratar el síntoma desde la **causa eficiente** del malestar. Desde el Análisis Transaccional, Erskine (2007) nos aporta la dinámica que va adquiriendo el proceso en esta área:

a) Al principio el cliente acostumbra a presentarse impotente, como una víctima de la vida, sin herramientas para vencer su malestar y ni siquiera, a veces, capacidad para comprenderlo. La culpa –en su manera de construirla teóricamente– la tiene la vida que le ha dado esas circunstancias o historia ante la cual todos se sentirían de la misma manera. El malestar-síntoma es inevitable.

b) Después, conforme se analizan los orígenes históricos del malestar, va definiéndose la importancia de las relaciones con las figuras parentales en la infancia. La primera reacción del cliente es de rabia contra ellos, porque por su culpa ahora sufre. Más tarde la rabia hacia esas figuras parentales, se transforma en

tristeza, cuando mira hacia adentro y toma conciencia de sus necesidades infantiles insatisfechas.

c) Conforme ahonda en la secuencia de la génesis, va aceptando que fue el propio cliente el que reaccionó de una determinada manera y eligió una determinada opción, en una situación en que otros habrían elegido otra. Ahora “el autor de mi malestar soy yo mismo”, se dice.

d) Pero, además de ser el autor, se reconoce como responsable. El cliente/paciente toma conciencia de que es él quien debe y puede responder y decidir sobre su malestar. Del inicial victimismo pasivo se pasa a la conciencia del propio poder y a convertirse en sujeto activo de su presente y su futuro.

e) Esta transformación en la atribución de la causa eficiente se ultima con la despedida de los padres –la ruptura de la simbiosis interna– y puede conceder simbólicamente el perdón y la petición de perdón a los mismos. (Erskine sólo habla de perdón, pero también es procedente la petición de perdón por los juicios temerarios sobre los padres y el desprecio a las necesidades y vulnerabilidades de éstos).

Se puede también explorar y trabajar el síntoma desde la **causa formal** observando dónde se traba la persona a la hora de conseguir sus objetivos. Así lo hacen –aunque no como enfoque exclusivo– la Psicoterapia de la *Gestalt* o la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 1916, 1917).

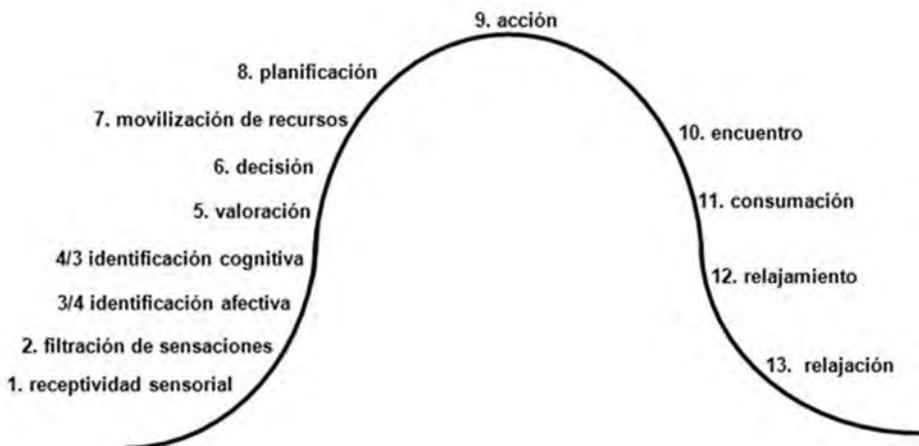


Figura 5.
Ciclo del fluir vital de la Psicoterapia Integradora Humanista (Elaboración propia)

En el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista la determinación de la dinámica formal que toma el síntoma o malestar se realiza a través de un ensanchamiento del ciclo gestáltico de satisfacción de las necesidades y metanecesidades, en el que se distinguen trece fases:

- 1 receptividad sensorial
- 2 filtración de sensaciones
- 3 identificación afectiva
- 4 identificación cognitiva
- 5 valoración
- 6 decisión
- 7 movilización
- 8 planificación
- 9 ejecución de la acción
- 10 encuentro
- 11 consumación
- 12 relajamiento
- 13 relajación

Dentro de estas fases, se observan los bloqueos, dispersiones o distorsiones que en cada una de ellas pueden convertir en disfuncional el proceso. Para solventarlos se diseñan diferentes intervenciones, por ejemplo:

- trabajar con la maduración en la conciencia moral según el proceso de Kohlberg (1982) o Guilligan (1982), (y teniendo en cuenta las aportaciones de la neuroética a que se refiere Gimeno-Bayón, 2014) cuando la fase de valoración está distorsionada.
- ayudar a una toma de decisiones lúcida, libre y responsable (Gimeno-Bayón, 2007a) cuando la fase de decisión está bloqueada.
- o trabajar con el conflicto entre distintas emociones que dispersa la energía de la fase de identificación afectiva

Sea cual sea el proceso seguido, al actuar sobre un sistema u otro, la gestación de esa dimensión nueva que va naciendo en el interior del proceso va teniendo los rasgos cada vez más definidos, y va creciendo y movilizándose.

Se puede explorar el síntoma desde la **causa final** siguiendo el orden que señalan Allen y Allen (2007). Estos autores proponen trabajar las dificultades que sitúan en diferentes planos jerarquizados desde el más amplio, básico y primario hasta el más sutil y refinado. Abogan por empezar la terapia a partir del nivel en que la persona está trabada, y seguir subiendo uno a uno hacia los niveles superiores. Utilizando la terminología analítico-transaccional, hablan de los sucesivos “permisos internos” a lograr:

- en primer lugar el permiso de existir,
- luego el de tener las propias sensaciones
- después el de sentir emociones
- a continuación, el permiso de pensar
- luego el permiso para estar en contacto
- seguido por el permiso para ser uno mismo
- después el permiso para tener la edad que se tiene
- y por último, el permiso para vivir la vida llena de sentido

Algunos ejemplos de trabajos concretos con la causa final son:

- La *Fantasia de la obra* de teatro sobre la propia vida, con el análisis del epitafio propio y el ajeno, tras la muerte (Berne, 1974).
- La *Fantasia del Proyecto* de la Psicosisíntesis (Ferrucci, 1987)
- El *Diálogo con el síntoma* de la Psicoterapia de la *Gestalt* (Levitsky y Perls, 2003), para captar la intención positiva del mismo o
- El trabajo de tipo existencial con el sentido de la vida

A través de las diferentes propuestas y de las experiencias resultantes de ponerlas en práctica, a partir del enfoque de una sola causa, de varias o de todas (cfr. Gimeno-Bayón, 2015), eso nuevo que está naciendo habrá ido tomando cuerpo paulatinamente. Ese proceso complejo, lleno de detalles y jerarquías, se puede sintetizar gráficamente en la forma que refleja la figura 6:

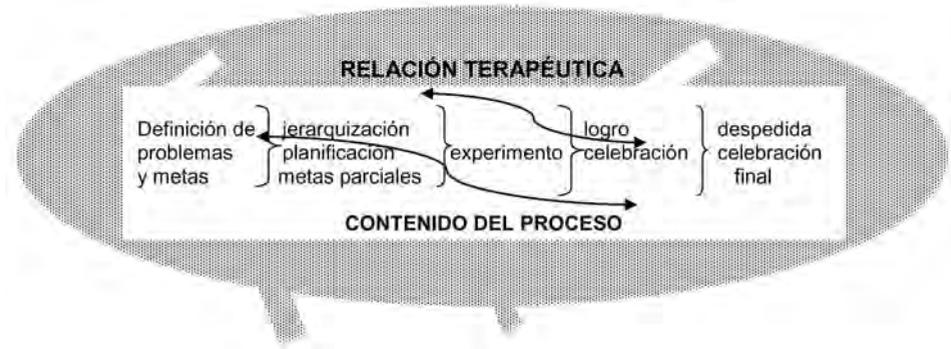


Figura 6

Síntesis de la estructura del proceso terapéutico (Elaboración propia)

En ella se puede ver la parte punteada simbolizando la relación terapéutica, el seno en que se desarrolla todo el proceso, y lo sustenta hasta el final.

Mientras se va construyendo la relación, se van definiendo los problemas que han llevado al cliente a la terapia y las metas que espera y desea conseguir. Seguramente será necesario establecer unas prioridades entre esas metas, para ordenar el trabajo. Por ejemplo: un cliente acude pidiendo despertar el deseo del otro y cómo parar las pesadillas (vid. Rosal y Gimeno-Bayón, 2013); otra, trabajar los abusos sexuales de la infancia, la inestabilidad emocional y los problemas de relación con sus amigas (vid. Gimeno-Bayón, 2007b). Ante estas demandas, la tarea a realizar consiste en una fijación de objetivos (a veces con redefinición de la demanda), y una planificación de metas parciales a conseguir y de estrategias para lograrlas.

Vendrán, a continuación, y en relación con cada una de esas metas, una serie de sesiones destinadas, principalmente, a la realización de experimentos que permitan a la persona cambiar sus constructos cognitivos, afectivos y existenciales acerca de sí misma, los demás y la vida.

Dado que el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista, como el resto de los modelos experiencial-humanistas, pretende utilizar como medio de cambio la facilitación de una experiencia novedosa global –que implique a los diversos subsistemas– frecuentemente ésta surgirá a partir de una propuesta experimental del terapeuta, en la que el cliente/paciente se implica. A raíz de ella, él mismo nota cómo en su interior, y a consecuencia de lo vivenciado, se producen cambios que de por sí no se darían si el proceso se limitara a explicar el malestar y dar consejos respecto al mismo.

En la sesión experimental, el primer momento es un espacio de acogida y escucha empática de presencias en el aquí y ahora de terapeuta y cliente. Después vendrá la señal de éste, que originará la invitación del terapeuta a una determinada acción experiencial-experimental. Este tipo de sesión (no todas son así) viene sistematizada por Greenberg (Goldman, Greenberg y Caro, 2016; Greenberg, 1992) indicando la secuencia que adoptan habitualmente los trabajos experienciales:

- 1º Señal del cliente
- 2º Actuación del terapeuta
- 3º Actuación del cliente
- 4º Cambio intra-sesión

Si la psicoterapia tiene éxito, este tipo de cambios irá llevando a la consecución de metas parciales, con celebración de cada uno de los logros. Tras la consecución de una meta parcial, se repite el proceso volviendo hacia el tratamiento del siguiente problema, hasta lograr el objetivo final de la psicoterapia, con la correspondiente celebración final.

En la figura 6 aparecen unas siluetas rectangulares. Significan los desvíos del proceso lineal en los que acaso hay que incurrir, porque una situación peculiar o de emergencia así lo reclama, o porque la motivación del cliente está concentrada ahí. Si al protagonista de la terapia, se le muere la madre, o pierde el trabajo, o enferma gravemente un hijo, seguramente lo más apropiado es paralizar momentáneamente el tema que focalizaba la atención, para dar paso al tratamiento, resolución, encaje o integración, de los problemas que estas novedades plantean.

Mientras, el proceso habrá ido produciendo una serie de cambios en el cliente:

a) Una experiencia vital ampliada. La propia relación terapéutica es una experiencia única, y acaso en ella se hayan podido dar, gracias a las actitudes del terapeuta, unas experiencias de aceptación incondicional, respeto, valoración y apoyo que nunca había tenido.

b) Una metateoría sobre esa experiencia, necesariamente reformulada. En especial, se suele dar en relación con la toma de responsabilidad y poder ante la vida, y la conciencia de la propia libertad (eso sí, limitada) por parte de la persona que acudía a la sala de terapia con una posición marcadamente determinista respecto al ser humano en general y al suyo en particular.

c) Unos valores éticos fortalecidos, pues, como señalaba Fromm (1969), ellos constituyen la columna vertebral de la personalidad que sostiene la motivación del

propio proyecto vital y la brújula sobre las actitudes a desarrollar para conseguirlo.

d) Una teoría sobre su síntoma o malestar en la que reconoce la función que éste ha desempeñado y el lugar que ocupaba en relación con el conjunto de la vida.

e) Un síntoma o malestar disminuido, desaparecido o aceptado de una manera serena (por ejemplo, en los casos de irrecuperabilidad de una capacidad: la persona que se ha quedado ciega o tetrapléjica, la aceptación del envejecimiento, etc.).

Todo apunta ya a que la gestación anuncia su fin. Si el proceso ha tenido éxito, el cliente ahora –como diría Ambrosi– está conectado con su polo del SER y puede despedirse del terapeuta porque está dotado de la suficiente autonomía como para poder hacerlo. En relación con este momento, Tudor (1997) reclama la realización de las siguientes de tareas:

1. recordar la finalización de la terapia y su relación con los objetivos marcados
2. aceptar los sentimientos del cliente y tratar cualquier tema inacabado
3. confrontar los trucos para alargar la terapia
4. mantener el contacto con el cliente para no reforzar creencias de abandono
5. consolidar el éxito terapéutico a nivel de proyecto vital y revisar la demanda
6. Afirmar los logros
7. Decir adiós, acompañado de un gesto físico y, acaso, de un regalo simbólico

Conclusiones

Repasando la figura 6, puede verse en ella cómo se recogen las aportaciones que respecto a distintos momentos del proceso han realizado los autores que antes se citaron:

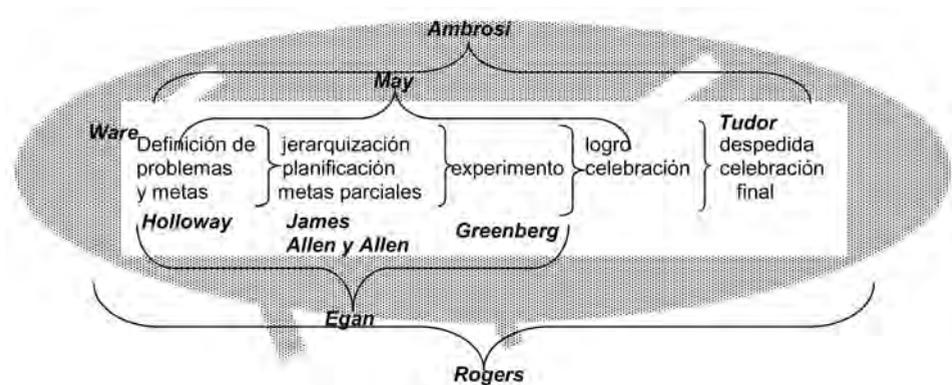


Figura 7
Autores que han realizado aportaciones respecto a distintos momentos del proceso

En psicoterapia se habla, sobre todo, de los cambios que se operan en el interior

del cliente, pero también el terapeuta es modificado por el proceso, pues va a tener: una experiencia enriquecida; un aumento de conocimientos a partir de la experiencia del otro; un mayor número de herramientas, ampliadas con los nuevos instrumentos inventados para el cliente; y un ensanchamiento del afecto para incluir a éste y lo que en él nació. Si el seguimiento de un proceso terapéutico no le cambia para bien, quizás tenga que replantearse su profesión. Al despedir al cliente y desearle un dichoso camino sin el apoyo de la terapia, el propio psicoterapeuta ahonda en la conciencia de que también él tiene que recorrer su propia andadura, sin que ninguna guía, por acertada que sea, le facilitará la receta milagrosa que evite tener que crear en cada momento del proceso lo que es más adecuado para el mismo. Ese camino que estrena con cada persona que se le confía profesionalmente, es lo que le mantiene vivo y atento como persona responsable y como artista de la psicoterapia. Y si hay suerte, sus huellas podrán servir de inspiración y ánimo a los que vienen detrás.

Referencias bibliográficas

- Allen J.R. y Allen B. (2007). Guiones: el papel del permiso. En M.G. Friedlander (Ed.), *Artículos seleccionados de Análisis Transaccional. Del Transactional Analysis Journal 1971-1980* (pp. 111-114). Madrid: Editorial CCS (Traducción del original en inglés de 1991).
- Ambrosi, J. (1984). *La Gestaltthérapie revisitée*. Toulouse, Francia: Privat.
- Atkinson, J.W. (1957). Motivation determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64, 359-372.
- Beck, A. (1990). *Con el amor no basta. Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja*. Barcelona, España: Paidós.
- Beitman, B.D., Goldfried, M.R. y Norcross, J.C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry* 146(2), 138-147.
- Berne, E. (1974). *¿Qué dice usted después de decir "hola"?* Barcelona: Grijalbo (Traducción del original en inglés de 1973).
- Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain*. Londres, Reino Unido: Norton.
- Csikszentmihalyi, M. (2017). *Fluir (Flow)*. Madrid: Ed. Debolsillo (Traducción del original en inglés de 1996).
- Egan, G. (1986). *The Skilled Helper*. Monterrey, CA: Brooks Cole.
- Erskine, R.G. (2007). Seis etapas de tratamiento. En M.G. Friedlander (Ed.), *Artículos seleccionados de Análisis Transaccional. Del Transactional Analysis Journal 1971-1980* (pp. 139-142). Madrid, España: CCS (Traducción del original en inglés de 1991).
- Fagan, J. (2003). Las tareas del terapeuta. En J. Fagan e I. Shepherd (Eds.), *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*, (pp. 93-111). Santiago de Chile, Chile: Amorrortu (Traducción del original en inglés de 1970).
- 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. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/rp107-09.html>
- Ferrucci, P. (1987). *Psicosíntesis*. Málaga: Sirio (Traducción del original en inglés de 1982).
- Fiedler, F.E. (1950). A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, non-directive and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology* 14, 436-445.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1979). The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47, 310-316.
- Fromm, E. (1969). *Ética y Psicoanálisis*. México: F.C.E., (6ª reimpresión).
- Gendlin, E. (1988). *Focusing*. Bilbao, España: Mensajero (Traducción del original en inglés de 1981).
- Gimeno-Bayón, A. (2007a). *Focusing* y la toma de decisiones. En C. Alemany (Ed.) *Manual práctico del Focusing de Gendlin* (pp. 129-166). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. (2007b). Intervencions psicològiques en el jove adult. En G. Feixas (Coord.). *Teràpies psicològiques* (pp. 147-192). Barcelona, España: UOC.

- Gimeno-Bayón, A. (2014). Psicopatología y Psicoterapia de la fase de valoración ética. *Revista de Psicoterapia*, 97, 43-78. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/psicopatologia-y-psicoterapia-valoracion-etica.html>
- Gimeno-Bayón, A. (2015, noviembre). Experiencia y Existencia en las Psicoterapias Humanistas. Ponencia presentada en el *I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas*, celebrado en Barcelona, España.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2016). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales* (2ª ed.). 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 práticos*. Bilbao, España: DDB.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. y Caro, C. (2016). Formulación de caso en terapia focalizada en la emoción: del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/rp104-03.html>
- Goulding, M. (1980). Dictateurs, empreneurs et piétaille: une définition de la guérison. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 4(16), 179-180.
- Greenberg, L.S. (1992). Analysis of therapeutic events. *III International Conference on Constructivism in Psychotherapy*, celebrado en Barcelona, España, durante el mes de septiembre.
- Greenberg, L.S. (2009). *Emotion-Focused Therapy*. APA.
- Guidano, V.F. (2013). La psicoterapia entre arte y ciencia. *Revista de Psicoterapia*, 24(94/96), 11-235. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/revistas/psicoterapia-arte-ciencia.html>
- Guilligan, C. (1982). *In a different voice. Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Guistolise, P.G. (2016). Los fallos en la relación terapéutica, ¿inevitables y necesarios? *Revista de Psicoterapia*, 105(26), 51-58. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/rp105-05.html>
- Hellín Rodríguez, M.G. (2007). *Motivación, autoconcepto físico, disciplina y orientación disposicional en estudiantes de educación física*. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://www.cafyd.com/REVISTA/ojs/index.php/bbddcafyd/article/view/164/102>.
- Holloway, W. (1980). Guérir: mirage et réalité. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 4(16), 176-178.
- James10, J. (1981). *Técnicas de Grupo con Análisis Transaccional*. Taller vivencial dictado en Barcelona, España.
- Köhlberg, L. (1982). Los estados morales y la moralización: el enfoque cognitivo-evolutivo. *Infancia y aprendizaje*, 18, 33-52.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross y M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Nueva York: Basic Books.
- 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*, (pp. 143- 189). Nueva York: Wiley change (4ª ed.).
- Levitsky, A. y Perls, F. (2003). Las reglas y juegos de la terapia gestáltica. En J. Fagan y I. Shepherd (Eds.): *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*, (pp. 144-152). Santiago de Chile: Amorrortu (Traducción del original en inglés de 1970).
- Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México: Diana (Traducción del original en inglés de 1975).
- May, R. (1959). The nature of creativity. En H.H. Anderson (Ed.), *Creativity and its cultivation* (pp. 55-68). Nueva York: Harper y Row.
- Paul, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology* 31, 109-118.
- Perls, F. (1974). *Sueños y existencia*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1969).
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95-103.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2013). *Cuestiones de Psicología y Psicoterapias Humanistas*. Lérida, España: Milenio.
- Rosenzweig, S. (1954). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6, 412-415.
- Rychlak, J.F. (1988). *Personalidad y Psicoterapia. Una aproximación a la construcción teórica*. México: Trillas (Traducción del original en inglés de 1981).
- Tudor, K. (1997). Que dites-vous au momento de dire au revoir? La fin de la psychothérapie. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 21(82), 47-53 (Traducción del original en inglés de 1995).
- Ware, P. (1983). Types de personnalités et pla2n thérapeutique. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 7(28), 156-165 (Traducción del original en inglés de 1983)

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA “REVISADA”

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY ‘REVISITED’

Marye O’Reilly-Knapp

Miembro fundadora de la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa.
Nueva Jersey, EE.UU.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

O’Reilly-Knapp, M. (2017). Psicoterapia Integrativa “Revisada”. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 93-104.

Resumen

Este artículo revisa aspectos de la teoría y los métodos de la Psicoterapia Integrativa tal y como fueron escritos y analizados por el Doctor en Psicología Richard G. Erskine y colaboradores. Un estudio de caso demuestra el empleo de la Psicoterapia Integrativa como base para las intervenciones terapéuticas que permitirán al cliente interpretar las primeras experiencias de los fallos relacionales, mediante una psicoterapia basada en la relación. La revisión de la teoría y los métodos de la Psicoterapia Integrativa sirvió para validar aún más la esencia de la PI y su valor como una psicoterapia cohesiva y exhaustiva.

Palabras clave: *psicoterapia integrativa, estudio de caso, psicoterapia relacional.*

Abstract

This article revisits aspects of the theory and methods of Integrative Psychotherapy as written and discussed by Richard G. Erskine, PhD and others. A case study demonstrates the use of Integrative Psychotherapy as the basis for therapeutic interventions that allow the client to interpret early experiences of relational failures, via a relationally based psychotherapy. Revisiting the theory and methods of Integrative Psychotherapy served to further validate the core of IP and its value as a cohesive and comprehensive psychotherapy.

Keywords: *integrative psychotherapy; case study; relational psychotherapy*



Mientras me acerco al final de mi práctica clínica, mis pensamientos me llevan a la teoría que he adoptado en mi trabajo como psicoterapeuta. En los inicios de mi práctica profesional, empleé una combinación de Psicoanálisis, Gestalt y Análisis Transaccional. Posteriormente, cuando me uní a un grupo de formación en Nueva York dirigido por Richard G. Erskine, y, a continuación, seis años después, al Seminario de Desarrollo Profesional, me sumergí en la teoría y en los métodos de la Psicoterapia Integrativa. Era como si se hubiera abierto una puerta y me encontrara en un lugar donde podía aprender a ser mi mejor versión y trabajar con clientes dentro de un marco terapéutico respetuoso y poderoso. En el último año, empecé a releer y a examinar detenidamente diversos trabajos de Psicoterapia Integrativa, evaluando los principios rectores intrínsecos a su teoría y a sus métodos. Este pormenorizado estudio me proporcionó una apreciación más profunda de esta extensa teoría y métodos, basados en sólidos principios éticos. Este artículo revisa la teoría y los métodos de la Psicoterapia Integrativa con un ejemplo de caso que demuestra su aplicación como base para mis intervenciones terapéuticas.

Toda teoría necesita perspectiva. Un marco teórico dota de estructura a las ideas. A través de sus escritos, Richard Erskine ha ofrecido ambos, perspectiva y marco, y ha desarrollado un conjunto conciso y sistemático de principios (Erskine, 1997; 2015) necesario para que los psicoterapeutas trabajen dentro de la relación terapéutica. Como teoría, la Psicoterapia Integrativa es una teoría exhaustiva, lo que significa que las ideas reflejan una serie de conceptos organizados y coherentes, y las asociaciones entre ellos ofrecen descripciones, explicaciones y predicciones sobre los eventos.

La organización de la teoría en un paradigma de personalidad centrado en la relación, orientado a la motivación, aporta al clínico un marco sólido y útil para el abordaje terapéutico. Tanto en la teoría como en los métodos de la Psicoterapia Integrativa existen principios y parámetros relativos al valor intrínseco del ser humano, la importancia de la calidad de vida, el significado de las relaciones y el apoyo al crecimiento psicológico a través de una psicoterapia relacional. Enfatizando la integración de la personalidad, Erskine (1997) describe:

Ayudar al cliente a tomar consciencia y asimilar el contenido de sus Estados de Yo, desarrollar un sentido del self que disminuya la necesidad de mecanismos de defensa y de un Guion de Vida, y retomar el mundo y las relaciones con pleno contacto. (p.1)

La integración también se refiere a la síntesis de suposiciones desde las teorías afectivas, cognitivas, conductuales, fisiológicas, evolutivas y relacionales. La Psicoterapia Integrativa desarrollada por Erskine (1997) tiene sus raíces en “diferentes enfoques del funcionamiento humano: psicodinámico, centrado en el cliente, conductual, terapia familiar, terapia Gestalt, psicoterapia corporal reichiana, teorías de las relaciones objetales, psicología psicoanalítica del self y conceptos teóricos e ideas de Eric Berne” (p.1). De estos cimientos surgieron los conceptos clave que sirven de base para la Psicoterapia Integrativa.

El marco teórico de la Psicoterapia Integrativa contiene los componentes de la teoría de la motivación y la teoría de la personalidad y los métodos psicoterapéuticos de indagación, sintonía e implicación. La motivación abarca los imperativos biológicos de hambre de estímulo, la necesidad de que el cerebro y el cuerpo sean activados; hambre de estructura, la organización de las experiencias perceptivas; y hambre de relación, el impulso hacia el contacto humano (Erskine, 1997). La teoría de la motivación describe las necesidades del ser humano de estímulo, estructura y relación. Esto se convierte en un indicador para determinar las necesidades asociadas a la estimulación, la organización de las experiencias perceptivas y la conexión con el terapeuta, así como con otras personas. La teoría de la motivación proporciona una comprensión del funcionamiento humano y de la meta-perspectiva que abarca y unifica las teorías de la personalidad y los métodos (O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003). La teoría de la personalidad atiende a la psique y proporciona una vía para trabajar con los Estados del Yo, las introyecciones, las fijaciones evolutivas y el Guion de Vida. Los métodos de Indagación, Sintonía e Implicación, definen los pasos necesarios en el proceso terapéutico. La combinación de las teorías de la motivación y de la personalidad, junto con los tres métodos proporciona un marco operativo para la psicoterapia.

Referida por un colega, Anne entró en mi despacho afirmando que quería saber más sobre sí misma. Había estado en terapia otras dos veces y descubrió su depresión arraigada en la infancia, había crecido en un sistema familiar disfuncional. En la sesión inicial me explicó que su madre había sido alcohólica desde que Anne era pequeña pero que no recordaba mucho más acerca del consumo de su madre. Durante un corto período de tiempo, había asistido a ACOA (*Adult Children of Alcoholics*), un grupo de apoyo para adultos hijos de alcohólicos. Se percató de que necesitaba algo “más” para superar el entumecimiento que todavía experimentaba y recuperar recuerdos de parte de su infancia y adolescencia. Sospeché que su terapia anterior había consistido en intervenciones más a corto plazo con el objetivo de entender que se puede actuar de manera diferente, en comparación con el objetivo a más largo plazo de trabajar mediante recuerdos emocionales. Me pregunté si el “más” de Anne estaba relacionado con su deseo de lidiar con los conflictos y las dolorosas experiencias que necesitaba expresar, con el fin de trascender las posiciones defensivas que había conformado para protegerse. En la sesión inicial, me encontré a mí misma deseando conectar con ella y trasladarla más allá de cualquier recuerdo doloroso que conservara o que pudiera emerger en su terapia.

El primer paso en el encuentro con Anne fue comenzar a estructurar nuestra relación. Mantuve mi atención orientada hacia la provisión de un ambiente seguro donde ella pudiera sentirse a salvo y pudiera comenzar a confiar en nuestra relación. Parte de la estructura de la primera sesión consistió en proporcionarle toda mi atención, escuchar sus peticiones, respetar sus luchas internas y establecer el horario para las sesiones. Me había dicho que era una persona bien organizada y que se

enorgullecía de hacer las cosas por sí misma. Supuse que empleaba la estructura como un modo de manejar su necesidad de estímulo y de contacto. Durante las sesiones con Anne, nuestra relación se convirtió en la base para explorar las relaciones que estableció tempranamente en su familia de origen, así como los contactos con sus familiares y amigos de hoy en día. La relación terapeuta-cliente se mantuvo como eje central en el trabajo terapéutico sobre los conflictos que presentaba, las creencias sobre sí misma y los demás, los mecanismos de afrontamiento que empleaba en la actualidad (basados en el pasado) la consciencia de las conclusiones y decisiones que tomó, así como los sentimientos experimentados.

Dado que el proceso a menudo resultaba prolongado y doloroso, era crucial que Anne se sintiera “sostenida” en la relación terapéutica para resolver lo recordado junto con lo sentido. La contención incluyó mi presencia %una mirada positiva incondicional y la aceptación de las experiencias de Anne% lo que facilitó su proceso de integración. Cuando permanecía callada, yo estaba allí con sus silencios. Cuando se enfadaba conmigo, yo estaba allí para ayudarla a reconectarse conmigo. El trabajo de Anne en terapia abarcaba su “ser” en todos los ámbitos del funcionamiento %cognitivo, afectivo, conductual y fisiológico. El trabajo corporal le ayudó a reconocer los mensajes que su cuerpo le estaba enviando. Este trabajo se realizó mediante la exploración de los gestos corporales, la tensión del cuerpo, el patrón respiratorio, el movimiento corporal, las inhibiciones, los manierismos, que proporcionaron material para la valoración y la interpretación. El empleo del trabajo corporal, las actividades de abreacción, la expresión de emociones asociadas con material reprimido %todo resultaba útil mientras articulaba su narrativa. Sus insights dotaban de significado a sus experiencias.

El empleo de la Indagación, la Sintonía y la Implicación

Algunos han descrito la terapia como un viaje, un autoconocimiento, una aventura donde se utiliza la indagación. En los primeros meses de sesiones, la indagación de las experiencias subjetivas de Anne permitió iniciar un proceso para que ella descubriera más sobre sí misma. La indagación resultó una forma de expandir su consciencia (Moursund y Erskine, 2004).

Indagación.

La indagación fenomenológica se centró en el encuentro con Anne en el instante terapéutico, dondequiera que estuviera, cognitiva, afectiva, conductual y fisiológicamente. Las preguntas la invitaron a ponerse en contacto con sus pensamientos, sentimientos, sensaciones, defensas arcaicas, perturbaciones relacionales tanto del pasado como del presente, estrategias de afrontamiento y vulnerabilidades. La indagación permitió la expansión de la auto-consciencia. El tiempo de terapia se invirtió en que Anne recordara sus primeros años, notara el abandono de su madre, conectara sus sentimientos y sensaciones corporales con sus experiencias, recordara sus sueños y fantasías, identificara sus necesidades relacionales,

entendiera sus patrones de afrontamiento %todo ello mientras utilizaba su relación conmigo para tratar con las diferencias entre el pasado y el aquí-y-ahora. Pudo tolerar la intensidad de la terapia gracias a que yo estaba allí para ella. Ahora no estaba sola y podía, en la relación conmigo, comprender y soportar su pasado. Por ejemplo, se dio cuenta de cómo sufrió negligencia y no dispuso de niña de los recursos necesarios para obtener lo que necesitaba. Sentía el hambre, tanto física como psicológica, al no conseguir el sustento que ansiaba de su madre. Experimentó sus llantos de petición de auxilio y a su madre gritándole. Se dio cuenta de la vergüenza que sufría cuando sus compañeros de clase se burlaban de su desordenado cabello y de su ropa sucia, y lidió con estas humillaciones del pasado en sus sesiones de terapia. Hubo momentos en que mi indagación confundía a Anne e interrumpía temporalmente la conexión que teníamos, así que yo retrocedía y abordaba lo que estaba experimentando internamente.

Todo el proceso de indagación refuerza un yo en evolución y también el desarrollo de una relación con un “otro”, en este caso la terapeuta. Mientras trabajaba con Anne, la indagación guio el proceso de contacto-en-la-relación. Es importante recordar en la indagación las interrupciones internas al contacto. El “ojo de la cerradura” (Erskine, Moursund, Trautmann, 1999), como se ve en la figura 1, coloca estas interrupciones junto a cada una de las áreas de indagación: fenomenológica, historia/expectativa, afrontamiento y vulnerabilidad.

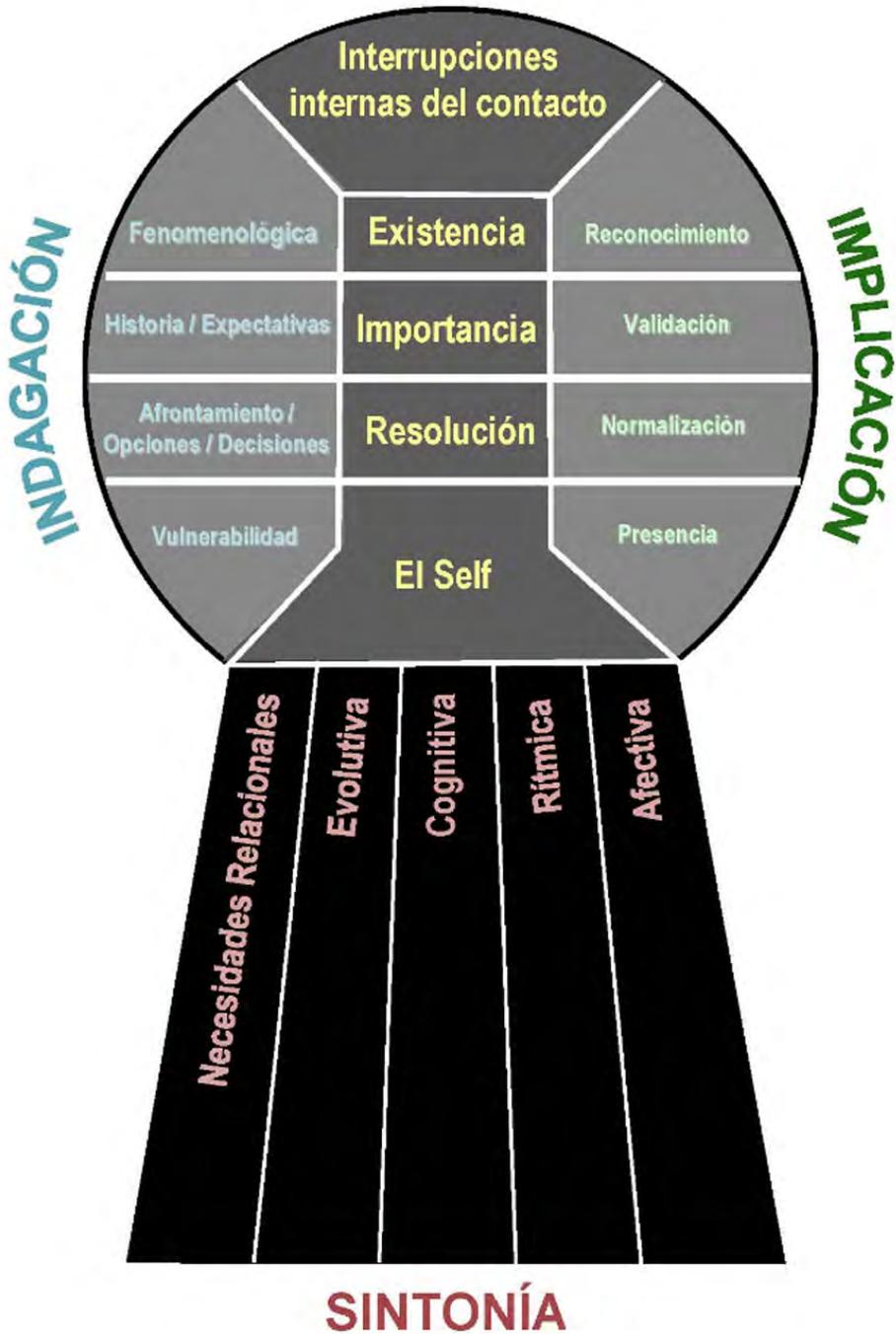


Figura 1.
Ojo de la Cerradura (“Keyhole”)

Las cuatro dimensiones de la indagación, dentro del contexto relacional, enriquecen el proceso reparativo. Vincular la indagación fenomenológica con la existencia nos abre una ventana a las percepciones y a la vida del cliente. Para Anne, esto significaba que ella podía explorar sus percepciones sin cuestionar la realidad de lo que había experimentado. La importancia de las interrupciones del contacto y los intentos del cliente de resolver los conflictos haciéndoles frente de la mejor manera posible en cada situación, aporta información directa sobre cuánta credibilidad se otorgó al significado de las experiencias y sobre cómo se explicaban los problemas e intentaron resolverse. Anne fue capaz de examinar la importancia de sus necesidades y el enorme descuento de estas necesidades. Comenzó a reconstruir sus intentos de resolver sus problemas y los medios que utilizó entonces, e incluso utilizaba hoy, para afrontarlos. La última área en esta parte de la indagación, la vulnerabilidad del self, permitió el enfoque continuado del contacto con el self de Anne y su sensación transformadora del yo.

Cuando Anne pudiera aprender acerca de sus necesidades relacionales y de cómo la negligencia de sus padres afectó a su vida, cuando pudiera sentir la angustia que acompañaba a estos recuerdos, sólo entonces podría empezar a entender lo que significaban el dolor y el entumecimiento. Las necesidades relacionales descontadas o negadas se tornaron conscientes. Atravesó un proceso de duelo: la pérdida de una madre necesitada y el desmoronamiento de su antigua identidad. Como resultado de la consistencia, confiabilidad y seguridad de la relación conmigo, las semillas plantadas desde las primeras sesiones comenzaron a tomar fuerza. Cuando empezó a confiar en mí, confió más en sí misma. Anne empezó a valorarse como un ser humano que tenía un propósito y un valor. Su autoestima le daba poder para atravesar las resistencias arcaicas y convertirse más en la persona que realmente era.

El “cómo” de la indagación conllevaba un respeto por las percepciones de Anne, facilitando una sensación de contacto entre nosotras, y expandiendo su conocimiento sobre las experiencias y las sensaciones internas. La indagación inicial contenía preguntas sobre los problemas y los síntomas que la clienta presentaba: *¿Qué te trae aquí hoy? Cuéntame sobre ti. ¿Qué quieres de mí?* A medida que la terapia continuaba, la indagación fenomenológica %el examen profundo de las experiencias de Anne% estaba en el primer plano de nuestro trabajo. *¿Cómo es esto para ti ahora mismo? ¿Qué está pasando dentro de ti? ¿Qué te dice tu cuerpo? ¿Qué estás sintiendo?* La indagación transferencial me sirvió para ayudar a Anne a darse cuenta de las interrupciones internas y externas del contacto y la clarificación de sus sentimientos. Al describir la “psicoterapia de la transferencia” Erskine (1997) consideró las transferencias como:

...necesidades evolutivas pasadas, que han sido frustradas, y las defensas erigidas para compensar; la resistencia para recordar completamente, y, paradójicamente, una puesta en acción inconsciente de las experiencias infantiles; la expresión del conflicto intrapsíquico y el deseo de lograr la intimidad en las relaciones; o la expresión del esfuerzo psicológico

universal para organizar la experiencia y crear significado. (p.143)

El conocimiento de la transferencia y de mi propia contratransferencia me dieron una dirección clara para trabajar con Anne. Durante una sesión tuve la sensación de una niña asustada. Entonces le pregunté si alguna vez le habían dado una bofetada en la cara. Anne había estado hablando de lo impaciente que su madre podía actuar a veces con ella. Me miró y al principio dijo que nunca había sido abofeteada. Luego sus ojos se abrieron y todo su cuerpo se puso en tensión. A continuación habló de cuando su madre agarró un cepillo del pelo y le golpeó en su mejilla. Era como si su cuerpo mantuviera el recuerdo, la experiencia reprimida me fue transferida, y sentí una imagen de su madre golpeándola. Los sentimientos de tristeza, miedo y enfado relacionados con esta imagen se convirtieron en parte de la resolución de Anne al recordarlos con emoción. La contratransferencia como parte de mi indagación me permitió conectarme con Anne y facilitar su toma de consciencia. Por ejemplo, mi cuerpo se tensó mientras Anne describía a su madre golpeándola.

Sintonía.

El siguiente componente de los métodos de la Psicoterapia Integrativa es la sintonía “una percepción emocional y cinestésica del otro” (Erskine, 2015, p.17). Expresa un profundo respeto hacia la otra persona. La sintonía implica estar abierto y responsivo a las necesidades rítmicas, cognitivas, afectivas, evolutivas y relacionales (Erskine, Moursund, Trautmann, 1999).

La evaluación de la disonancia cognitiva y emocional, las respuestas rítmicas, la etapa evolutiva y las necesidades relacionales forman parte del contenido al que se debe prestar atención en el trabajo con un cliente. Algunas de las preguntas para abordar en esta área incluyen: *¿Qué resistencia se experimenta cognitiva y/o emocionalmente? ¿Es el ritmo demasiado lento o demasiado rápido? ¿En qué fase evolutiva está el cliente? ¿Qué necesidades tiene el cliente en este momento?* La sintonía me ha proporcionado un medio para comprender mejor a la clienta y para aportar una respuesta resonante. En nuestro trabajo, el pensamiento de Anne se manifestaba a menudo distorsionado debido a la confusión. Centrarse en sus sentimientos le permitió comunicar su estado emocional y reducir en gran parte su desconcierto. Esto ocurrió porque en el núcleo de la sintonía afectiva se encuentra la necesidad de una respuesta recíproca. La tristeza de Anne se encontró con mi compasión, su miedo con la sensación de mi protección, su alegría con mi disfrute. Además, consideré su enfado en serio. En la sintonía hay una “entrada en el espacio del cliente” cognitivamente %lo que el cliente está pensando... cómo el cliente lo está pensando” (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999, p. 54). La sintonía también consiste en saber en qué etapa evolutiva se encuentra el cliente %lo que se necesita en las regresiones terapéuticas para acceder a los Estados del Yo Niño o arqueopsique, abordar las antiguas conclusiones, cambiar las decisiones arcaicas y para que el terapeuta proporcione una presencia sensible y respetuosa durante este trabajo.

Cuando Anne me dijo que su madre la golpeaba en la cara, escuché atentamente su historia, respondí expresando mi tristeza y preocupación por ella, y ralenticé el ritmo para resolver las conclusiones y decisiones tempranas de su Estado de Yo Niño. Todo esto permitió el espacio, el tiempo y la presencia que necesitaba para que su mente procesara esta información.

Implicación.

Paralela a la indagación en el “ojo de la cerradura” está la implicación. El reconocimiento, la validación, la normalización y la presencia se colocan a lo largo del continuo contacto-en-relación. El reconocimiento admite la existencia de lo que está ocurriendo, la validación brinda significado a lo que se ha reconocido, la normalización estabiliza lo acaecido y la presencia dice “Estoy aquí contigo y te valoro”. A lo largo de la relación terapéutica, las experiencias de Anne fueron reconocidas y validadas por mí. Durante nuestras discusiones, fue capaz de identificar las luchas en su proceso de crecimiento, comprender su significado, entender sus estrategias de afrontamiento y apreciar lo diferente que resulta ahora cuando tiene apoyo y orientación. Mi implicación con ella incluyó mi compromiso con su bienestar y la capacidad de estar con ella mientras resolvía situaciones a menudo intensas. Las re-experimentación durante sus sesiones facilitaron el progreso de Anne y también exigieron mi plena atención para su seguridad y bienestar. La regresión a los recuerdos compartimentados conllevaba lidiar con el pasado, así como que Anne notara mi presencia con ella en este proceso. A veces, sujetándole la mano y pidiéndole que apretara la mía para que me sintiera cerca de ella, en otras ocasiones, decir en voz baja “estoy aquí contigo” era necesario para que ella no se quedara sola en sus recuerdos. Su consciencia de mi presencia con ella fue crucial para mantenerla en el aquí-y-ahora al abordar el pasado. Reconocerla y validarla, normalizando sus reacciones defensivas/protectoras, junto con mi presencia plena incrementó notablemente la eficacia de los enfoques de tratamiento en su terapia.

La Indagación, la Sintonía y la Implicación facilitaron la relación terapéutica. Los tres métodos crearon un espacio intersubjetivo para el contacto en la relación %un espacio que nos permitió a Anne y a mí trabajar juntas. Superó su entumecimiento y sus sentimientos de desaliento y desesperanza. Ya no negó ni minimizó sus experiencias infantiles y poco a poco pudo incluso identificar algunos “buenos ratos” durante etapas de su crecimiento. Ya no descontaba las necesidades que tenía y podía mantenerse en contacto consigo misma. Su conexión conmigo le permitió relacionarse con los demás.

Los Modelos

Se desarrollaron tres modelos visuales para ilustrar las teorías de la personalidad en un análisis integrativo, centrado en la relación: “El Sistema del Self-en-Relación” (Erskine, 2015), “El Sistema de Guion” (Erskine, 2015) y “Los Estados del Yo” (Erskine, 1988). Cada uno proporciona un plan de acción concreto,

específico y visual para trabajar con los clientes. Con Anne, el modelo del “Self-en-Relación” me resultó una forma de comprobar dónde podía estar ella abierta o cerrada al contacto y sus interrupciones del contacto. Anne mostró cómo el contacto con su cuerpo se había cerrado, del mismo modo que sus sentimientos. Entumecía su cuerpo cuando comenzaba a experimentar miedo y rabia. Ayudarle a permanecer en contacto con su cuerpo y al mismo tiempo sentir sus emociones, fue un proceso que le ayudó a avanzar en su curación. Esto resultó posible gracias a que Anne permanecía en el presente conmigo, mientras que al mismo tiempo trataba con sus sensaciones y sentimientos que habían sido construidos en el pasado. Tales intervenciones terapéuticas incluían: recordarle periódicamente “estoy aquí contigo” cuando comenzaba a perder contacto consigo misma y conmigo, como resultado de la fuerza de sus sentimientos y de sus sensaciones corporales; repetirle las palabras con las que expresaba su experiencia; validar y normalizar sus reacciones afectivas y fisiológicas; y tratar con las fijaciones defensivas fundamentales –manteniendo al mismo tiempo una presencia tranquila y relacional para neutralizar la intensidad de la situación. Todo esto permitió a Anne aceptar e integrar partes de sí misma.

El modelo de “Estados del Yo” facilitó una comprensión de las introyecciones de Anne y de los fragmentos de las fijaciones arcaicas. El alcoholismo de su madre se cernió sobre su aterrorizado Estado del Yo Niño. Cuando Anne era niña, la dejaban en su cuarto sola durante horas. Tomó consciencia de que se mecía en su cama para pasar el tiempo. Éste es un ejemplo llamativo de su intento de conseguir estímulo y de su necesidad de contacto. Aprendió en su terapia anterior que estaba sola porque su madre consumía alcohol desde primera hora de la mañana. Dos de sus tías corroboraron la conducta de su madre. Ellas habían rogado a su hermana que buscara ayuda pero rehusó. Anne había retomado ahora la terapia para tratar con el abandono y la soledad con las que había cargado durante años. Sus Estados del Yo Niño congelaron estos primeros recuerdos. La comprensión de los Estados del Yo Niño y Padre permitió no sólo una aceptación sino también una apreciación del dilema de la niña al tratar con una madre ausente y negligente. Un “yo” central estaba intentando resolverlo todo sola y no podía. Su “yo” en la relación, junto a mí como terapeuta, le dio a Anne el apoyo necesario para que su mente comprendiera y aceptara sus experiencias. Clarificar sus Estados de Yo, dotar de voz a estas partes y aceptar su realidad la condujo finalmente a la integración.

La psicoterapia proporcionó a Anne la oportunidad de desafiar sus creencias de guion y entender los componentes de su sistema de guion. “El Sistema de Guion” (Erskine, 2010), una parte esencial de la Psicoterapia Integrativa, permite examinar los patrones relacionales inconscientes. Creencias como “*nadie me quiere, no hay nadie ahí para ayudarme, la vida es desconcertante*”, dejaron a Anne abrumada y contribuyeron a que pensara que tenía que hacer la mayoría de las cosas por sí misma, además de los sentimientos de desconcierto la mayor parte del tiempo. La relación terapéutica, aunque a veces creaba una reacción de yuxtaposición (ahora

estaba experimentando lo que necesitó en la relación con su madre), le permitía ponerse en contacto con sentimientos y necesidades reprimidas. Encontrarse en mi presencia, ser vista, ser oída, comprendida, era relevante y muy necesario para que Anne rellenara las lagunas de su pasado. Se abordaron las creencias sobre sí misma, los demás, y la calidad de su vida, así como una mejor comprensión de sus sentimientos, sensaciones, comportamientos, fantasías, necesidades y deseos. Con el empleo de los modelos del “Self-en-Relación” y del “Sistema de Guion” como guía, fue capaz de construir su narrativa, originando una sensación de continuidad y confianza.

Una Filosofía Básica

Los valores propios de cada uno están inherentemente tejidos en nuestros pensamientos y acciones. Para mí, los valores fundamentales de la Psicoterapia Integrativa son comparables a mis creencias fundamentales: todas las personas tienen un valor innato y son únicas; cada una disponemos de un impulso hacia una vida con significado; la psicoterapia guía a una persona para convertirse en lo mejor de ella mediante la experiencia intersubjetiva cliente-terapeuta. Conectarse con Anne en sus acontecimientos únicos de la vida y en el significado que proporcionó a sus experiencias, la comprensión de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos como una forma de expresarse, y la voluntad de proporcionar un entorno de contención y apoyo para explorar, ayudó a Anne a experimentar su importancia y su valor como ser humano y le dio el apoyo necesario para resolver sus luchas intrapsíquicas e interpersonales.

Conclusión

Una premisa básica y fundamental de la Psicoterapia Integrativa es que la curación se produce dentro de la relación. Mi relación con Anne, así como con otros clientes con los que he trabajado a lo largo de los años, confirma la relevancia de la relación terapéutica. La Psicoterapia Integrativa enfocada en la relación ha sido mi marco psicoterapéutico durante la mayor parte de mi carrera profesional. La organización de la teoría en un paradigma de personalidad centrado en la relación, orientado a la motivación, junto con los métodos de Indagación, Sintonía e Implicación me han proporcionado un marco sólido y fructífero. Como miembro del Seminario de Desarrollo Profesional en Kent, Connecticut, formé parte de un periodo emocionante en el que se desarrollaron conceptos y constructos. Y como cliente en psicoterapia tanto individual como grupal, junto con los seminarios residenciales de 10 días en Kent, me siento privilegiada de haber sido parte de la Psicoterapia Integrativa profesional y personalmente. “Revisar” me ha dado la oportunidad de explorar una vez más la esencia de la Psicoterapia Integrativa y en este viaje he recordado mis convicciones y aprecio por el alcance, la complejidad y la riqueza de la teoría y los métodos de la Psicoterapia Integrativa.

Nota del Editor:

Agradecemos el permiso de publicación al International Journal of Psychotherapy.

Marye O'Reilly-Knapp, PhD, es miembro fundadora de la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa. Retirada actualmente de su práctica clínica, continúa escribiendo y haciendo presentaciones sobre la teoría y los métodos de la Psicoterapia Integrativa.

Nota de la Autora:

Un agradecimiento especial a Carol Merle-Fishman por enriquecer este documento con sus aportaciones.

Artículo publicado originalmente en inglés en *International Journal of Psychotherapy*, 2016; Vol. 7, 49-59.

Traducción: Ángela Pérez Burgos

Referencias bibliográficas

- Erskine, R. G. (1988). Ego structure, intrapsychic function, and defense mechanisms. *Transactional Analysis Journal*, 18, 15-19.
- Erskine, R. G. (1997). *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*. San Francisco, CA: TA Press.
- Erskine, R. G. (2010). (Ed.). *Life scripts: A transactional analysis of unconscious relational patterns*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2015). *Relational patterns, therapeutic presence: Concepts and practice of Integrative Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. y Moursund, J.P. (1988). *Integrative psychotherapy in action*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R.I. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2004). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship*. Pacific Grove, CA: Thomson: Brooks/Cole.
- O'Reilly-Knapp, M. y Erskine, R. G. (2003). Core concepts of an integrative transactional analysis, *The Transactional Analysis Journal*, 33, 168-177.

EL MODELO DE ASIMILACIÓN COMO UN MODELO INTEGRADOR SOBRE EL CAMBIO TERAPÉUTICO

THE ASSIMILATION MODEL AS AN INTEGRATIVE MODEL ABOUT THERAPEUTIC CHANGE

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Valencia, España

Sergio Pérez Ruiz

Universidad Católica de Valencia. Valencia, España

Restituto Vañó Monllor

Unidad para la Integración de Personas con Discapacidad
Fundación General de la Universidad de Valencia. Valencia, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, I., Pérez Ruiz, S. y Vañó Monllor, R. (2017). El Modelo de Asimilación como un Modelo Integrador sobre el Cambio Terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 105-120.

Resumen

Este trabajo se centra en el modelo de asimilación de experiencias problemáticas. Dicho modelo es un modelo de corte integrador que nos permite estudiar el proceso de cambio en cualquier enfoque terapéutico y con diversos tipos de pacientes y sujetos. Por ello, expondremos, en primer lugar, los principales conceptos y características del modelo, como por ejemplo, qué significa asimilar, el concepto de voz y de voz no dominante y voz dominante, junto con la descripción de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas. A continuación, se describirán los resultados más destacados alcanzados en tres áreas principales: el estudio del proceso de cambio en pacientes; el proceso irregular y dentado de asimilación y el papel que tiene el terapeuta en dicho proceso. Esta última cuestión se relaciona con el concepto de responsividad y con el concepto de integración asimilativa.

Palabras clave: modelo de asimilación, voz, APES, asimilación integrativa

Abstract

This paper describes the model of assimilation of problematic experiences. This is an integrative kind of model, which could be used to study the process of change in any therapeutic approach and with different kind of patients and subjects. Therefore, we will explain, first, main concepts and characteristics of the model, such as, for instance, what assimilation is, the concept of voice and of nondominant and dominant voice, as well as the Assimilation of Problematic Experiences Scale. Secondly, we will describe the more relevant results found in three main areas: the study of patients' process of change; the irregular and sawtoothed pattern of assimilation and the role of the therapists in this process. This issue is related to the concept of responsiveness and of assimilative integration.

Keywords: assimilation model, voice, APES, assimilative integration



Introducción

Existen muchos modelos en el campo de la psicoterapia que nos permiten explicar y estudiar el proceso del cambio terapéutico. La mayoría de estos modelos se encuadran dentro de un enfoque concreto, y se pueden centrar o bien en factores del paciente, del terapeuta, o de la interacción entre ambos. Cuantas más variables de la ecuación terapéutica incluya el modelo, mejor. A diferencia de estos modelos específicos que formulan el cambio empleando sus propios conceptos, técnicas, etc. existen otros modelos que siguen una perspectiva diferente.

En este sentido, nos centraremos en describir el *modelo de asimilación*, desarrollado por Stiles y cols (Stiles et al., 1990, 1991). Este modelo es un modelo sobre el cambio de tipo integrador. ¿Por qué podemos considerar al modelo de asimilación como siendo integrador? En primer lugar, porque no es prescriptivo y porque por los conceptos y metodología que emplea es posible estudiar el proceso del cambio en cualquier modelo y en un amplio rango de pacientes. Y, finalmente, porque desde el modelo se ha planteado el concepto de *asimilación integrativa* (Honos-Webb y Stiles, 2002) que supone una posibilidad de integración coherente con los principios del modelo de asimilación y en la que es clave el papel del terapeuta. Antes de desarrollar todo ello, debemos exponer algunos de los elementos principales del modelo.

Elementos principales del modelo de asimilación

Las *experiencias problemáticas* son percepciones, intenciones, fantasías, ideas que producen malestar psicológico en los pacientes (Stiles et al., 1990), siendo incompatibles con las formas habituales de pensar, sentir y comportarse de la persona. Es decir, las experiencias se convierten en problemáticas cuando nuestro sí mismo es incapaz de asumirlas. Por ejemplo, si continuamente tenemos éxito en aquellos proyectos que emprendemos, tener una serie de fracasos en dichos proyectos va a suponer una situación que choca con situaciones anteriores de éxito. Entonces, estas situaciones de fracaso se convertirán en situaciones problemáticas porque nuestros recursos habituales del sí mismo no serán capaces de asimilarlas y darles sentido.

De este modo, a través de la asimilación de una experiencia problemática se puede considerar que se hace patente un mecanismo de cambio (Stiles et al., 1990). Inicialmente, la experiencia problemática se evita y gradualmente comienza a aceptarse, al menos parcialmente, hasta que finalmente se integra en el sí mismo en aquellas psicoterapias exitosas, generando sentimientos de dominio y control (Stiles, 2001; Stiles et al., 1990). La *asimilación* supone, entonces, que el sí mismo acepta una experiencia nueva que previamente no se había podido integrar (Honos-Webb y Stiles, 1998). Este cambio supone un proceso en el que la experiencia problemática se modifica a lo largo de las sesiones, en un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta.

En las primeras formulaciones se consideraba que la experiencia problemática

se integraba en un esquema. No obstante, con posterioridad (Honos-Webb y Stiles, 1998) se pasó a considerar como central el concepto de *voz*. Con ello, el modelo quería hacer patente que las experiencias problemáticas no eran pasivas, sino una parte activa y agente del sí mismo. Así, el modelo de asimilación se acercaba a posturas dialogales sobre el sí mismo (Hermans, Kempen y van Loon, 1992).

El sí mismo como una comunidad de voces

La incorporación del concepto de *voz* (Honos-Webb y Stiles, 1998) expresa metafóricamente el principio teórico de cómo las huellas de las experiencias pasadas tienen una actitud activa en las personas a través de la capacidad del diálogo. Asumirlo implicó una serie de matizaciones en el modelo de asimilación. Así el concepto de *esquema* perdió fuerza al ser asimilado como una *comunidad de voces*, a su vez que el proceso de acomodación y asimilación de la experiencia problemática en el esquema pasó a llamarse *punto de significado* que se caracteriza por un diálogo empático entre las voces anteriormente separadas (Honos-Webb y Stiles, 1998).

Las incorporaciones que aporta este concepto son, por un lado el concepto mismo de *voz*, que se utiliza de forma genérica, como una metáfora. Al ser una metáfora, este concepto tiene un marcado carácter integrador ya que puede referirse a conceptos propios de otros modelos. Por ejemplo, los pensamientos automáticos de la teoría cognitiva. Este concepto de *voz* aporta un elemento dialogal al modelo, en tanto que las voces pueden establecer diálogos entre sí, preguntarse, convencerse mutuamente, criticarse, e incluso modificarse en base a estos diálogos. Así, las voces son las huellas dejadas por las experiencias que se pueden reactivar convirtiéndose en agentes activos que pueden ganar la capacidad de hablar y actuar (Caro, 2008). Este concepto se puede emplear en cualquier contexto terapéutico para analizar el contenido de lo tratado y la resolución, o no, del problema.

Por otro lado, las voces se organizan en *comunidades de voces*, que representan las experiencias aceptadas o asimiladas y dan forma al sí mismo, creando un marco de referencia sobre el que las diferentes experiencias futuras nos impactan o afectan. Estas comunidades están conformadas por diferentes voces que tienden a estar interrelacionadas sobre la base de las propias experiencias.

La *Voz No Dominante (VND)* es la voz que expresa la experiencia problemática. Se contrapone a la comunidad de voces, o a una voz que la representa, entrando en conflicto con ella en base a su contenido. Para entender este conflicto debemos describir el concepto de *Voz Dominante (VD)* que aparece frente a la *voz no dominante (VND)*. La *VD* refleja la forma habitual de sentir, pensar y actuar ante una determinada experiencia. Es decir, supone un recurso para afrontar, comprender, y dar sentido a nuestras experiencias, dentro de la comunidad de voces que conforman el sí mismo. Por ejemplo, si una persona piensa que debe tenerlo todo controlado (*VD*: control y superación), y comienza a experimentar situaciones que se le escapan, no domina, ni supera, etc., entonces, puede experimentar malestar y

diferentes síntomas de ansiedad (VND: de pronto me pongo nervioso sin saber por qué, y no entiendo que no pueda lograr lo que quiero).

La medición del proceso de asimilación

El proceso de asimilación se considera que pasa por unas fases determinadas que se encuadran y se pueden medir mediante la *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* o APES (Stiles et al., 1991). Este proceso de asimilación se divide en ocho estadios analizados mediante la APES (Stiles et al., 1991). Los diferentes valores APES aparecen descritos, brevemente, en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Niveles en el proceso de asimilación (Honos-Webb, Stiles, Greenberg y Goldman, 1998, p. 265)

NIVELES DE LA ESCALA APES

NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN

El contenido no está formado; el paciente no se da cuenta del problema. El malestar puede ser mínimo, reflejando una evitación con éxito.

NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN

El contenido son pensamientos molestos. El paciente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. La voz problemática surge en respuesta a las intervenciones del terapeuta o las circunstancias externas y se suprimen o se evitan.

NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO

El paciente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad. La voz problemática aparece en la conciencia.

NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN

El contenido incluye un enunciado claro del problema –algo en lo que se puede trabajar. Las voces opuestas están diferenciadas y pueden hablar entre ellas.

NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT

La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del Ajá. Las voces se comprenden mutuamente (se desarrolla un puente de significado)

NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN

La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El paciente puede considerar alternativas o cursos de acción seleccionados sistemáticamente. El tono afectivo es positivo, está centrado en el problema, optimista.

NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

El paciente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. A medida que el problema desaparece, el afecto se convierte en más neutral.

NIVEL 7. DOMINIO

El paciente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es

bastante automática, no destacada. El afecto es neutral (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse).

Nota. La APES permite códigos numéricos como una forma mejor de ofrecer el significado de cada nivel y además códigos intermedios. Así un código 2.5 representaría que el paciente está a medio camino entre Surgimiento y Clarificación.

Un elemento clave en la comprensión del modelo tiene que ver con que el proceso de asimilación implica, inicialmente, evitación y dolor, pasando por comprensión, hasta dominio y control. De un modo más detallado el modelo implica una secuencia de trabajo, presente en las psicoterapias exitosas, que se puede concretar en función de reacciones afectivas, características y descriptores de los niveles APES e impactos terapéuticos (Stiles et al., 1990). Todo ello nos aparece recogido, a modo de resumen, en la Figura 1.



Figura 1. Proceso de asimilación de una experiencia problemática, reacciones afectivas e impactos terapéuticos asociados. Fuente: Stiles et al., (1990).

Debemos señalar, tal y como puede verse también en la Figura 1, que conforme va transcurriendo la asimilación de la experiencia problemática se va sucediendo paralelamente una secuencia de reacciones afectivas asociadas a cada uno de los estadios de asimilación (Stiles et al., 1991). Además, el modelo sugiere que los pacientes siguen una secuencia de desarrollo regular en la que la experiencia problemática se atiende, reestructura, entiende y resuelve cuando el tratamiento ha

sido eficaz y satisfactorio (Stiles, 2001).

La perspectiva que plantea el modelo de asimilación a través de la APES nos ejemplifica su carácter integrador en relación al cambio terapéutico ya que acoge elementos afectivos, cognitivos y comportamentales por igual. Aunque podemos hablar de que según el nivel APES podremos apreciar mejor elementos de un tipo u otro, lo cierto es que el cambio terapéutico, entendido como cambio en las experiencias problemáticas va a suponer la interacción entre estos niveles y con el afecto recorriendo a todos ellos (véase Figura 1).

Así (véase, Cuadro 1), los niveles afectivos son más representativos de los niveles iniciales o más bajos del continuo APES. En los niveles 0 y 1 la experiencia problemática es evitada (con más éxito en el Nivel 0 que en el 1) porque causa un gran malestar. Sin embargo, en el Nivel 2 el surgimiento de la experiencia problemática se hace mediante una fuerte carga afectiva. Tal y como vemos en el Cuadro 1, aparece dolor psicológico agudo y mucho malestar. Los niveles afectivos no desaparecen, pero al pasar a niveles intermedios de la APES (Niveles 3 y 4), el afecto no es tan negativo, o, al menos, se intercala con afecto más positivo consecuencia de dicha comprensión. Podemos considerar que estos niveles intermedios son los niveles típicamente más cognitivos. En este rango de la APES la experiencia problemática se clarifica y se comprende. El paciente es capaz de poner palabras a lo que le pasa y comprender e ir más allá de ello. Sabe lo que le pasa y por qué le pasa. Siguiendo con el continuo APES, se asume que una vez que la experiencia se enmarca y se comprende, el paciente puede ir poco a poco intentando soluciones y aplicando en su vida cotidiana los efectos de dicha comprensión. Por ello, los niveles elevados de la APES representan niveles de tipo comportamental, en donde el paciente emplea con mayor o menor éxito (por ejemplo, en Niveles 5), posibles soluciones. Cuando éstas tienen éxito se considera que la experiencia problemática se ha superado y se busca la generalización a otras situaciones semejantes (Nivel 6). Finalmente, en el nivel 7 (Dominio), la experiencia problemática pasa a formar parte del sí mismo y se convierte en un recurso más.

Principales resultados del modelo de asimilación

Desde sus inicios en los años 90, el modelo de asimilación ha generado distintos estudios, por diversos grupos de investigación y en una gran variedad de enfoques. Esto nos da una idea del estilo integrador del modelo que “soporta” extraordinariamente bien su traspaso a diversos contextos terapéuticos.

Los principales resultados del modelo de asimilación los vamos a relacionar con los tres bloques, a nuestro entender, en donde se han hecho los estudios más destacados. En concreto, describiremos los resultados en relación al estudio del proceso de asimilación en pacientes; el tipo de proceso de asimilación que se produce en distintos enfoques terapéuticos; y, finalmente, nos detendremos en exponer los resultados principales en relación al papel del terapeuta y su relación con el proceso de asimilación.

El estudio del proceso de asimilación en pacientes

Este es el principal campo de trabajo en el modelo de asimilación. La preocupación principal, desde sus inicios, tal y como hemos comentado, radica en describir el proceso de asimilación en pacientes. Para ello, se ha estudiado, fundamentalmente, cómo la asimilación de experiencias problemáticas podía relacionarse con el cambio terapéutico. Se construye, así, un modelo sobre el cambio en relación a cómo un paciente asimila una experiencia problemática, encontrando aspectos comunes en dicho proceso, independientemente del tipo de paciente, del tipo de problema, y del tipo de enfoque terapéutico (Stiles, 2002, 2005).

De manera que con estos resultados y con su interés desde sus inicios, el modelo de asimilación nos acerca al cambio en cualquier enfoque, permitiéndonos, de forma integradora, definirlos, diferenciarlos, y compararlos. El modelo se ha estudiado en diversos *enfoques terapéuticos*: terapia lingüística de evaluación (Caro, 2003a, 2003b, 2007, 2011), terapias experienciales (Goldsmith, Mosher, Stiles y Greenberg, 2008; Honos-Webb et al., 1998; Mosher, Goldsmith, Stiles y Greenberg, 2008; Osatuke, Glick, Stiles, Greenberg, Shapiro y Barkham, 2005) y terapia centrada en las emociones (Mendes et al., 2016; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016), psicodinámicas (Reid y Osatuke, 2006; Stiles et al., 2006), así como desde enfoques cognitivo-comportamentales (Osatuke, Mosher, Goldsmith y Stiles, 2007), y terapia breve estratégica (Pérez y Caro, 2016), entre otros.

De forma general, el resultado que debemos destacar, en primer lugar, nos permite relacionar cambio terapéutico con progreso en la asimilación. De esta manera, se ha encontrado de forma sistemática que cuando un paciente mejora, desde una perspectiva estándar de comparación pretest-postest, se van a encontrar niveles elevados de asimilación, medidos con la APES (véase un resumen en Stiles, 2002). Al igual que podemos hacer dicha conexión, la contraria también es posible. Es decir, dificultades para el cambio van asociadas con problemas y dificultades en el proceso de asimilación (Caro, 2006; Detert et al., 2006). Y esto es así en distintos tipos de terapias y con distintos tipos de pacientes, como ya hemos comentado.

Estos estudios han permitido descubrir que los pacientes responden de un modo diferente a un tipo de tratamiento u otro en función del nivel APES en el que se encuentra su problema (Stiles, 2001, 2002). Es decir, básicamente, en función de con qué nivel de asimilación aparecen sus principales experiencias problemáticas al comienzo de la terapia. Los diferentes enfoques terapéuticos se centran en estadios diferentes a lo largo del proceso de asimilación y activan recursos distintos según el nivel APES en el que se encuentra el paciente. Entraremos en ello más adelante.

Los estudios anteriores se han hecho analizando mediante la APES sesiones de terapia transcritas. Pero, igualmente, es posible estudiar el proceso de asimilación en narraciones que escriben los sujetos sobre sus principales experiencias problemáticas (Allepuz, Caro, Rojo y Yera, 2014; Vañó y Caro, 2015). Y también se ha trabajado desde este enfoque en contextos no terapéuticos, por ejemplo, el

trabajo de Henry, Stiles y Biran (2005) sobre el proceso de asimilación en personas inmigrantes, en el que se buscaba describir cómo se integran las voces de dos culturas, la actual y la nativa.

Siguiendo con las posibilidades de adaptar el modelo de asimilación a cualquier contexto clínico, debemos señalar que el tipo de pacientes estudiados ha sido muy diverso. Así, se han estudiado con el modelo de asimilación, problemas de ansiedad (Caro, 2007, 2011; Meystre, Kramer, Roten, Despland y Stiles, 2014; Penttinen y Wahlström, 2012; Pérez y Caro, 2016; Stiles et al., 1992), psicosis (Osatuke, Reid, Stiles, Kasckow y Mohamed, 2011; Vañó y Caro, 2015), trastornos depresivos (Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg, 2006; Caro, 2003b; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1999; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy y Shapiro, 2011), trastornos de la personalidad (Humphreys, Rubin, Knudson y Stiles, 2005; Meystre, 2010; Osatuke y Stiles, 2006), afrontamiento del cáncer (Allepuz et al., 2014), etc.

El proceso irregular y dentado de asimilación

Diversos resultados sostienen que el proceso de cambio refleja una progresión irregular (Stiles, 2005). Es decir, aunque el modelo se presenta como un modelo de tipo evolutivo, este progreso en la asimilación no es continuo. El planteamiento inicial del modelo de asimilación era que cada nivel APES se construiría a partir del anterior, los estadios o niveles no podían saltarse, y su orden no podía modificarse. Es decir, asimilar es un proceso regular que se realiza, como ya se ha dicho, a partir de la construcción de puentes de significado.

Sin embargo, esta secuencia no se ha podido observar tan claramente. La mayoría de los estudios con la APES sugieren que la secuencia de asimilación es irregular. A este respecto, aunque el cambio en terapia está vinculado con el progreso a lo largo del continuo de asimilación, es decir, con pasar de un nivel APES a otro dirigiéndonos gradualmente hacia los valores APES más altos de la escala, esta progresión puede tener momentos en los que se retrocede en la secuencia e incluso producirse saltos entre niveles. En la Figura 2 nos aparece un ejemplo de este proceso dentado de asimilación.

Esta secuencia irregular parece más dentada, con mayores retrocesos entre niveles APES en terapias de corte directivo, como los estudios con terapia lingüística de evaluación y otras terapias cognitivas han mostrado (véase un resumen de todo ello en Caro y Stiles, 2013). Se ha encontrado, igualmente, que el proceso de asimilación, aun siendo irregular, lo es menos en terapias de tipo humanista (Mendes et al., 2016; Osatuke et al., 2005).

Inicialmente, podemos contar con un variado grupo de explicaciones para entender el porqué de este proceso irregular de asimilación (véase un resumen en Stiles, 2005). Sin embargo, recientemente se asume que las principales explicaciones serían dos (Caro y Stiles, 2013). La primera de ellas, la *zona terapéutica de desarrollo próximo* (ZTDP), supondría una generalización de la teoría de Vygotsky sobre el aprendizaje infantil al campo terapéutico (Leiman y Stiles, 2001). Por otro

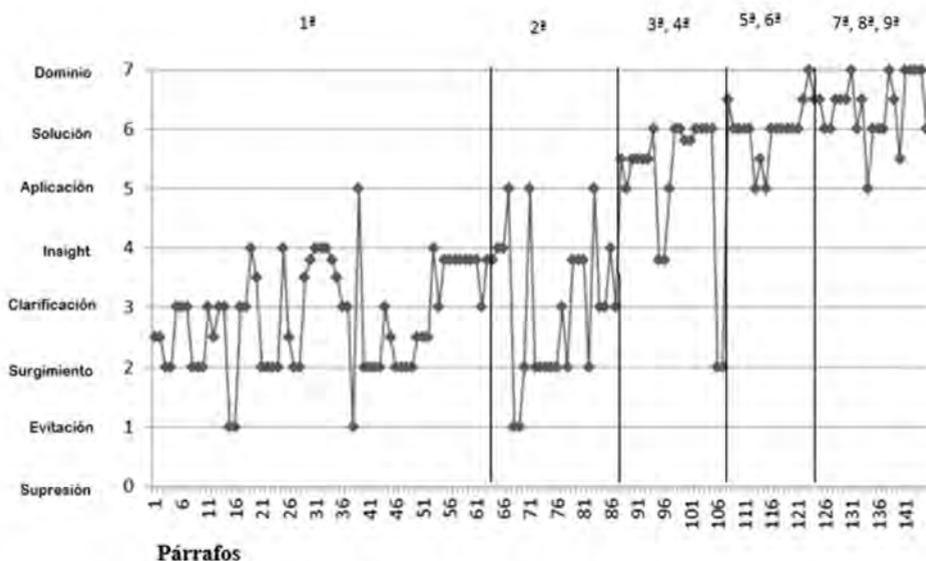


Figura 2. Caso de Olivia: Proceso de asimilación de la experiencia problemática de miedo a la muerte (en Pérez y Caro, 2016)

lado, la *estrategia de la balanza* (inicialmente denominada, *metáfora de la balanza*, Caro, 2003b) describiría este proceso irregular de asimilación a partir de la descripción de procesos de asimilación en la terapia lingüística de evaluación, en un contexto típicamente de trabajo cognitivo.

Desde el modelo de asimilación podemos considerar que el concepto de Vygotsky de *zona de desarrollo próximo* abarcaría desde el nivel actual de un paciente y el nivel que podría alcanzar en colaboración con un terapeuta. Hay que tener en cuenta que la interacción entre paciente y terapeuta se realiza en un entorno donde el terapeuta favorece la transición de la experiencia problemática del paciente a través del continuo de la asimilación. Según la orientación del terapeuta, la transición puede ser más o menos suave o abrupta, en tanto que sus esfuerzos se centran más en acompañar al paciente en la evolución de esa experiencia problemática, o en guiarle de forma más activa. De este modo, en terapias cognitivas (Osatuke et al., 2005) se ha observado de forma más clara este patrón de dientes de sierra, resultado de los esfuerzos activos del terapeuta para guiar al paciente en su proceso de asimilación. Caro y Stiles (2013) han expuesto una serie de criterios para valorar los retrocesos en la zona de desarrollo próximo. Básicamente, el criterio principal supone entender que el retroceso a niveles inferiores de asimilación, medidos con la APES, se debe a que terapeuta y paciente están en distintos niveles de la APES (Leiman y Stiles, 2001). De forma más concreta, el terapeuta lleva al paciente hacia un trabajo terapéutico para el que el paciente no está preparado. Por ejemplo, el terapeuta quiere que el paciente saque una conclusión alternativa tras la finalización

de un debate cognitivo, y el paciente no lo hace, manteniendo su idea distorsionada inicial. En este sentido, podemos considerar como un error terapéutico a resolver, que paciente y terapeuta no estén en la misma zona de desarrollo próximo, es decir, que el terapeuta presione al paciente hacia cambios, o aspectos terapéuticos para los que no está preparado (Stiles, Caro y Ribeiro, 2016).

Por otro lado, los retrocesos pueden reflejar la focalización de la atención, por parte de los terapeutas, en material relativamente menos asimilado. Así, estos retrocesos se podrían explicar mediante la *estrategia de la balanza*. Este concepto se relaciona con diversas acciones terapéuticas que podrían buscar fomentar la reestructuración cognitiva y los cambios lingüísticos, así como equilibrar los logros con otros desafíos (Caro, 2003b) al centrarse en el pensamiento negativo o en evaluaciones erróneas. Caro y Stiles (2013) han elaborado una serie de criterios acerca de los retrocesos en la estrategia de la balanza. Básicamente, los retrocesos entendidos desde esta explicación, suponen que el terapeuta pide al paciente pensamientos o sentimientos negativos (lo cual, normalmente, puede reflejar niveles APES inferiores), y el paciente se los da o manifiesta en sesión. O que el terapeuta le pida al paciente que reflexione sobre cambios o pensamientos alternativos, lo que podría suponer un retroceso en niveles superiores de la APES.

Tanto en un tipo de explicación como en otra, vemos que es un elemento clave que el paciente siga (estrategia de la balanza), o no (ZTDP) al terapeuta en las actividades y objetivos planteados, sesión a sesión. De manera, que es inevitable tomar en consideración el importante papel que tiene el terapeuta en el proceso de asimilación.

El proceso de asimilación y el papel del terapeuta

En los últimos años se ha desarrollado la investigación en el terapeuta y su influencia en el proceso de asimilación de las experiencias problemáticas del paciente (Caro, Pérez y Llorens, 2014; Caro, Stiles y Pérez, 2016; Goldsmith et al., 2008; Mendes et al., 2016; Meystre et al., 2014; Mosher y Stiles, 2009; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016). Siendo un ejemplo particular de este foco de estudio el intento de encontrar el cómo y el porqué de los retrocesos en terapia, que se relacionan con diversas actividades terapéuticas.

Siguiendo a Stiles (2001), el modelo de asimilación ofrece a los terapeutas un enfoque para personalizar, adaptar y ajustar la relación con el paciente así como sus actividades terapéuticas. El primer bloque que debemos revisar sería, por tanto, los estudios sobre “responsividad”.

1º- Estudios sobre el concepto de responsividad.

Como ya se ha señalado, en psicoterapias eficaces, la asimilación de una experiencia problemática se produce en el marco de la relación paciente – terapeuta (Stiles et al., 1991).

En base a ello, inicialmente, Barkham et al. (1996) plantearon que el modelo

podría contribuir a la toma de decisiones terapéuticas a dos niveles:

1. A un *nivel estratégico*, se sugieren dos amplios espectros terapéuticos (el psicodinámico, interpersonal y experiencial, frente al cognitivo-conductual) desde los que atender los problemas en función de la convergencia entre el nivel de focalización de estas conceptualizaciones terapéuticas y el nivel de asimilación en que se encuentren las experiencias problemáticas del paciente.
2. A un *nivel táctico*, el modelo de la asimilación aporta información sobre el tipo de problema, así como de las características evolutivas del proceso del cambio. De este modo, podría ayudar al terapeuta a identificar el problema principal del paciente y evaluar informalmente en qué nivel de la asimilación se encuentra.

Por lo tanto, se sugiere efectuar un trabajo exploratorio y evocativo, más propio de las terapias experienciales y psicodinámicas, para mover al paciente desde la parte izquierda del continuo hacia la derecha, es decir cuando la experiencia es rechazada o no asimilada (véase, Figura 1). En cambio, si el paciente viene con un problema claramente formulado podemos empezar a trabajar desde la mitad del continuo desde enfoques cognitivos o comportamentales. El terapeuta utilizará unas técnicas de intervención u otras en función del momento de asimilación en el que se encuentre el paciente. Todo ello tiene que ver con el concepto de responsividad.

Así, el trabajo del terapeuta responsivo consiste en monitorizar la situación del paciente (nivel APES, estado atencional y emocional) y elegir el tratamiento más apropiado para sus problemas, siguiendo una estrategia que sea apropiada para sus capacidades actuales (este aspecto está relacionado con el de *Zona de Desarrollo Próximo*; Stiles et al., 1998). Es decir, un terapeuta debe reconocer los déficits del paciente (necesidades, problemas) así como los recursos y debe intervenir tomando en consideración estas cuestiones. Dicho de otro modo, el terapeuta está decidiendo en qué momento proponer una determinada intervención y el modo en que la ejecutará en función de determinadas variables del paciente.

Por tanto, el concepto de responsividad, que está muy relacionado con el de alianza terapéutica, es un comportamiento, un proceso, que se ve afectado por el contexto, incluyendo también el comportamiento de otras personas (Stiles, 2009). Los terapeutas y pacientes, así como las personas en general, pueden ser sensibles tanto al comportamiento de los demás como a las circunstancias cambiantes. Un ejemplo de esta cuestión podría ser cómo el terapeuta modifica su tono de voz al explicar una tarea debido a que la expresión facial del paciente ha sufrido una variación. Esto quiere decir que el terapeuta y el paciente responden lógicamente a lo que el otro hace o dice, o a lo que no hace o no dice. Por ello, la sintonía, la sensibilidad (responsividad) implican una relación dinámica entre variables, incluyendo una causalidad bidireccional así como bucles de retroalimentación (Stiles et al., 1998). Así pues, dos pacientes reciben tratamientos diferentes, del mismo modo que dos conversaciones son también distintas.

En la línea de lo que acabamos de plantear, Honos-Webb y Stiles (2002) desarrollaron una investigación en la que trataron de determinar cómo el terapeuta puede aplicar sus acciones e intervenciones, de un modo responsivo, en función del nivel de asimilación en el que se encuentra el paciente. Para ello propusieron un término, la *integración asimilativa*, que consiste en incorporar técnicas de otro enfoque terapéutico al que se está utilizando como principal, en base a las necesidades y cambios del paciente, y que son consistentes teóricamente en función del modelo de asimilación.

A partir de estas cuestiones desarrollaron varias posibilidades de integración:

1. *Integración asimilativa en el nivel de tratamiento.* El terapeuta utiliza un enfoque terapéutico, preferiblemente, pero usa técnicas o enfoques alternativos para adaptarse al problema, al diagnóstico o al tipo de paciente particular. Por ejemplo, como ya hemos señalado, si el paciente se encuentra en niveles APES bajos es preferible utilizar enfoques experienciales, y si se encuentra en niveles APES medios es más recomendable aplicar tratamientos de corte cognitivo – conductual.
2. *Integración asimilativa en el nivel de las estrategias.* Consiste en combinar, integrar técnicas conforme evoluciona el proceso terapéutico.
3. *Integración asimilativa en el nivel de las tácticas.* A veces el terapeuta debe ser responsivo durante las sesiones, por lo tanto, debe facilitar la activación de una emoción (cuando el paciente se encuentra en niveles APES 0 y 1 para facilitar el movimiento hacia una mayor conciencia del problema), y en otras en cambio, ayudar al paciente a distanciarse de ella (por ejemplo, en niveles APES 2).
4. *Responsividad momento a momento.* Dentro de una intervención, el terapeuta está pendiente de los cambios sutiles en los temas del paciente, en el proceso. El terapeuta se mostrará sensible con pequeños cambios en su comunicación.

Por lo tanto, Honos – Webb y Stiles (2002) recomiendan, en función de la fase de cambio en la que se encuentre el paciente, la utilización de unas actividades terapéuticas u otras. Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Reilly y Shapiro (1999) extendieron su trabajo a los eventos útiles, prediciendo que, cuando el estilo interpersonal del paciente y sus temas eran respondidos adecuadamente en terapia, el cambio terapéutico se podía producir.

Estos autores consideran que la responsividad de los terapeutas es adecuada cuando construyen con los pacientes una sensación de confianza respondiendo a las necesidades de éstos momento a momento y trabajando en la zona de desarrollo próximo, donde los pacientes pueden explorar las amenazas y peligros percibidos, pero sin sentirse abrumados por ellos.

De hecho Hardy et al. (1999) señalaron, desde esta perspectiva integradora, que el terapeuta tiene que decidir cuál es la necesidad prioritaria para el paciente en cada momento particular, para comprenderla o para desafiarla, pero en todo caso

para proporcionarle seguridad.

Para concluir con este resumen acerca del concepto de responsividad, relacionado con la integración, señalar que éste nos puede permitir comprender por qué diversas teorías y técnicas psicoterapéuticas producen una eficacia y una efectividad equivalentes (Stiles, 2009).

2º- Estudios sobre el papel del terapeuta en los retrocesos.

Se ha asumido que el terapeuta tiene un papel clave en la asimilación. Dos son las cuestiones principales resaltadas. En primer lugar, para que se produzca la asimilación el paciente debe asumir interpersonalmente las denominadas *voces terapéuticas*, para pasar, después, a asimilarlas intra-personalmente. Es decir, en la interacción paciente-terapeuta se trabajan cuestiones terapéuticas importantes que acaban siendo asimiladas por el paciente (Mosher y Stiles, 2009).

Por otro lado, se ha estudiado el papel de las diversas actividades terapéuticas y su relación, o bien con diversos niveles de asimilación (Caro, Ruiz y Llorens, 2014; Meystre et al., 2014), o bien con los retrocesos en el proceso de asimilación. En el contexto de la terapia lingüística de evaluación se han encontrado actividades, como “exploración” y “desafío de la VD”, que se relacionan de forma diferencial con los retrocesos tanto en casos de éxito (Caro, Stiles y Ruiz, 2016), como de no éxito (Caro y Stiles, en prensa). Estos resultados tienden a coincidir con los encontrados en otros contextos terapéuticos.

Por ejemplo, Ribeiro, Braga et al., (2016) encontraron que la mayoría de transiciones antes de avances o retrocesos venían precedidas por intervenciones donde el terapeuta desafiaba al paciente. A través del Sistema de Codificación de la Colaboración Terapéutica (TCCS – Therapeutic Collaboration Coding System; Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvarth y Stiles, 2013), se ha encontrado que cuando se alcanza el límite de la zona de desarrollo próximo de un problema, el sujeto muestra signos de ambivalencia, y si se fuerza al paciente más allá de esta zona deriva en una invalidación, o rechazo, de las propuestas terapéuticas, es decir, en un retroceso (Mendes et al. 2014; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016).

En consecuencia, la capacidad de respuesta del terapeuta (responsividad) es un aspecto crucial (Kramer y Stiles, 2015; Meystre et al., 2014; Stiles et al., 1998), en tanto que facilita la transición entre los diferentes niveles al equilibrar las intervenciones de apoyo y desafío del paciente (Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016). Así, los retrocesos van a ser más pronunciados en terapias directivas que en terapias donde el terapeuta está más cercano a la zona de desarrollo del sujeto (Ribeiro et al., 2016).

Conclusión

Uno de los elementos principales del modelo de asimilación que queremos señalar para concluir es que el modelo se plantea como un modelo de construcción

teórica en base a estudios de casos (*theory-building case studies*; Stiles, 2007). Esto supone asumir que el modelo puede ir evolucionando y modificándose a medida que nuevos estudios aportan elementos convergentes o divergentes con los planteamientos iniciales. Al ser un modelo de corte integrador se facilita esta construcción de la teoría, ya que cada enfoque y tipo de paciente estudiado va a enriquecer el modelo desde otras perspectivas.

Al margen de esta cuestión, pero en relación al bloque de resultados principales que aquí hemos reseñado, nos gustaría focalizar la atención, de nuevo, en las características de la APES. El proceso de cambio es consecuencia de un proceso complejo en el que el paciente trabaja, elabora y modifica sus principales experiencias problemáticas. Y este proceso integra, por necesidad, elementos afectivos, cognitivos y comportamentales. No sólo debemos entrar en contacto con lo que nos pasa y nos preocupa, aunque nos cause dolor, sino que debemos comprenderlo y actuar de forma diferente. Este planteamiento básico del modelo de asimilación, estructurado mediante la APES, confiere al modelo la posibilidad de emplearlo para estudiar el cambio en distintos enfoques terapéuticos.

Referencias bibliográficas

- Allepuz, A., Caro, I., Rojo, I. y Yera, A. (2014). La asimilación de experiencias problemáticas a través de narraciones: un estudio de caso. *Anales de Psicología*, 30, 56-69. doi: 10.6018/analesps.30.1.153991
- Barkham, M., Stiles, W. B., Hardy, G. E. y Field, S. D. (1996). The assimilation model: theory, research and practical guidelines. En W. Dryden (Ed.), *Research in counselling and psychotherapy*, (pp. 1-24). Londres, Reino Unido: Sage Publications.
- Brinegar, M.G., Salvi, L.M., Stiles, W., y Greenberg, L.S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 165-180. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.165
- Caro, I. (2003a). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. *Boletín de Psicología*, 79, 31-57.
- Caro, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silvia. *Boletín de Psicología*, 79, 59-84.
- Caro, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16, 436-452. doi:10.1080/10503300600743897
- Caro, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación: ¿Cómo asimiló María la sensación de ser una carga? *Boletín de Psicología*, 89, 47-73.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172. doi: 0.1080/10720530701853735
- Caro, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 169-188.
- Caro, I., Pérez Ruiz, S. y Llorens Aguilar, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly*, 27, 217-240. doi: 10.1080/09515070.2013.877419
- Caro, I. y Stiles, W.B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23, 35-53. doi: 10.1080/10503307.2012.721938
- Caro, I., Stiles, W.B. y Pérez, S. (2016) Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process. *Psychotherapy Research*, 26, 653-664. doi: 10.1080/10503307.2015.1104422
- Caro, I. y Stiles, W.B. (en prensa). Therapist activities preceding therapy setbacks in a poor-outcome case. *Counselling Psychology Quarterly*. Recuperado de: doi: 10.1080/09515070.2017.1355295

- Deter, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M. y Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good – and poor – outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: an initial comparison. *Psychotherapy Research, 16*, 393-407. doi:10.1080/10503300500294728
- Goldsmith, J. Z., Mosher, J. K., Stiles, W. B., y Greenberg, L. S. (2008). Speaking with the client's voices: How a person-centered therapist used reflections to facilitate assimilation. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 7*, 155-172. doi: 10.1080/14779757.2008.9688462
- Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., y Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client – identified significant events in psychodynamic – interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 36-53. doi: 10.1093/ptr/9.1.36
- Henry, H., Stiles, W.B., y Biran, M.W. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly, 18*, 109-119. doi: 10.1080/09515070500136819
- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G., y van Loon, R.P.P. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist, 47*, 23-33. doi: 10.1037/0003-066X.47.1.23
- Honos-Webb, L., y Stiles, W.B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy, 35*, 23-33. doi: 10.1037/h0087682
- Honos-Webb, L., y Stiles, W.B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*, 406-420. doi: 10.1037/1053-0479.12.4.406
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W.B., y Greenberg, L.S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: the case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 448-460. doi: 10.1037/0022-0167.46.4.448
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., Greenberg, L.S., y Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research, 8*, 264-286.
- Humphreys, C.L., Rubin, J.S., Knudson, R.M., y Stiles, W.B. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly, 18*, 121-132. doi: 10.1080/09515070500136488
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*, 277- 295. doi: 10.1111/cpsp.12107
- Leiman, M. y Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*, 311-330. doi: 10.1080/ 713663986
- Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W.B., Caro, I., Gomes, P., Bato, I. y Salgado, J. (2016). Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research, 26*, 638-652, doi:10.1080/10503307.2015.1136443
- Meystre, C. (2010). Assimilation process in a psychotherapy with a client presenting schizoid personality disorder. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 161*, 128-134.
- Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*, 29-41. doi: 10.1080/14733145.2013.782056
- Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W.B. y Greenberg, L. S. (2008). Assimilation of two critic voices in a person-centered therapy for depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 7*, 1-19. doi: 10.1080/14779757.2008.9688449
- Mosher, J.K. y Stiles, W.B. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy, 46*, 432-447. doi: 10.1037/a0017955
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., y Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly, 18*, 95-108. doi:10.1080/09515070500136900
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z. y Stiles, W. B. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 153-164. doi: 10.1002/jclp.20338
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, S. Z., y Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research, 21*, 41-53. doi:10.1080/10503307.2010.508760
- Osatuke, K. y Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: an elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 287-319. doi: 10.1080/10720530600691699

- Osatuke, K., Stiles, W.B., Barkham, M., Hardy, G.E., y Shapiro, D.A. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research*, *190*, 52-59. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.001
- Penttinen, H. & Wahlström, J. (2013). Progress in assimilation of problematic experience in group therapy for social phobia: A subgroup analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*, 123-132. doi: 10.1007/s10879-012-9227-3
- Pérez, S. y Caro Gabalda, I. (2016). Assimilation of problematic experiences in brief strategic therapy: Olivia and her fear of dying. *Estudios de Psicología*, *37*, 16-31. doi: 10.1080/02109395.2016.1204785
- Reid, M. y Osatuke, K. (2006). Acknowledging problematic voices: processes occurring at early stages of conflict assimilation in patients with functional somatic disorder. *Psychology and Psychotherapy*, *79*, 539-555. doi: 10.1348/147608305X90467
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W.B., Teixeira, P., Gonçalves, M.M., y Ribeiro, E. (2016). Therapist interventions and client ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *26*, 681-693. doi:10.1080/10503307.2016.1197439
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A.S., Stiles, W.B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., y Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, *26*, 665-680. doi:10.1080/10503307.2016.1208853
- Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M.M., Horvath, A.O., y Stiles, W.B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *86*, 1-21. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, *38*, 462 - 465. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.462
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works* (pp. 357-365). Cary: Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, *18*, 85-93. doi: 10.1080/09515070500136868
- Stiles, W.B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, *7*, 122-127. doi: 10.1080/14733140701356742
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology Science and Practice*, *16*, 86-91. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x
- Stiles, W. B., Caro, I., y Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy*, *53*, 268-272. doi: 10.1037/pst0000061
- Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A. y Firth-Cozens, J. (1992). Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model. *Psychotherapy Research*, *2*, 112-124. doi: 10.1080/10503309212331332894
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F.R., Shapiro, D.A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, *27*, 411-420. doi: 10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L., y Lani, J.A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 1213-1226. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1213::AID-JCLP4>3.0.CO;2-1
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 439-458. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Barkham, M., Detert, N.B. y Llewelyn, S. P. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, *16*, 408-421. doi: 10.1080/10503300500288829
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A., y Firth-Cozens, J., (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, *28*, 105-206. doi: 10.1037/0033-3204.28.2.195
- Vañó, R., & Caro, I. (2015). Sujeto X. Análisis de narraciones a través del modelo de asimilación en la esquizofrenia. *Boletín de Psicología*, *113*, 49-70.

INDICE GENERAL AÑO 2016

Nº 106 LOS ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

Child sexual abuse

EDITORIAL: INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO SOBRE LOS ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

From the editor: Introduction to special issue on child sexual abuse

Manuel Villegas Besora

AMORES INSANOS Y SEXO ABUSIVO EN LA INFANCIA

Inappropriate love in childhood and child sexual abuse

Manuel Villegas Besora

LA MUJER OBJETO: UN CASO DE (AB)USO

A woman as a sex object: A case of (ab)use

Rebeca Turmo Villanova

SEGURO DE MUERTE, SEGURO DE VIDA

Death and life insurance

Anna Balcells

EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO MORAL

Child sexual abuse from the moral development point of view

María Oliveras

HEIDI: UN CASO DE RESILIENCIA AL ABUSO SEXUAL

Heidi: A case of resilience to child sexual abuse

Manuel Villegas y Pilar Mallor

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

EL MÉTODO "INVESTIGACIONES DIALÓGICAS DE CAMBIO" PARA EL ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN TERAPIA DE PAREJA: TRADUCCIÓN Y APLICACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL

Method "Dialogical Investigations of Change" for the analysis of the Therapeutic Process in Couple Therapy: Translation and application to the Spanish language

Berta Vall, Jaakko Seikkula, Juha Holma y Aarno Laitila

UNA PROPUESTA PARA ABORDAR LA DOBLE CEGUERA: LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA SENSIBLE AL GÉNERO

A proposal to address the double blindness: Critical family therapy sensitive to gender

Lidia Karina Macias-Esparza y Esteban Laso Ortiz

EMPATÍA Y PENSAMIENTO MÁGICO EN LA FORMACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICÓLOGOS Y TAROTISTAS

Empathy and magical thinking in the formation of the therapeutic alliance in psychologists and tarotists

Alejandro Parra y Claudia Sciacca

CAMBIANDO ESQUEMAS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA: DESDE UNA APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL AL ABORDAJE EN PSICOTERAPIA BREVE

Changing Psychotherapeutics Patterns in Public Mental Health: From a Cognitive-Behavioral to Brief Psychotherapy Approach

Natalia Navarro Espejo

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA EL TOC: UN ESTUDIO DE CASO

Acceptance and Commitment Therapy as a first line treatment for OCD: A clinical case study

Alejandro de la Torre-Luque y Luis Valero-Aguayo

Nº 107 PSICOTERAPIAS HUMANISTAS**Humanistic Psychotherapies****PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA***Psychopathological profile of patients with Depression within the Public Mental Health scope*

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*The meaning of live. An intervention's example*

Ana Padilla Mosteirín

CONSTRUYENDO EN RELACIÓN UN ANTÍDOTO PARA LA VERGÜENZA*Building in Relationship an Antidote for the Shame*

Mar Gómez Masana y Bibiana Martín Corcuera

FILOSOFÍA DEL CUERPO, FENOMENOLOGÍA, DOLOR Y FOCUSING*Philosophy of Embodiment, Phenomenology, Pain and Focusing*

Iván Ortega Rodríguez

LAS TERAPIAS DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR: UN ENFOQUE NARRATIVO*Family Reunification Therapy: A Narrative Approach*

Ricardo Ramos Gutiérrez

ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y POSTMODERNIDAD*Transactional Analysis and Postmodernity*

Lluís Casado Esquius

DE LA NECESIDAD AL DESEO. LA PSICOTERAPIA HUMANISTA: "LABORATORIO", Y EXPERIENCIA DE HUMANIDAD*From need to desire*

José Antonio García-Monge

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)**LOGROS, ERRORES Y RESPONSABILIDADES PARA EL FUTURO DE LA PSICOLOGÍA HUMANISTA***Achievements, mistakes, and responsibilities for the future of Humanistic Psychology*

Ramón Rosal Cortés

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

CÓMO CULTIVAR VALORES ÉTICOS A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DEL YOGA*Yoga as a Mean to Cultivate Ethical Values*

Christine C. Boucard

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

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

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

EXPERIENCIA Y EXISTENCIA EN LAS PSICOTERAPIAS HUMANISTAS*Experience and Existence in Humanistic Psychotherapies*

Ana Gimeno-Bayón Cobos

ANÁLISIS TRANSACCIONAL DE LA OBSESIÓN: INTEGRANDO DIVERSOS CONCEPTOS Y MÉTODOS*A Transactional Analysis of Obsession: Integrating Diverse Concepts and Methods*

Richard G. Erskine

PROGRAMA INTELIGENCIA EMOCIONAL PLENA (PINEP) APLICANDO MINDFULNESS PARA REGULAR EMOCIONES

Mindful Emotional Intelligence Program on Emotional Regulation (PINEP)

Natalia Sylvia Ramos Díaz y Lilibian Jazmín Salcido Cibrián

LA BASE Y EL ORIGEN SOCIO-CULTURAL DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

The Foundation and Socio-cultural Origin of Cognitive Psychotherapies

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

The change of Personal constructs in people with depression along the therapeutic process

Beatriz González Arranz y Luis Angel Saúl

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

Nº 108 INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA**Integration in Psychotherapy**

¿CÓMO SE PUEDE NO SER INTEGRADOR HOY EN DÍA?

ESTADO ACTUAL Y CONTROVERSIAS DE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

How can One not be an Integrationist These Days? State of the Art and Controversies in Psychotherapy Integration

Luis Botella

LA INTEGRACIÓN MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: APLICACIONES DE LOS NUEVOS MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS

Integration beyond diagnosis: Applications of the new transdiagnostic models

Carlos Mirapeix

MINDFULNESS Y EL PROBLEMA DE LA INTEGRACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

Mindfulness and the problem of psychotherapy integration

María Teresa Miró

¿ES POSIBLE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA?

Is Psychotherapy Integration Possible?

Isabel Caro

DINÁMICA DEL PROCESO EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

Dynamics of the process in integrating humanistic psychotherapy

Ana Gimeno-Bayón

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA "REVISADA"

Integrative Psychotherapy "Revisited"

Marye O'Reilly-Knapp

EL MODELO DE ASIMILACIÓN COMO UN MODELO INTEGRADOR SOBRE EL CAMBIO TERAPÉUTICO

The Assimilation Model as an Integrative Model about Therapeutic Change

Isabel Caro, Sergio Pérez-Ruiz y Restituto Vañó

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

EL MODELO CONSTRUCTIVISTA INTEGRATIVO: UNA NUEVA PROPUESTA

The Constructivist Integrative Model: A New Proposal

Danilo Moggia

CULPA Y PERDÓN EN PSICOTERAPIA

Guilt and forgiveness in psychotherapy

Manuel Villegas

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA DE PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN AUTISMO

Personal Style of the Therapist of psychologist who work with autism

Leandro Casari, Fernanda Assennato y Sofía Grzona

INTEGRACIÓN DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y REPRODUCTIVO CON LA PSICOTERAPIA: REFLEXIONES A TRAVÉS DE UN CASO

Integration of genetic and reproductive counseling with psychotherapy: Considerations through a case

Eugènia Monrós & Assumpta Junyent

YOGA Y DANZA INTEGRADA COMO ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A LA CONCIENCIA CORPORAL EN AMPUTADOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Yoga and dance integrated as strategies targeted at body awareness in amputees of the public force

Oswaldo Alexander Sanabria y Paula Milena Camacho Vásquez

DE LA CONTRATRANSFERENCIA A LAS RESONANCIAS: LAS EMOCIONES DEL PROFESIONAL EN PSICOTERAPIA

From Countertransference to Resonances: The emotions of the professional in psychotherapy

Juan Miguel de Pablo Urban

EL MODELO CONSTRUCTIVISTA INTEGRATIVO: UNA NUEVA PROPUESTA

THE CONSTRUCTIVIST INTEGRATIVE MODEL: A NEW PROPOSAL

Danilo Moggia

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología
Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Moggia, D. (2017). El Modelo Constructivista Integrativo: Una Nueva Propuesta. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 125-147.

Resumen

El presente trabajo expone los fundamentos epistemológicos y teóricos de un modelo psicoterapéutico de desarrollo reciente: el modelo constructivista integrativo (MCI). Más que ser un modelo integrativo adicional a los muchos que ya hay, el MCI busca ofrecer una metodología que permita a distintos terapeutas constructivistas integrar elementos de trabajo provenientes de modelos constructivistas y construccionistas sociales diversos, asegurando coherencia epistemológica, teórica y técnica. A partir de exponer los fundamentos del modelo se derivan sus aplicaciones clínicas: la formulación de caso y lineamientos generales para la práctica psicoterapéutica. Finalmente, se discuten posibles nuevos desarrollos y futuras aplicaciones.

Palabras clave: *psicoterapia, constructivismo, construccionismo social, integración.*

Abstract

This work presents the epistemological and theoretical foundations of a recently developed model of psychotherapy: the constructivist integrative model (CIM). Rather than being another integrative model among the variety of available proposals, CIM is aimed at offering a methodology that allows constructivist therapists to integrate different elements of work, derived from constructivist and social constructionist diverse models, insuring epistemological, theoretical, and technical coherence. From explaining the foundations of the model, their clinical applications are derived: case formulation and general guidelines for psychotherapeutic practice. Finally, new potential developments and future applications are discussed.

Keywords: *psychotherapy, constructivism, social constructionism, integration.*



El constructivismo, desde un punto de vista filosófico, puede ser considerado una posición epistemológica que asume que los seres humanos no captamos la realidad tal cual es, si no que organizamos activamente las construcciones que hacemos de ella (Feixas & Villegas, 2000). En psicología, el constructivismo puede ser considerado una meta-teoría (Mahoney, 1988a, 1988b), es decir, un conjunto de teorías psicológicas que se basan y comparten los supuestos epistemológicos del constructivismo. Principalmente durante los años 80s y 90s del siglo pasado, el constructivismo dio origen a una serie de modelos psicoterapéuticos dentro de las tradiciones clásicas de la psicoterapia. En otras palabras, surgieron modelos constructivistas cognitivos, experienciales y sistémicos. Por su parte, el construccionismo social, considerado también como una meta-teoría emparentada al constructivismo, la que habla de cómo los seres humanos construimos la realidad a nivel social, también ha dado origen a diversos modelos terapéuticos: terapia colaborativa, terapia narrativa, enfoques dialógicos (McNamee & Gergen, 1996). Muchos terapeutas que han sido formados en alguno de los modelos que se suscriben a la meta-teoría constructivista o construccionista social, si bien trabajan principalmente desde el modelo particular en el cual se han formado, integran elementos de trabajo provenientes de otros modelos constructivistas y/o construccionistas sociales (Chiari & Nuzzo, 2010; Feixas & Villegas, 2014; Neimeyer, 2012). Es por esto que Mahoney (2005) y Hoyt (1997, 1998) llaman a estos terapeutas “constructivos” y a su forma de trabajar “terapias constructivas”, buscando hacer alusión no sólo al trasfondo epistemológico común que tendrían las formas desde donde trabajan, sino que también al carácter “constructivo” de sus prácticas, es decir, formas de trabajar que buscan la construcción de nuevas realidades positivas por parte de sus clientes, desde sus propios recursos y fortalezas.

El objetivo del presente trabajo es plantear un modelo integrativo en psicoterapia desde una epistemología constructivista. Más allá de ser un modelo que se ampara bajo esta óptica, busca recoger aquellos aspectos de la experiencia humana que han quedado fragmentados en los distintos modelos psicoterapéuticos a los cuales el constructivismo ha dado origen dentro de cada escuela tradicional de psicoterapia, posicionando al constructivismo como una meta-teoría compartida por todos ellos, la que permite la integración (Neimeyer & Mahoney, 1998). Además se considera un diálogo continuo y reflexivo hacia y desde los aportes que el construccionismo social ha realizado tanto a nivel teórico como terapéutico, en relación a los aspectos sociales y políticos que influyen en la construcción de la experiencia humana y en relación a la construcción del conocimiento entendida como una praxis cultural de la sociedad en su conjunto (Gergen, 2015). Más que plantear un modelo integrativo adicional a los muchos que ya hay (Fernández-Ailvarez & Opazo, 2004), el presente trabajo pretende ofrecer una metodología que permita a distintos “terapeutas constructivos”-(Hoyt, 1997, 1998; Mahoney, 2005) (y por qué no a terapeutas de otras orientaciones también) integrar elementos de

trabajo (tanto a nivel teórico, como metodológico y técnico) abordados de manera sobresaliente por distintos enfoques terapéuticos por separado, sin que el terapeuta se sienta “pecador” por traicionar a su teoría o a su modelo y sin caer en un eclecticismo técnico sin sentido. Todo esto permite abordar la experiencia humana en psicoterapia de forma integral.

Fundamentos Epistemológicos

Como se ha dicho previamente, el constructivismo, desde un punto de vista filosófico, puede ser considerado una posición epistemológica que asume que la realidad es una construcción que depende de las características y supuestos del observador que organiza esa realidad. Estos supuestos han sido contruidos desde la sucesión de experiencias que ha vivido el observador a lo largo de su devenir histórico y desde el contexto histórico-cultural en el cual está situado. El constructivismo correspondería a una epistemología opuesta al positivismo (Feixas & Villegas, 2000). Para este último, el conocimiento viene dado por una relación isomórfica realidad-conocimiento, es decir, el observador tiene acceso prístino a una realidad objetiva, en la cual las características de los fenómenos o los objetos vienen dadas por los fenómenos u objetos mismos.—Mientras que para el constructivismo ninguna observación puede darse con independencia del observador, asumiendo que el propio observador forma parte del proceso mismo de observar, considerando así el carácter autorreferencial y recursivo de los fenómenos que pretende describir, explicar, o con los cuales el observador está operando (Demicheli, 1994). El constructivismo ha influido el desarrollo de diversas teorías psicológicas y modelos psicoterapéuticos. En este sentido, desde un punto de vista psicológico, el constructivismo puede ser considerado como una meta-teoría, es decir, como un conjunto de teorías psicológicas que comparten supuestos epistemológicos de base que dan origen a una misma perspectiva acerca de lo humano. Si resumiésemos estos supuestos podríamos decir que el las teorías constructivistas en psicología suponen que el ser humano es un ser biopsicosocial auto-organizado que como todo organismo, se acopla estructuralmente al medio ambiente con el cual interactúa (Maturana & Varela, 1980, 1990), asimilando información desde éste y acomodando sus propias estructuras de conocimiento a partir de la información asimilada (Piaget, 1987), generando respuestas adaptativas que generan a su vez cambios en el medio, los que nuevamente son asimilados por el organismo. De esta forma el organismo hace emerger una realidad en esta interacción de acomodaciones recíprocas entre sí mismo y el medio ambiente (concepto de enacción en Varela, 1996). El ser humano como ningún otro animal, posee estructuras lingüísticas que le permite generar metacognición y por ende coordinaciones de coordinaciones conductuales consensuadas (Maturana, 1989) entre el medio ambiente y los otros miembros de la población a la cual pertenece, produciendo así también conocimiento y adaptación social. Desde ahí el ser humano construye su realidad de forma enactiva tanto a nivel individual como

social (Berger & Luckmann, 1968; Varela, 2000).

Adicionalmente a estos desarrollos, en los últimos años han ido cobrando fuerzas teorías psicológicas y modelos psicoterapéuticos fundamentados en una meta-teoría emparentada al constructivismo, el construccionismo social (Gergen, 1976, 2006b). El construccionismo social supone que aquello que nos hace seres humanos es ser seres en el lenguaje, capaces de construir realidad a partir de los diálogos que sostenemos con otros. Todo conocimiento es social puesto que es construido desde las interacciones conversacionales que desarrollamos como miembros de la sociedad y de la cultura a la cual pertenecemos. Todas nuestras experiencias se dan, surgen y emergen en estas interacciones discursivas que se generan a nivel social en el lenguaje (Gergen, 2006a).

Diversos autores plantean diferencias epistemológicas o meta-teóricas entre constructivismo y construccionismo social, lo que tiende a generar confusión. Esta confusión puede ser explicada y aclarada como lo hace Zlachevsky (2012), citando a Ibañez (2003):

Otro término que lleva a equívoco, en la formación de terapeutas, es el concepto de constructivismo, construccionismo o constructividad. De hecho, la idea de constructividad, entendida como la postura que lleva al observador a hacerse cargo de sus operaciones de distinción, se ha tornado muy popular en el ámbito terapéutico. Pero esto, que podría aparecer como algo puramente positivo, para quienes nos adscribimos a esta manera de entender lleva en sí un riesgo de confusión, ya que hay muchas y muy diversas posturas constructivistas. Señala Tomás Ibañez (2003):

‘En lo que denomino la galaxia construccionista, que empieza a estar muy densamente poblada [...]; encontramos al construccionismo social [...], al constructivismo filosófico [...], el constructivismo de la escuela de Palo Alto [...], el constructivismo de las terapias sistémicas, el constructivismo en la biología del conocimiento [...], el construccionismo sociológico [...], el constructivismo evolutivo [...]. Es muy difícil encontrar el punto de entronque entre, por ejemplo, el constructivismo en la biología del conocimiento y el construccionismo social’ (p.164).

Me pregunto, ¿será necesario encontrar un punto de parentesco entre ellas? Si las posturas descritas anteriormente son vistas como teorías, indudablemente es necesario acentuar las particularidades de cada una. Pero si se trata de describir el proceso de conocimiento que está a la base de ellas – entonces, incluidas en una misma postura epistemológica– se podría resaltar que lo que tienen en común es el hecho de que entienden la vida como interpretación de sí misma, es decir, resaltan el carácter hermenéutico que la vida tiene, reconociendo que toda interpretación refiere a quien interpreta. (p. 242-243).

Esta perspectiva es la que permite hacer dialogar a las teorías constructivistas

y construccionistas sociales a un nivel epistemológico. “La vida como interpretación de sí misma” queda muy bien desarrollada por ambas perspectivas. La diferencia está en que las teorías constructivistas se preocupan por el proceso de conocer en tanto acto cognitivo, preguntándose acerca de cómo lo sistemas u organismos que conocen son capaces de conocer que ellos mismos conocen para modificar desde allí su propio acto de conocer (Von Foerster, 1991). Esto conduce a preguntarnos si los seres humanos somos sistemas u organismos que conocemos que conocemos, cómo es que somos capaces de conocer que conocemos (Bateson, 1993), cuáles son las operaciones y procesos que llevamos a cabo en el acto de conocer que nos permite a nosotros mismos conocer que conocemos (Bateson, 1991). Dicho de otra forma, cómo nuestro propio acto de conocernos a nosotros mismos como seres humanos, afecta el fenómeno a conocer, es decir, a nosotros mismos como seres humanos en tanto objeto de estudio de nosotros mismos. El construccionismo social, por su parte, establece que todo conocimiento se construye en el diálogo y la conversación, por lo que todo conocimiento aparece como una distinción de base lingüística que se da en un marco comunicativo cultural (Anderson, 1999). En otras palabras, los fenómenos humanos no existen por sí mismos estructurados como tales en la realidad, sino que somos nosotros mismos como seres humanos quienes distinguimos o definimos a los fenómenos humanos, por el hecho de participar de los mismos a través del lenguaje. En este sentido, los fenómenos humanos existirían sólo en el dominio del significado y de la realidad lingüística intersubjetiva, es decir, lo social son redes de conversaciones que son distinguidas en y por el lenguaje (Anderson & Goolishian, 1988).

Lo que se ha expuesto anteriormente, independientemente si se considera la perspectiva constructivista o construccionista social, nos lleva a una concepción “plástica” acerca del psiquismo, la naturaleza o la condición humana, ya que lo humano no existiría como algo pre-dado a nosotros mismos, sino que aparecería como una distinción que hacemos nosotros como humanos acerca de nosotros mismos y por lo tanto algo que emerge en el momento mismo en el que nos preguntamos acerca de ello. Es en este sentido, que el psiquismo, la naturaleza o condición humana, operará de acuerdo a las propiedades que nosotros mismos le atribuyamos como observadores en el momento de observarla y distinguirla. Estas propiedades dependerán del marco teórico que utilicemos para ello, así existirán siempre fenómenos humanos explicables desde la dinámica del inconsciente (Gabbard, 2002), desde las teorías del procesamiento de la información (Riso, 2006), desde nuestro experimentar emocional o corporal (Gimeno-Bayoïn, 2013; Greenberg, Rice, & Elliott, 1996), desde el carácter relacional de nuestras interacciones (Tomm, St. George, Wulff, & Strong, 2014), e incluso, desde la propia psicología popular en términos de intenciones, sueños, deseos, propósitos, etc. (Bruner, 2009; White, 2004).

Cuando concebimos a ambas perspectivas (constructivismo y construccionismo social) como construcciones sociales en sí-mismas, las que se han dado en el

contexto de un marco de conocimientos específico, tenemos que preguntarnos por el contexto o paradigma histórico-cultural en el que ambas han emergido (Kuhn, 1971). Éste correspondería al paradigma de la posmodernidad (Vattimo, 1987). La posmodernidad puede ser entendida como un *zeitgeist*, es decir, como un paradigma que caracteriza al espíritu de una época, haciendo referencia tanto a las condiciones sociales e históricas en la que nos encontramos, a las expresiones culturales, como al discurso filosófico de este período (Botella & Figueras, 1995). La posmodernidad surge como una respuesta o crítica a la modernidad (al positivismo), la cual, desde un punto de vista epistemológico, califica como “ingenua” la pretensión de verdad propia de la modernidad. Para la posmodernidad el conocimiento es una construcción que se da a nivel discursivo como una forma de imponer determinados significados para moldear nuestras prácticas de vida (Anderson, 1990). Los discursos se construyen desde un momento histórico particular, situados en un contexto social, cultural y político determinado, por lo tanto el conocimiento es arbitrario y relativo. En este sentido, la posmodernidad propone la deconstrucción de los macro-relatos (los absolutos) ya que “todo lo dicho es dicho por alguien” (Maturana, 2005), desde un contexto cultural y un momento histórico determinado (Lyotard, 1994). Para la posmodernidad no existe una “única verdad”, sino que múltiples verdades en tanto puedan existir múltiples perspectivas para concebir a un mismo fenómeno o múltiples voces capaces de dialogar acerca del mismo (Seguí, 2015). En este sentido, tanto constructivismo como construccionismo social corresponderían a meta-teorías posmodernas en psicología (Botella, Pacheco, & Herrero, 1999). En lo que a la psicoterapia concierne, comienzan a surgir una serie de teorías y modelos “posmodernos” al interior de cada una de las tradiciones clásicas de la psicoterapia. Dicho de otra forma, los conjuntos de teorías de la posmodernidad, constructivismo y construccionismo social, comienzan a influir el desarrollo de las terapias cognitivas, experienciales y sistémicas. La figura 1 muestra un esquema de los modelos psicoterapéuticos constructivistas y construccionistas sociales más representativos dentro de cada tradición psicoterapéutica. El esquema puede entenderse cómo constructivismo y construccionismo social han influenciado el desarrollo de teorías y modelos psicoterapéuticos al interior de cada tradición.

No es objeto del presente trabajo describir cada uno de los modelos que aparecen en la figura, sino que darle al lector una panorámica general de cómo las teorías constructivistas han influenciado el desarrollo de los modelos psicoterapéuticos al interior de las tradiciones psicoterapéuticas clásicas (modelos cognitivos, experienciales y sistémicos); y por su parte, cómo las teorías construccionistas sociales han influenciado el desarrollo de los modelos sistémicos familiares y cómo además han logrado posicionarse para generar modelos terapéuticos independientes que no pueden ser asociados a ninguna tradición psicoterapéutica en particular. Al momento que estos dos conjuntos de teorías se diseminan dentro de cada tradición psicoterapéutica, en cada una de las teorías y modelos terapéuticos

Introducción

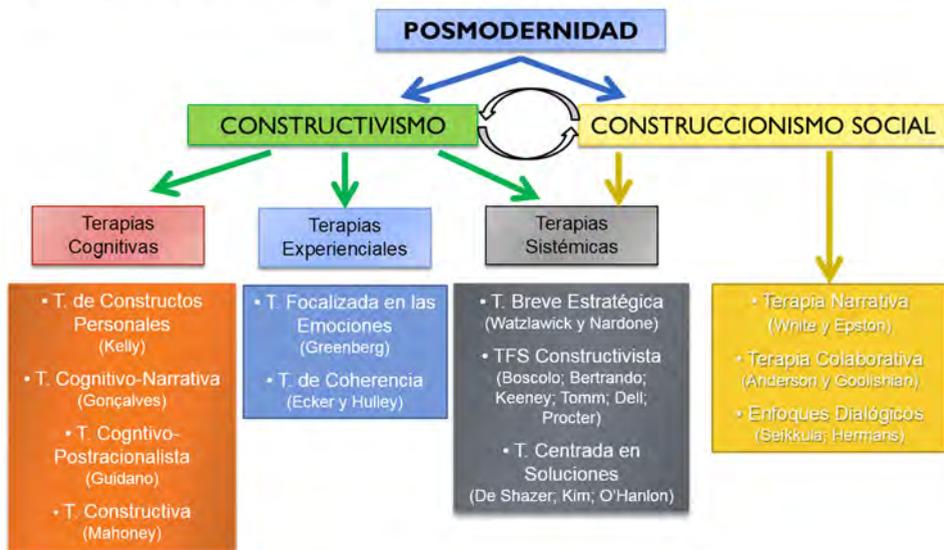


Figura 1: Principales modelos psicoterapéuticos desarrollados desde una perspectiva constructivista y construccionista social (*T*: terapia-*TFS*: terapia familiar sistémica).

desarrollados desde una perspectiva constructivista o construccionista social, la experiencia humana queda parcialmente fragmentada o reducida a aquel aspecto del comportamiento humano que esa tradición psicoterapéutica pone acento: los procesos de pensamiento o de procesamiento de información para las teorías cognitivas, los procesos afectivos para los experienciales, los procesos relacionales e interaccionales para los sistémicos, etc. Por su parte, si bien el construccionismo social ha podido desarrollar teorías y modelos que no obedecen a ninguna tradición psicoterapéutica en particular, la experiencia humana en estos modelos también puede quedar parcialmente reducida, pues para el construccionismo social toda experiencia humana es una experiencia social que depende de los fenómenos de interpretación social e interacción discursiva, pudiendo llegar a excluir con ello la subjetividad individual, los fenómenos intrapersonales y las experiencias que no dependen necesariamente del lenguaje (lo inefable) (Garrido-Domínguez, 2013), como las experiencias corporales, afectivas, místicas y trascendentes.

El movimiento de integración en psicoterapia ofrece la alternativa de generar modelos que permitan abarcar gran parte de la experiencia humana que tradicionalmente queda fragmentada al interior de cada tradición de la psicoterapia (Opazo, 2001). Desde esta perspectiva, el constructivismo puede ser considerado como una meta-teoría abarcadora que permite dar cuenta de la totalidad de estas experiencias. Feixas y Botella (2004) explican esta forma de integración meta-teórica aplicada a las psicoterapias constructivistas de la siguiente manera:

Esta propuesta integradora propone limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos enfoques que sean epistemológicamente compatibles. De esta forma se restringe el intercambio y síntesis conceptual a los sistemas que tienen axiomas filosóficos compatibles. Este intento de incorporar sólo los conceptos y las heurísticas que son congruentes con su propio núcleo de presuposiciones responde a una de las más extendidas objeciones hechas contra la práctica integradora: la no explicitación de las bases epistemológicas sobre las cuales se deben integrar varias teorías o terapias (Messer, 1986). (...) la epistemología constructivista puede ser un marco metateórico idóneo para realizar esta integración por varios motivos. En primer lugar, se puede observar una cierta tendencia constructivista en el seno de distintos modelos (especialmente el cognitivo y el sistémico aunque también en otros, véase Feixas & Neimeyer, 1991). Por otro lado, su alto grado de abstracción y flexibilidad hace que (Mahoney, 1988) apueste en este sentido: 'El lenguaje y la estructura ofrecidos por la metateoría constructivista pueden ser especialmente adecuados para facilitar los esfuerzos hacia una convergencia transteórica' (pág. 307). Finalmente, el carácter multidisciplinar de la epistemología constructivista, basada en aportaciones de lingüistas, filósofos, biólogos, físicos, cibernéticos, filósofos de la ciencia, además de psicólogos, sitúa al constructivismo en una buena posición para realizar esta integración metateórica. Desde nuestra perspectiva, los cambios de la psicología hacia una metateoría constructivista en los últimos 20 años ofrecen condiciones favorables para el desarrollo de un modelo más abarcador del cambio psicoterapéutico, que mantenga su coherencia filosófica y técnica. (p. 20-21)

El hecho que el constructivismo provenga de distintas tradiciones disciplinares y que se manifieste al interior de las distintas tradiciones clásicas de la psicoterapia, va a permitir que las distintas teorías y modelos constructivistas posean una serie de características epistemológicas comunes a la base, las que permiten establecer un lenguaje común y un diálogo entre ellas. Al considerar estos elementos epistemológicos comunes, sus supuestos de base y las concepciones de ser humano que hay detrás, es que podemos conceptualizar al constructivismo como una meta-teoría, la que, debido a su diversidad originaria, toma en consideración muchos otros aspectos de la experiencia humana que otras teorías psicológicas no han considerado. Es a través de todas estas teorías constructivistas, con sus similitudes filosóficas y epistemológicas esenciales, que los principios del constructivismo se expresan a nivel teórico y tomen forma en la práctica clínica a través de los distintos modelos psicoterapéuticos a los que él da origen. Por su parte, el construccionismo social, al estar ubicado dentro del paradigma de la posmodernidad junto al constructivismo y ambos compartir supuestos epistemológicos esenciales, es que ambos pueden comunicarse, generando un diálogo fértil y constructivo. Son estos principios los que pueden ser recogidos e integrados en un modelo terapéutico

más amplio y abarcador, en donde los distintos elementos de la experiencia humana sobre los que las distintas tradiciones clásicas de la psicoterapia han puesto acento, queden integrados de forma comprensiva y no diseminados o fragmentados por la teoría.

Por su parte, si se piensa esta integración desde el construccionismo social, inmediatamente se tendrá que asumir una idea que es central en las conceptualizaciones de la posmodernidad: la polivocalidad (Bahktin, 1981, 2012). Como se ha dicho, tanto constructivismo como construccionismo social asumen que no existe una única realidad o una única verdad sobre la que versa nuestro existir humano, sino que existen múltiples realidades o múltiples verdades como múltiples perspectivas, múltiples pronunciamientos discursivos o múltiples voces puedan existir entorno a un mismo fenómeno. Por lo tanto, surge inmediatamente la pregunta ¿cómo ponernos de acuerdo entonces sobre algo o sobre la realidad? El construccionismo social dirá que para eso tenemos el lenguaje y la capacidad de dialogar desde sistemas de artefactos sociales compartidos denominados culturas. No obstante, en culturas como la nuestra, en tiempos de posmodernidad, se caracterizan más por la diversidad y la proliferación de subculturas, que por la unificación y la homogenización entorno a una única realidad o verdad, es decir, como se planteaba antes, se caracterizan más por la existencia de múltiples realidades o verdades. Entonces es aquí donde se pone en juego el concepto de polivocalidad, es decir, la actitud o la posición de reconocer la existencia de lo diverso, de la multiplicidad de perspectivas y posiciones discursivas, de la multiplicidad de voces. Estas voces se pueden poner a dialogar para llegar a un acuerdo. Ahora bien, este diálogo no se basa en la imposición, en encontrar quién tiene la razón por sobre otro, o en elegir una de las perspectivas o voces como la válida o la que se escogerá para hacer uso de ella como opción, sino que se basa en el poder construir realidad a partir de esa diversidad, buscando acuerdos en donde todas las voces o perspectivas se vean representadas, incluso aquellas contradictorias (Anderson, 2012; McNamee & Gergen, 1996). Esto es justamente lo que se pretende hacer con esta conceptualización integrativa, es decir, por una parte, constructivismo y construccionismo social dialogan perfectamente de forma constructiva a nivel epistemológico, como ya se ha dicho; pero a la vez podemos decir que cada uno de los modelos psicoterapéuticos que tanto el constructivismo como el construccionismo social han originado y que se han representado en la figura 1, serán puestos a dialogar a través de una metodología teórica que lo permita, dándoles a través de un modelo, un lugar especial a cada una de estas perspectivas para que hablen desde su determinada posición, la que al fin y al cabo, representa una posición particular acerca de la experiencia humana. Para finalizar esta sección, es pertinente sintetizar estos planteamientos volviendo a citar a Zlachevsky (2012):

(...) se propone buscar una postura epistemológica común al constructivismo y al construccionismo social. Se hace resaltar que lo que tienen en común ambas comprensiones es el hecho de que entienden la vida como interpre-

tación de sí misma, es decir, destacan el carácter hermenéutico que la vida intrínsecamente tiene. Reconocen que toda interpretación describe, en última instancia, a quien interpreta. A este proceso se le llamó constructividad y estaría sustentado en los planteamientos de Maturana y Varela, entre otros. Esta idea de constructividad, entendida como la postura que lleva al observador a hacerse cargo de sus operaciones de distinción, sería el posible parentesco entre los distintos constructivismos. (p. 237)

El Modelo Constructivista Integrativo

Elementos del Modelo

Los elementos que se expondrán a continuación han sido recogidos de los distintos modelos presentados en la figura 1. Cada uno de estos modelos propone uno de estos elementos como foco central de su tratamiento, definiéndolo como tal a través del trazar una distinción sobre la “realidad” humana. Esta distinción está hecha en el lenguaje, a partir del definir que algo es porque se diferencia de aquello que no es (Derrida, 1989). Cabe aclarar que, para el constructivismo, la forma más básica que tenemos los seres humanos de organizar y construir realidad es a través del trazar distinciones (Spencer-Brown, 1994), es decir, del establecer o discriminar contrastes o diferencias (noticia de una diferencia que hace una diferencia en Bateson, 1991). Es a partir de ahí que construimos significado, estableciendo, como ya se dijo, que algo es porque se diferencia de aquello que no es (noción de constructo en Kelly, 1955/1991). El lenguaje es el medio privilegiado a través del cual los seres humanos como seres sociales trazamos distinciones y co-construimos significados y por tanto realidad. De esta manera cada modelo psicoterapéutico actuaría como un “bisturí epistemológico” (Keeney, 1994) que disecciona en distintos elementos la “realidad” humana, construyendo una realidad psicológica constituida por distintos elementos separados y distinguidos entre sí (conducta, cognición, emoción, etc.) Dónde empieza y dónde termina cada uno depende de las definiciones y distinciones trazadas por cada modelo. El famoso veredicto del pájaro dodo de la investigación en psicoterapia (Elliott et al., 2015), se obtiene debido a que cada uno de estos elementos, que son diseccionados por los distintos modelos para ponerlos como diana central de tratamiento (Wampold, 2015), dependen de las distinciones que establece cada modelo sobre una misma realidad humana (en la que los estos distintos elementos se encuentran en principio integrados de manera amorfa e indiferenciada), por lo que aislarlos es una cuestión arbitraria que depende del prisma desde dónde se observa la realidad psicológica y a partir del cual se construyen definiciones operacionales en el lenguaje. Por lo tanto, no es de extrañar que en los estudios donde se desmantelan paquetes de tratamiento para comprobar la eficacia diferencial de los elementos específicos del mismo (ej. activación conductual + reestructuración cognitiva para depresión vs. sólo activación conductual) (Jacobson et al., 1996), estos efectos específicos nunca

se encuentren, resultando en que los tratamientos desmantelados suelen tener la misma eficacia o una similar al paquete de tratamiento completo (Ahn & Wampold, 2001; Bell, Marcus, & Goodlad, 2013). Esto se debe a que al intervenir sobre un elemento de la “realidad” psicológica, necesariamente se está afectando a los otros, ya que todos estos elementos son partes de esa misma “realidad”, separada sólo por la teoría en elementos distinguibles y desmantelados.

Para resolver estas cuestiones muchos modelos establecen relaciones dinámicas entre los elementos que distinguen. Es en este sentido, que por ejemplo Aaron Beck (1983), propone el concepto de “influencia recíproca”, el que establece una relación dinámica entre cognición, emoción y conducta. Su terapia cognitiva se basa en trabajar desde la “cognición”, es decir, en facilitar todo cambio de comportamiento y de experiencia desde aquello que pensamos y nos decimos a nosotros mismos, y del cambiar el cómo razonamos a partir de aquello que nos decimos y pensamos. Beck, en su conceptualización, no niega la emoción, es más, dice que hay una relación de mutua influencia o influencia recíproca entre cognición, emoción y conducta. No obstante, aclara que su terapia se basa casi exclusivamente en el cambio de cognición para producir un cambio en los otros elementos (emoción y conducta).

Los elementos que se expondrán a continuación no dejan de ser una distinción trazada desde los modelos que se están integrando y por tanto las fronteras entre ellos no dejan de ser una construcción realizada en el lenguaje y por tanto borrosas.

Matriz Biológica de la Experiencia. Corresponde a todas las estructuras y procesos biológicos que permiten el fenómeno psicológico humano tal como lo conocemos. Aquí se ponen en juego procesos genéticos, estructuras anatómicas, procesos fisiológicos y ecológicos. Aquí no se está asumiendo en ningún caso un determinismo biológico o innatismo, sino que se considera que los procesos y las estructuras biológicas en sus distintos niveles (del molecular al de ecosistemas) sientan las bases para la emergencia de la actividad humana (Maturana & Varela, 1990). Desde una perspectiva epigenética (Mascolo, Craig-Bray, & Neimeyer, 1997), se considera que las condiciones ambientales, sociales y culturales influyen también las condiciones biológicas en las que nos desarrollamos y desenvolvemos.

Matriz Sociocultural de la Experiencia. Corresponde a todos los procesos socioculturales de los que participamos y nos circundan en forma de redes de conversaciones que construyen discursos o meta-narrativas (Lyotard, 1990), las que van a ejercer determinadas relaciones de poder sobre nuestra propia actividad humana (Foucault, 1983). La forma que toman estos procesos es la de rizoma (Deleuze & Guattari, 1997), es decir, redes complejas de relaciones entrecruzadas, en donde cualquier elemento de la red puede afectar o incidir en cualquier otro, en donde los significados se elaboran simultáneamente desde todos los puntos bajo la influencia recíproca de las distintas observaciones y conceptualizaciones. En un rizoma existen líneas de solidez y organización fijadas por grupos o conjuntos de significados afines, denominadas mesetas. Estos conjuntos de significados afines

definen territorios relativamente estables dentro del rizoma. A partir de estos procesos nos construimos como persona, dándole sentido a nuestras experiencias y elaborándolas a partir de los significados disponibles en esta matriz. En este sentido, para aprehender la experiencia de una persona y localizarla dentro de esta matriz, debemos comprenderla a partir de cinco dimensiones de significado desde donde se construye esta experiencia:

Experiencia Inmediata. Refiere a la experiencia vivencial afectiva y corporalmente elaborada por el organismo a partir de un procesamiento de información tácito, implícito, analógico, pre-categorial o pre-conceptual momento a momento en el despliegue de cada una de nuestras experiencias (Ecker & Hulley, 1996; Gendlin, 1999; Greenberg & Pascual-Leone, 1998; Guidano, 1994). A través de esta dimensión de significados hablan las terapias constructivistas de tipo experiencial. Varela (2000) explica esta dimensión de significados de la siguiente manera:

“(...) uno de los descubrimientos más impactantes de los últimos años es que el afecto o la emoción está en el origen de lo que hacemos todos los días en nuestro manejo e interacción con el mundo; (...). Fundamentalmente, la mente es algo que emerge de la tonalidad afectiva, que está anclada al cuerpo. Todo el proceso ocurre en más o menos una fracción de segundo, una y otra vez.” (p. 247-248)

Cabe señalar que en esta dimensión de significados, Greenberg y Paivio (2000) distinguen entre emociones primarias y secundarias. Las primeras aparecen como una activación del organismo que nos informa respecto de una necesidad que debe ser cubierta. Las segundas, aparecen como una meta-emoción, es decir, como una emoción que se tiene porque se ha tenido previamente una emoción primaria (ej. me enfado porque estoy triste). No obstante, para que se produzca una emoción secundaria, debe intervenir antes la dimensión de explicación.

Explicación. Esta dimensión de significados es la que tradicionalmente ha sido abordada por las terapias cognitivas de tipo racionalista (Guidano, 1994). Equivale a nuestros procesos de pensamientos que se dan en el lenguaje, a nuestros auto-diálogos que emergen del reorganizar nuestra experiencia inmediata de forma explícita, lingüística, digital, categorial o conceptual (Pareì, 2013).

Constructos Personales. Son distinciones dicotómicas de contrastes que se pueden dar tanto a nivel verbal como pre-verbal. Por un lado, guían la construcción de significados en el resto de dimensiones, pero a la vez, son producto del establecimiento de contraste que se da desde ellas (Botella & Feixas, 1998; Kelly, 1955/1991).

Narrativa. Corresponde al relato que elaboramos para dar sentido a nuestra experiencia (Gonc’alves, 2002). Emerge del unir diversas experiencias que se dan en el tiempo, en el curso de una historia. En ella se manifiestan dos panoramas: el de acción (parte del relato que da cuenta de los hechos o acontecimientos, y actuaciones) y el de consciencia (parte del relato que da cuenta de experiencias

inmediatas, explicaciones y constructos personales) (Bruner, 2009). Esta dimensión de significados articula de forma abarcadora a las demás, a la vez que las demás emergen de ella (Mair, 1989; Montesano, 2012). Cabe aclarar que una narrativa puede o no expresarse de manera verbal, puesto que siempre estamos articulando las experiencias que vamos viviendo como historias, con el fin de darle continuidad y un sentido temporal a nuestro vivir, independientemente de que las relatemos de forma verbal o no, puesto que las narrativas se construyen desde memorias visuales, auditivas y emocionales, siendo sus elementos símbolos reales o imaginados de eventos y personajes (Beach, 2016). Las narrativas actúan como guiones de vida, las que incorporan un repertorio comportamental o pauta de actuación desde donde producir una determinada conducta en un contexto específico (Singer, Blagov, Berry, & Oost, 2013).

Actuación. Consiste en la conducta observable que manifestamos en una determinada situación, en el despliegue corporal o verbal que realizamos, en las actitudes corporales que asumimos para desenvolvemos en un determinado contexto o escenario (Ramiirez, 1997). Las actuaciones pueden emerger desde la elaboración de significados que realizamos desde nuestras narrativas, incorporándose a ellas como un repertorio comportamental desde el cual actuar. O bien, surgir desde una experiencia inmediata que no ha sido elaborada por el resto de las dimensiones de significado, vivenciándose dicha actuación como un “pasaje al acto” que ha surgido meramente desde una activación emocional no articulada con el resto de las dimensiones (Dimaggio, Montano, Popolo, & Salvatore, 2015).

Considerando que cada una de estas cinco dimensiones de significado se da en el contexto de una matriz sociocultural que les da sentido y que permite su emergencia, es que las narrativas personales están informadas por meta-narrativas o discursos sociales que establecen cánones culturales acerca de cómo las narrativas personales deben construirse (Foucault, 1983; Lyotard, 1994). Desde estas meta-narrativas o discursos sociales se construyen distinciones dicotómicas de contrastes que vienen a corresponder a constructos sociales compartidos en términos de opuestos binarios (Derrida, 1989; Procter, 2016). Adicionalmente, las actuaciones son desplegadas en un contexto interaccional inmediato, que va a corresponder a los otros significativos que participan del escenario o contexto en cual las actuaciones son interpretadas. En otras palabras, toda actuación es representada ante un público o audiencia que les da reconocimiento (Goffman, 1981), permitiendo que esa actuación se siga perpetuando en el tiempo o no, dependiendo de la retroalimentación que dan esos otros significativos a quien actúa (Watzlawick, Weakland, & Fish, 1976). Estos otros significativos actúan también informados por las meta-narrativas y constructos sociales que definen e informan el contexto donde se están dando las actuaciones.

Las relaciones que se establecen entre las distintas dimensiones de significado siguen la lógica de la reflexividad (Tomm, 1987; Cronen, Johnson, & Lannamann, 1982), es decir, el significado de cada dimensión influencia a las demás y vice-versa.

La figura 2 muestra el modelo de forma esquemática.

MODELO CONSTRUCTIVISTA INTEGRATIVO

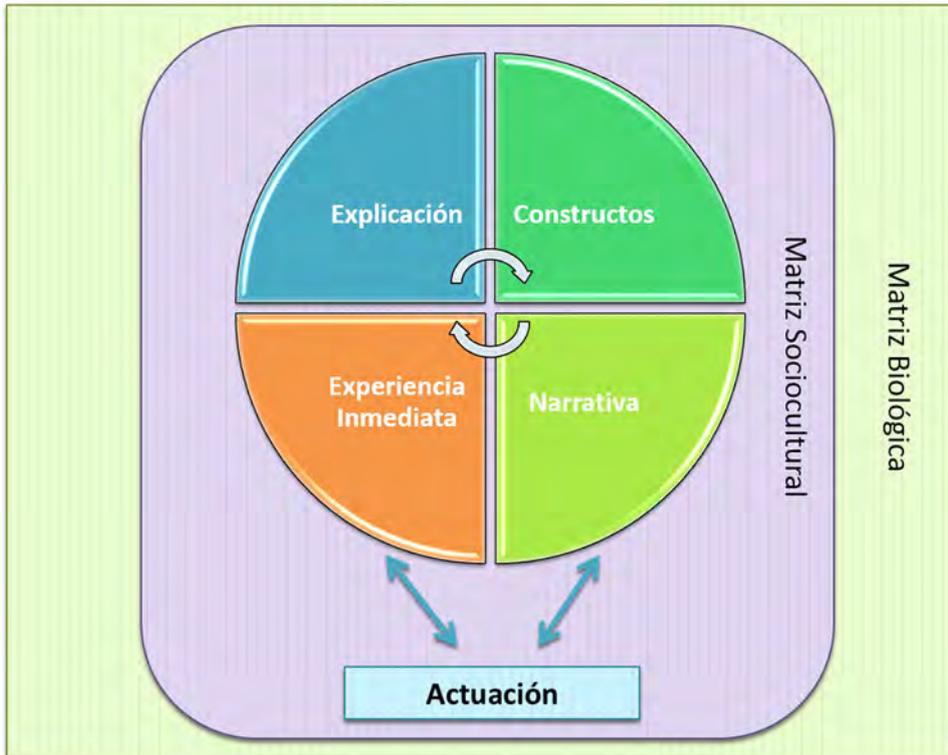


Figura 2: Resumen esquemático del modelo constructivista integrativo.

Construcción de Significado Personal y Formulación de Caso

Se ha dicho que para comprender cómo una persona está dando sentido a una determinada experiencia, debemos localizar los significados que la distinguen como tal dentro del rizoma de significados de la matriz sociocultural en la que nos desenvolvemos. En otras palabras, debemos trazar determinadas coordenadas que nos permitan delimitarla y comprenderla. Estas coordenadas se trazan desde las cinco dimensiones de significado anteriormente expuestas. Con ello, lo que se está haciendo es comprender cómo una persona coge determinados significados sociales para sí, los transforma y les otorga de un sentido personal, pudiendo así distinguir su experiencia como una construcción de significado personal (CSP)¹. Esto es, dentro de esta matriz de significados socioculturales se construyen significados personales que al ser desplegados para construir una determinada experiencia, nos

hacen desenvolvernó desde la sensación de que el que está viviendo esa experiencia soy yo (Zlachevsky, 2003). Esto traducido a la psicoterapia conlleva que para entender la experiencia problemática que lleva a una persona a consultar, debemos comprender cómo la persona y otros significativos que participan de la misma, distinguen y construyen el problema. Es decir, debemos localizar la experiencia del problema desde las coordenadas trazadas a partir de las cinco dimensiones de significado. En otras palabras, debemos entender cómo los significados personales son desplegados para dar forma al problema, es decir, cómo se elabora una CSP asociada al problema. De este modo, un problema emerge cuando alguien lo distingue y lo define como tal a través del sistema de significados que lo delimita (Anderson, Goolishian, & Winderman, 1986).

Imaginemos a alguien que consulta por “depresión”, la pregunta que debemos hacernos es cómo esta persona vive y construye su “depresión”, puesto que dentro de este rizoma sociocultural de significados compartidos pueden existir múltiples “depresiones”. Entonces, a partir de ahí buscamos trazar la forma en la que la propia persona distingue y construye su “depresión”. Podemos comenzar a localizarla desde cualquiera de las cinco dimensiones de significado. Por ejemplo, en su dimensión de experiencia inmediata esta persona puede distinguir la sensación sentida de “desgano”, apareciendo asociada a ella emociones de “rabia, impotencia” (como emoción secundaria) y “tristeza, dolor” (como emoción primaria). Esta sensación y emociones son auto-referidas desde la dimensión de explicación con verbalizaciones del tipo: “nada me apetece, para qué hacer algo si ya nada tiene sentido”, “debería buscar algo para hacer, no puedo estar así”, “es que no puedo, ya no valgo para nada, soy una mierda”. Desde la dimensión de constructos personales podemos decir que esta persona muy probablemente se considere así misma como una persona “depresiva” en oposición a una persona “feliz”, y probablemente ella consulte porque desee convertirse en una persona “feliz”, pero ve que no puede, y por lo mismo aparece la frustración que es vivenciada en términos de rabia y tristeza (en la dimensión de experiencia inmediata), desde las verbalizaciones que antes se expusieron (en la dimensión de explicación). A su vez, esta “depresión” con sus respectivas sensaciones, emociones, explicaciones y constructos que la distinguen, tiene una historia, una narrativa que da cuenta de cómo ha aparecido en la vida de la persona y los efectos que ha tenido hasta ahora (White & Epston, 1993). A partir de ahí, la persona actúa el papel de persona “depresiva”, por ejemplo, quedándose en la cama sin salir de casa. Esta actuación, como se ha explicado, es representada ante otros significativos que la retroalimentan, por ejemplo los familiares de esta persona cuando la ven acostada por la tarde no hacen más que regañarla diciéndole que no debería estar así, que debería hacer algo y buscar cosas para hacer, provocando que la persona confirme su construcción de “no valgo para nada”, volviendo a sentir tristeza y dolor. A continuación detallamos la dimensión narrativa. Imaginemos que esta persona comenzó a desarrollar su “depresión” desde el momento que se quedó en el paro, es a través de su narrativa que podemos

entender cómo sus condiciones vitales cambiaron y lo que estos cambios significaron para él/ella en el momento vital en el que se encontraba, para comenzar a construir su “depresión” como una reacción que tiene sentido a la luz de lo que estaba viviendo. Podríamos suponer que si su narrativa está construida desde un discurso social de éxito, en donde el hecho de tener trabajo y una buena situación económica, para esta persona significa estatus, logro profesional y estabilidad (discurso social desde donde se desprende el constructo social de “éxito vs. fracaso”) (Procter, 2016), la situación de paro le invalida su sentido de identidad de ser alguien “exitoso” para pasar a vivirse como un “fracasado” (White, 2002). Probablemente esta situación le afecte más aún si estamos hablando de un hombre que se construye a sí mismo como “macho proveedor” desde un discurso social de familia y masculinidad tradicional. Recordemos que los propios discursos sociales distinguen el contexto donde las actuaciones son representadas e informan a los otros significativos que también actúan en él. En este sentido, si sus familiares le regañan de la forma que se exponía anteriormente, es porque muy probablemente también estén mirando la situación en la que él/ella se encuentra desde estos discursos sociales y por tanto compartiendo la construcción de la persona como un “fracaso” contribuyendo a distinguir el problema como tal (Dallos, 1996; Procter 2002; Procter & Ugazio, 2017).

Esta forma de entender y localizar los problemas de las personas en psicoterapia, desde el MCI, es utilizada para la formulación de caso (Johnstone & Dallos, 2016). La figura 3 muestra la formulación desarrollada para el caso hipotético que se ha expuesto.

El Proceso de Cambio en Psicoterapia y el Trabajo con las Dimensiones de Significado

De acuerdo a lo que se ha venido planteando, el cambio pasa por la flexibilización y apertura de la CSP que da forma al problema hacia nuevas posibilidades de significación y acción. Esto es, la persona cuando llega a consultar tiende a construir su realidad de forma monolítica, es decir, prácticamente todo cuanto vive es dotado de sentido a través de su CSP problemática, impidiendo que sus experiencias sean elaboradas de una forma diferente. En otras palabras, la identidad de la persona está anclada a una sola meseta del rizoma. Por lo tanto, el cambio pasa por ir encontrando las conexiones que las distintas dimensiones de significado establecen con otros territorios del rizoma antes no explorados, permitiendo que la persona vaya ganando flexibilidad y apertura que le permita desplazarse hacia nuevas mesetas construidas o por construir. Aquí no se trata de buscar o construir una nueva única meseta desde la cual la persona pueda posicionarse ante el mundo reemplazando a la anterior, sino que ganar esa flexibilidad desde nuevas posibilidades de significación y acción que le permia a la persona desenvolverse desde múltiples nuevas CSPs no problemáticas. Por lo tanto, cuando una CSP se ha deconstruido, ha dejado de distinguir el problema como tal, y por tanto el problema se ha disuelto (Anderson, 1999).

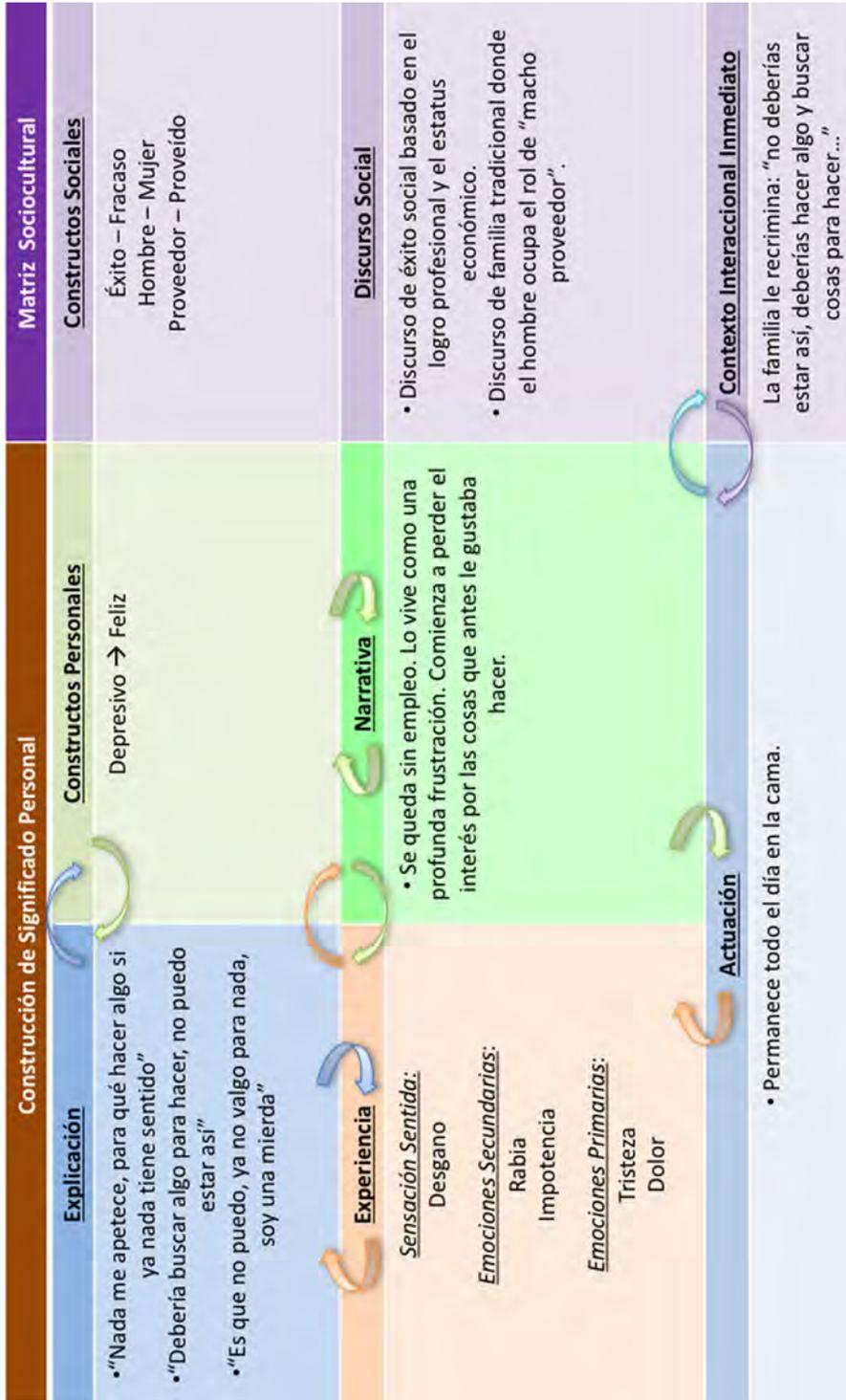


Figura 3: Esquema de formulación de caso.

El terapeuta que trabaja desde estas ideas, desde una postura de genuina curiosidad y respeto, de no saber/no entender (Anderson & Goolishian, 1992), busca comprender cómo la persona a través de su CSP da forma al problema. El terapeuta intenta acoplarse a las dimensiones de significado de su cliente para explorarlas y buscar esos puntos de fuga o conexión hacia nuevas posibilidades de significación y acción (Winslade, 2009). Estas dimensiones de significado pueden ser rastreadas en el discurso del cliente y, muy a menudo, el cliente tiende en su relato a dar énfasis a una de estas dimensiones de significado como foco central para referir su experiencia. Dicho de otra forma, la atención y el discurso del cliente, al comentar su experiencia, puede dirigirse hacia: su sentir (dimensión de experiencia), hacia su diálogo interno (dimensión de explicación), hacia el considerarse como un cierto tipo de persona por la experiencia que ha tenido y que está comentando (dimensión de constructos), hacia un relato histórico-biográfico que conecta su experiencia con algo que anteriormente ha vivido dentro de su historia (dimensión narrativa), o hacia su conducta observable durante la experiencia (dimensión de actuación). En este sentido, el terapeuta está atento a los marcadores que aparecen en el discurso del cliente que están dando cuenta de la dimensión de significados a través de la cual la experiencia se está significando, y por tanto, el terapeuta coge este marcador como una “puerta de entrada” o “invitación” para comenzar trabajar desde esa dimensión (González-Meindez, 2001; Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2012).-Una vez que se ha explorado esa dimensión, el terapeuta, a través de sus preguntas, puede comenzar a desplazar la atención del cliente hacia las otras dimensiones de significado, permitiéndole al cliente tener una perspectiva más amplia de aquellos significados que están dando forma al problema y con ello enriquecer las posibilidades de encontrar puntos de fuga hacia nuevas formas de significación. De esta forma, el terapeuta va utilizando distintas técnicas para ir trabajando con las distintas dimensiones de significado según van emergiendo en la conversación. En este sentido, el terapeuta actúa desde un eclecticismo técnico teóricamente orientado (Feixas & Botella, 2004; Feixas & Villegas, 2000), ya que puede ir utilizando distintas técnicas provenientes de distintos modelos terapéuticos para ir trabajando con las distintas dimensiones de significado según corresponda.

Hasta aquí se han expuesto los fundamentos epistemológicos y teóricos del MCI. A partir de ellos se han derivado las conceptualizaciones vinculadas a la formulación de caso, concepción del cambio y los lineamientos generales respecto de la práctica terapéutica. Adicionalmente a estas conceptualizaciones se ha elaborado un modelo práctico que sistematiza cómo el terapeuta puede ir trabajando en conjunto con el cliente paso a paso en la práctica clínica concreta desde el MCI. Por motivos de extensión, este modelo práctico no puede ser expuesto aquí, por lo que será desarrollado en futuras entregas.

Discusión

El MCI que se ha desarrollado a lo largo de este trabajo, como se ha planteado en su momento, constituye una “buena síntesis” (Guillem Feixas, comunicación personal, 2014), ya que, aunque probablemente no aporta nada nuevo, logra integrar elementos de trabajo considerados por diversos modelos psicoterapéuticos constructivistas y construccionistas sociales por separado, y logra desarrollar una metodología para la formulación de caso. En este sentido, el modelo aporta orden y coherencia, permitiéndole al terapeuta conducir el proceso psicoterapéutico desde algo más que un cúmulo de hipótesis o técnicas que se van “copiando y pegando”. El modelo permite al terapeuta trabajar con distintos elementos de la experiencia humana de forma integral, aportando libertad, tanto para el terapeuta, como para el cliente, ya que se puede entrar a trabajar desde la dimensión de significado con la que se esté más cómodo, en ambos casos. Sin lugar a dudas que es un modelo en desarrollo que puede recibir muchos aportes y nuevas contribuciones. Como lo plantea el mismo constructivismo, “estamos siempre en proceso” (Mahoney, 2003) y por lo mismo el modelo probablemente siempre lo estará.

Adicionalmente, el modelo muestra diversas aplicaciones en diferentes ámbitos. En lo que al ámbito de la investigación respecta, ofrece metodologías específicas para investigar a distintos niveles. Por ejemplo, a nivel de microprocesos pueden utilizarse las dimensiones de significado propuestas por el modelo como categorías para el análisis de contenido del discurso del cliente, permitiéndonos entender su construcción de significados y el cambio en dichas construcciones a lo largo del proceso terapéutico. Pueden analizarse las intervenciones del terapeuta, en relación a la identificación de marcadores en el discurso del cliente, como propuestas de trabajo con alguna dimensión de significado específica del modelo. También las intervenciones del terapeuta pueden analizarse en relación a si éstas siguen o no las dimensiones de significado que el cliente utiliza para referir su experiencia como una medida de acoplamiento entre ambos. A nivel de procesos y resultados pueden relacionarse los indicadores de microprocesos antes señalados con las puntuaciones de resultados obtenidas por el cliente a lo largo de la terapia. Finalmente, en el ámbito de la formación, permite estructurar un programa de formación en psicoterapia en términos de entregar las competencias necesarias para el trabajo con las distintas dimensiones de significado, tanto por separado como integradas en su conjunto. En síntesis, el modelo muestra prometedoras líneas de aplicación sobre las que se hace necesario investigar y recibir nuevas aportaciones.

Notas

- 1 El término “construcción de significado personal” (CSP) ha sido desarrollado siguiendo a Guidano (1994) con su propuesta de “organización de significado personal” (OSP). La diferencia está en que para Guidano, una OSP corresponde a una forma o patrón concreto de dar significado a las experiencias a través de la dialéctica que se produce entre experiencia inmediata y explicación. Dependiendo de los patrones de apego temprano y la ruta evolutiva que pueda seguir la persona, distingue cuatro tipos de OSPs: fóbica, depresiva, obsesiva y DAP (desórdenes alimentarios

psicógenos). Mientras que, desde el presente trabajo, una CSP no responde a una forma o patrón nomotético de construir significados que depende de una ruta evolutiva específica, sino que corresponde a un patrón ideográfico de significados que distingue y da forma a una determinada experiencia desde los propios significados personales.

Referencias bibliográficas

- Ahn, H.-N., y Wampold, B. E. (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. doi: 10.1037//0022-OI67.48.3.251
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. (2012). Relaciones de Colaboración y Conversaciones Dialógicas: Ideas para una Práctica Sensible a lo Relacional. *Fam Process, 51*(1), 1–20.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In *Therapy as social construction*. (pp. 25–39). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Anderson, H., y Goolishian, H. A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process, 27*(4), 371–393. doi: 10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x
- Anderson, H., Goolishian, H. A., y Winderman, L. (1986). Problem Determined Systems: Towards Transformation in Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies, 5*(4), 1–13. doi: 10.1521/jsst.1986.5.4.1
- Anderson, W. T. (1990). *Reality isn't what it used to be*. HarperCollins e-Books.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The Dialogic Imagination: Four Essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. (2012). *Problemas de la poética de Dostoievski*. México, DF: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires, Argentina: Editorial LOHLÉ-LUMEN.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Barcelona, España: Amorrortu.
- Beach, L. R. (2016). *A new theory of mind: the theory of narrative thought*. Newcastle.
- Beck, A. T. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclee de Brower.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., y Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722–736. doi: 10.1037/a0033004
- Berger, P. L., y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Barcelona, España: Amorrortu.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Laertes.
- Botella, L., y Figueras, S. (1995). Cien años de psicoterapia: ¿El porvenir de una ilusión o un porvenir ilusorio. *Revista de Psicoterapia, VI*(24), 13-28. Recuperado de http://revistadepsicoterapia.com/repositorio/articulos/rp24_2.pdf
- Botella, L., Pacheco, M., y Herrero, O. (1999). Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 10*(37), 5–28. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/pensamiento-posmoderno-constructivo-y-psicoterapia.html>
- Bruner, J. (2009). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid, España: Alianza.
- Chiari, G., y Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist Psychotherapy: A Narrative Hermeneutic Approach*. Nueva York, NY: Routledge.
- Cronen, V. E., Johnson, K. M., y Lannamann, J. W. (1982). Paradoxes, Double Binds, and Reflexive Loops: An Alternative Theoretical Perspective. *Family Process, 21*(1), 91–112. doi: 10.1111/j.1545-5300.1982.00091.x
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares: terapia y cambio*. Barcelona, España: Paidós.
- Deleuze, G., y Guattari, F. (1997). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Demicheli, G. (1994). *Comunicación en Terapia Familiar Sistémica. Bosquejo de una epistemología cibernética*. Valparaíso, Chile: Ediciones Universidad de Valparaíso.
- Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona, España: Anthropos.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: a treatment manual*. Sussex, Reino Unido: Routledge.

- Ecker, B., y Hulley, L. (1996). *Depth-oriented brief therapy: how to be brief when you were trained to be deep—and vice versa*. Jossey-Bass Publishers.
- Elliott, K., Barker, K. K., Hunsley, J., Elliott, K., Barker, K. K., y Hunsley, J. (2015). Dodo Bird Verdict in Psychotherapy. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1–5). Hoboken, NJ, USA: John Wiley and Sons, Inc. doi: 10.1002/9781118625392.wbecp053
- Feixas, G., y Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia; reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. In H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Eds.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp. 33–68). Barcelona, España: Paidós.
- Feixas, G., y Neimeyer, R. (1991). La perspectiva constructivista: Un marco integrador para la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, (30), 7–33.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia. Biblioteca de psicología* (Vol. 3, rev). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2014). *La terapia cognitivo social: un enfoque constructivista*. Barcelona, España. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/56604/1/La terapia cognitivo social_un enfoque constructivista.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/56604/1/La%20terapia%20cognitivo%20social_un%20enfoque%20constructivista.pdf)
- Fernández-Álvarez, H., y Opazo, R. (2004). *La Integración en psicoterapia: manual práctico*. Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (1983). *El discurso del poder*. Folios Ediciones.
- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3ra ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Garrido-Domínguez, A. (2013). Lo inefable o la experiencia del límite. *Signa*, 22(22), 317–331.
- Gendlin, E. T. (1999). *El focusing en psicoterapia: manual del método experiencial*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K. J. (1976). Social Psychology as History. In *Social Psychology in Transition* (pp. 15–32). Boston, MA: Springer US. doi: 10.1007/978-1-4615-8765-1_2
- Gergen, K. J. (2006a). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K. J. (2006b). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K. J. (2015). *El ser relacional: más allá del yo y de la comunidad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayoin, A. (2013). Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia. Editorial Milenio.
- Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Barcelona, España: Amorrortu.
- Gonc' alves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- González-Meindez, H. (2001). *El paradigma personal: un modelo integrador en psicoterapia*. Caracas, Venezuela: Universidad de los Andes, Consejo de Publicaciones.
- Greenberg, L. S., y Paivio, S. C. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Greenberg, L. S., y Pascual-Leone, J. (1998). Un enfoque constructivista dialéctico del cambio vivencial. In Neimeyer, R.A. y Mahoney, M.J. (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 149–175). Barcelona, España: Paidós.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Guidano, V. F. (1994). *El sí-mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Hoyt, M. F. (1997). *Constructive therapies. Volume 1*. (M. F. Hoyt, Ed.). The Guilford Press.
- Hoyt, M. F. (1998). *Constructive therapies. Volume 2*. (M. F. Hoyt, Ed.). The Guilford Press.
- Ibañez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política Y Sociedad*, 40, 155–160.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.295
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2016). *La formulación en la psicología y la psicoterapia: dando sentido a los problemas de la gente*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Keeney, B. P. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona, España: Paidós.
- Kelly, G. (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. Routledge in association with the Centre for Personal Construct Psychology.
- Kuhn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Lyotard, J.-F. (1990). *La posmodernidad: explicada a los niños*. Barcelona, España: Gedisa.

- Lyotard, J. F. (1994). *La condición postmoderna: informe sobre el saber*. Madrid, España: Cátedra.
- Mahoney, M. (1988a). Constructive metatheory II: Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct*, 1(1), 299–317.
- Mahoney, M. (1988b). Constructivist Metatheory I: Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1(1), 1-35.
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva: una guía práctica*. Barcelona, España: Paidós.
- Mair, M. (1989). Kelly, bannister, and a storytelling psychology. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2(1), 1–14. doi: 10.1080/08936038908404734
- Mascolo, M. F., Craig-Bray, L., y Neimeyer, R. A. (1997). The construction of meaning and action in development and psychotherapy: An epigenetic systems perspective. In G. J. Neimeyer y R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology. Vol. 4* (pp. 3–38). Greenwich, CT: JAI Press.
- Maturana, H. (1989). Lenguaje y realidad: El origen de lo humano. *Arch. Biol. Med. Exp*, 22, 77–81. Retrieved from http://www.biologiachile.cl/biological_research/VOL22_1989/N2/Humberto_Maturana.pdf
- Maturana, H. R. (2005). *La objetividad: un argumento para obligar*. Santiago de Chile, Chile: J.C. Saiez editor.
- Maturana, H. R., y Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and Cognition: the Realization of the Living*. Springer Netherlands.
- Maturana, H. R., y Varela G., F. J. (1990). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Debate.
- McNamee, S., y Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Messer, S. (1986). Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *American Psychologist*, 41(1), 1261–1272.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 89, 5-50. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/la-perspectiva-narrativa-en-terapia-familiar-sistemica.html>
- Neimeyer, R. A. (2012). *Psicoterapia constructivista: rasgos distintivos*. Bilbao, España: Descleie de Brouwer.
- Neimeyer, R. A., y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones ICPSI. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Parei, D. A. (2013). *The practice of collaborative counseling and psychotherap: developing skills in culturally mindful helping*. Londres, Reino Unido: SAGE.
- Piaget, J. (1987). *Introducción a la epistemología genética*. Ciudad de México, México: Paidós Mexicana.
- Procter, H. (2002). Las construcciones de las personas y las relaciones. Recuperado de https://www.academia.edu/12260505/Las_construcciones_de_las_personas_y_las_relaciones_2002_?auto=download
- Procter, H. (2016). Relational Construct Psychology. In Wiley *Handbook of Personal Construct Psychology*, edited by David Winter and Nick Reed. Chichester: Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9781118508275.ch14
- Procter, H. y Ugazio, V. (2017). Family Constructs and Semantic Polarities: A Convergent Perspective. In Winter, D., Cummins, P., Procter, H., Reed N. *Personal construct Psychology at 60*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Ramírez, J. A. (1997). *Psicodrama: teoría y práctica*. Bilbao, España: Descleie de Brouwer.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Rodríguez Vega, B., y Fernaindez Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión*. Bilbao, España: Descleie de Brouwer.
- Seguí, J. (2015). *Mentalidad humana. De la aparición del lenguaje a la psicología construccionista social y las prácticas colaborativas y dialógicas*.
- Singer, J. A., Blagov, P., Berry, M., y Oost, K. M. (2013). Self-Defining Memories, Scripts, and the Life Story: Narrative Identity in Personality and Psychotherapy. *Journal of Personality*, 81(6), 569–582. doi: 10.1111/jopy.12005
- Spencer-Brown, G. (1994). *Laws of form*. Cognizer Co.
- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. *Family Process*, 26(2), 167–183. doi: 10.1111/j.1545-5300.1987.00167.x
- Tomm, K., St. George, S., Wulff, D., y Strong, T. (2014). *Patterns in Interpersonal Interactions: Inviting Relational Understandings for Therapeutic Change*. New York, NY: Routledge.
- Varela, F. (1996). *Conocer: las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Barcelona, España: Gedisa.
- Varela, F. (2000). *El fenómeno de la vida*. Santiago de Chile: Comunicaciones Noreste Ltda.

- Vattimo, G. (1987). *El fin de la modernidad: nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna*. Barcelona, España: Gedisa.
- Von Foerster, H. (1991). *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona, España: Gedisa.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry. Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 270–7. doi: 10.1002/wps.20238
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., y Fish, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, España: Herder Editorial.
- White, M. (2002). Addressing Personal Failure. *International Journal of Narrative Therapy y Community Work*, 3(3), 33–76.
- White, M. (2004). Folk Psychology and Narrative Practices. In L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Hand Book of Narrative and Psychotherapy* (pp. 15–52). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Winslade, J. (2009). Tracing Lines of Flight: Implications of the Work of Gilles Deleuze for Narrative Practice. *Family Process*, 48(3), 332–346. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01286.x
- Zlachevsky, A. M. (2003). Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas: Una Aproximación. *Revista Límite*, (10). Retrieved from <http://www.terapiasnarrativas.org/wp-content/uploads/2016/07/2003-Psicoterapia-sisteimica-narrativa-una-aproximacioin.pdf>
- Zlachevsky, A. M. (2012). Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa. *Revista de Psicología*, 21(2), 237–259. Retrieved from <http://redalyc.org/articulo.oa?id=26424861010>

CULPA Y PERDÓN EN PSICOTERAPIA

GUILT AND FORGIVENESS IN PSYCHOTHERAPY

Manuel Villegas Besora

Profesor jubilado, Universitat de Barcelona
Centro Itaca Barcelona

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2017). Culpa y perdón en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 149-167.

Resumen

Este artículo representa la trasposición a formato texto de los conceptos expuestos en el taller sobre “culpa y perdón”, desarrollado en el Congreso nacional de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) de 2016. Más allá de la carga religiosa o filosófica que pueda atribuirse a estos vocablos, se consideran los aspectos psicológicos implicados en estos conceptos, considerados desde el punto de vista del desarrollo y la regulación moral, en relación especialmente a su dimensión prosocial.

Palabras clave: culpa, perdón, psicoterapia

Abstract

This article represents the translation into text of the concepts presented in the workshop on “guilt and forgiveness” developed in the National Congress of ASEPCO in 2016. Beyond the religious or philosophical charge that can be attributed to these terms, we consider the psychological aspects involved in these concepts as moral development and moral regulation regarding especially their prosocial dimensions.

Keywords: guilt, forgiveness, psychotherapy



INTRODUCCION

Abordamos en esta presentación un argumento poco habitual en psicología y para muchos, sospechoso de contaminaciones religiosas o filosóficas, como es el de la “culpa y perdón en psicoterapia”. Reivindicamos, sin embargo, la legitimidad de este tema junto a otros muchos que la psicología científica o académica ignora o excluye de sus intereses, precisamente por la altísima frecuencia y el lugar destacado que ocupa en la problemática que presentan los pacientes en psicoterapia. Nos acompañan en esta reivindicación autores de diversa época y procedencia que reconocen abiertamente no solo el interés, sino la preeminencia de estas cuestiones en el desarrollo del proceso terapéutico, tales como Barcaccia y Mancini (2013), Buber (2007), Doherty (1997), Giusti y Corte (2009), Liotti (2005), Rottscafer (2005), Sorabji, R. (2014).

La naturaleza de esta exposición congresual nos obliga a ser breves, concisos y esquemáticos y aunque la complejidad de los temas tratados requeriría otro ritmo y otro contexto de mayor espacio mental para la reflexión, intentaré atenerme a estos criterios. Este artículo representa la trasposición a formato texto de los conceptos expuestos en la secuencia de diapositivas en que se apoya la exposición. Empezaremos, por tanto, por definir ni que sea de manera escueta algunos de estos conceptos fundamentales.

LA CULPA

Atribución a algún agente humano, natural, mecánico o sobrenatural de la causa de un mal. Ejemplos: por culpa del terremoto, del vecino, del tráfico, de la ambición, del diablo, de la mala suerte, de la inflación... se arruinó la empresa

El origen del concepto puede estar ligado al ámbito

- Legal o social (delito)
- Moral o religioso (pecado)
- Psicológico (Sentimiento, intencionalidad)

EL MAL

Se puede tener una doble perspectiva conceptual sobre el mal en relación a su aspecto material o formal

Aspecto material: ocasionar un daño a alguien, sustracción de un bien (hacer algo malo)

- Ofensa, robo, herida, muerte

Aspecto formal: actuar incorrectamente (hacer algo mal)

- Error, fallo, imperfección, descuido, imprudencia

La Maldad

A fin de evaluar el grado de maldad que implica una acción debemos tomar en cuenta tres variables: la agentividad, la ocurrencia y la intencionalidad (Figura 1).

Agentividad: quién comete el mal y en consecuencia a quién es atribuible la

responsabilidad

- Privada – individual (de individuo a individuo: maltrato en el seno de una pareja)
- Compartida – Grupal (de grupo a individuo o a grupo: situación de bullying en una escuela)
- Colectiva – Masificada (de grupos organizados colectivamente a individuos o grupos: Kukuxklán)
- Institucional: (de instituciones legalmente establecidas a individuos o grupos: la Santa (¿?) Inquisición)

Ocurrencia: la frecuencia con que se produce

- Sistémica (instaurada en el sistema: dictadura)
- Episódica (limitada a ciertos períodos: conflictos bélicos o sociales)
- Ocasional: (limitada a situaciones concretas: represión policial injustificada o desproporcionada)
- Accidental: (producida por una ocurrencia de variables incontroladas: imprudencia o descuido)

Intencionalidad:

- Voluntaria
 - o Premeditada (planificada: acto terrorista, secuestro, robo)
 - o Reactiva (pelea)
- Involuntaria (daño ocasionado accidentalmente sin intención ni planificación).



Figura 1

EL SENTIMIENTO DE CULPA

El fracaso en el cumplimiento de la perspectiva moral puede hallarse en la base del sentimiento de culpa. Éste se halla inscrito en la conciencia moral y se manifiesta en forma de ansiedad psicológica que puede derivar en múltiples síntomas. Esta ansiedad puede tomar diversas formas:

- Atrición (miedo al castigo)
- Contrición (comprensión del daño ajeno causado, acompañado de voluntad de reparación)
- Remordimiento (miedo al juicio negativo; narcisismo: amenaza para la buena imagen)

Tipos de culpa:

- Culpa moral (abandoné a mis hijos)
- Culpa legal (fraude fiscal)
- Culpa existencial (no debería haber nacido)
- Culpa neurótica (culpa del superviviente)

INCULPACIÓN

La inculpación se refiere a la autoatribución o heteroatribución de la culpa (Figura 2).

Puede provenir del exterior por imputación, acusación o sentencia

Puede provenir del interior por reconocimiento del mal, escrúpulo o remordimiento

O puede exculparse por negación de responsabilidad o atribución a terceros (proyección)

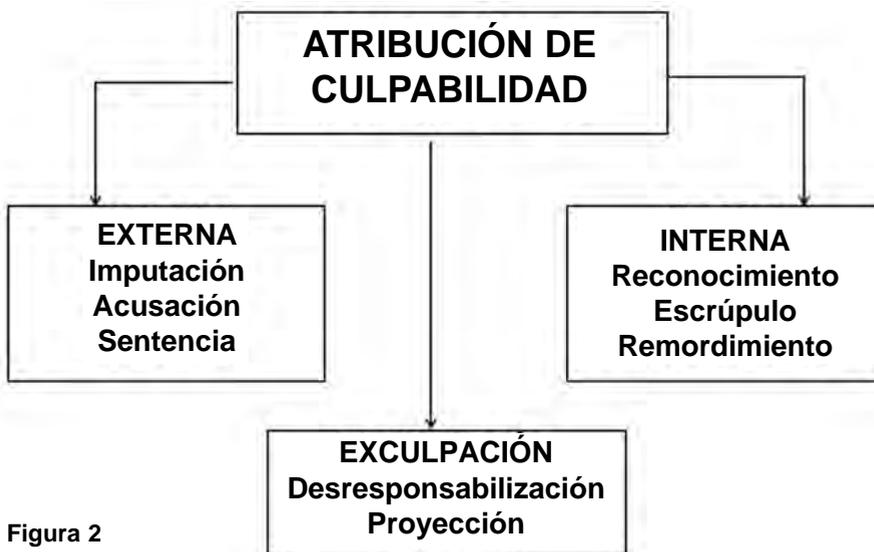


Figura 2

MOTIVOS O SITUACIONES QUE PUEDEN GENERAR CULPA

Los motivos o situaciones que pueden generar culpa son múltiples y variados. Ente ellos podemos señalar:

- causar daño a otra persona,
- hacer algo mal, equivocado o erróneo,
- herir sentimentalmente a una persona amada,
- manipular a los demás,
- fracasar en la consecución de algún objetivo,
- en el ámbito sexual, aparece la culpa cuando surgen sentimientos encontrados entre los impulsos sexuales y sus implicaciones morales,
- la anorexia o bulimia suelen ir acompañadas de sentimientos de desprecio del propio cuerpo, de autorrechazo y de culpabilidad,
- fallar en nuestras expectativas o a las de otra persona,
- atrevernos a decir NO,
- desear el mal a los demás,
- alegrarnos del mal ajeno,
- irritarnos con las personas a las que cuidamos,
- sentirnos incapaces de enfrentarnos a un problema,
- no atrevernos a tomar una decisión,
- sentirnos infelices y no saber qué,
- querer un cambio en la vida y no tener valor para llevarlo a cabo,
- los supervivientes de alguna tragedia, se suelen sentir culpables,
- las víctimas de violaciones pueden sentirse culpables haber sido incapaces de defenderse, o de prevenir la agresión, o incluso de haberse dejado seducir los violadores, mientras que el agresor no tiene sentimiento de culpa haber agredido.
- cuando se crece en un entorno donde se vive permanentemente en la culpa y se aprende que el bienestar de los demás es más limitante que el de uno mismo, entonces se siente un profundo sentimiento de culpa en el momento en que uno se ve feliz o agraciado.

La culpa del superviviente:

De todas estas motivaciones o situaciones no limitaremos a referir un caso clínico de culpa del superviviente. Se trata de Elena de 53 años que ha vivido con ese sentimiento de culpa desde los 19 años:

Elena: Yo la depresión creo que la vengo arrastrando desde que tuve el accidente de tráfico a los 19 años. Murió una amiga, que íbamos en el coche cuatro personas. La que se murió iba al lado del conductor y yo detrás de ella, luego yo me he echado la culpa. Yo en principio me hubiera gustado irme yo y no ella, y es como una culpa que... que no me la perdono, por mucho que lo he intentado.

Terapeuta: *¿Y por qué te sientes culpable de que ella muriera?*

E: *Porque yo pensaba que... pues, no sé, que ella tenía ya una vida hecha, tenía novio, estaba pensando en casarse, tenía muchos amigos...*

T: *Es como que ella tenía planes y tú no, y como tú no tenías planes te podías morir.*

E: *Sí, más o menos sí. Éramos jóvenes, entonces que se muriera ella me tocó mucho la fibra... Yo intento muchas veces, cuando pienso en el accidente pues, perdonarme, pero no puedo, no puedo.*

T: *¿Qué es lo que necesitarías para perdonarte?*

E: *No lo sé (silencio), porque lo pienso y luego tampoco soy capaz de sacar nada, es una culpa que la llevo ahí y ya está... Tampoco sé cómo afrontar ese problema y... yo me he planteado muchas veces perdonarme, pero... no, ahí la respuesta es siempre no. Siempre me he sentido culpable con ese problema. Sigo pensando que de alguna manera tuve culpa.*

T: *¿de qué manera tuviste culpa?*

E: *De no morirme yo, hacer el cambio, si me muero yo no me hubiera necesitado nadie, porque a mí tampoco me iban a echar en falta, y no me puedo perdonar, porque ella tendría que haber vivido y yo no, porque no pasaba nada si yo me moría, pero si ella se moría sí, entonces empiezo a darle vueltas y me quedo ahí, me quedo ahí.*

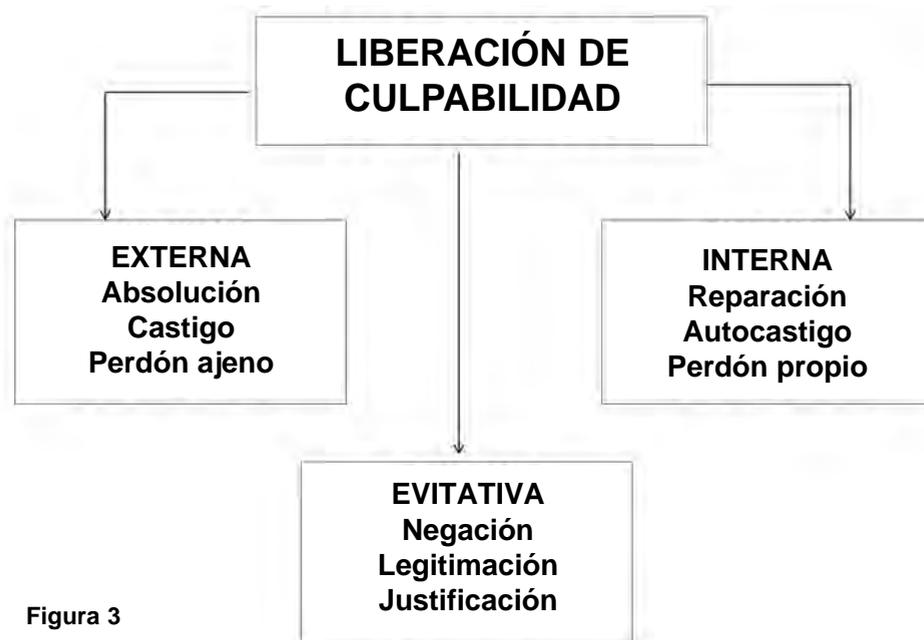
LIBERACIÓN DE CULPABILIDAD

Como la culpabilidad es un sentimiento desagradable existen mecanismos psicológicos orientados a liberarse de ella de las formas más eficaces posibles (Figura 3).

Algunas son externas, provienen del exterior, de alguna autoridad divina o humana que puede eximirnos de ella por absolución, perdón o reparación a través de un castigo.

Otras son internas, resultado de aplicarse a sí mismo el perdón o el castigo antes de que lo haga una autoridad externa, o bien intentando reparar el mal causado a terceros.

Finalmente existen las estrategias evitativas, orientadas a eliminar de raíz el sentimiento de culpabilidad, al negar, legitimar o justificar el mal causado, por considerarse con derecho a ejercerlo, por ejemplo en legítima defensa o por venganza.



REGULACIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA

Si en lugar de querernos quitar el sentimiento de culpa de encima, pretendemos poder regularlo adoptamos una perspectiva moral. La perspectiva moral se regula en función de dos criterios: el egocentrado y el alocentrado, tal como se deduce del texto de Antonio Damasio (2005): “*Nuestras vidas deben regularse no sólo por nuestros propios deseos y sentimientos, sino también por nuestra preocupación por los deseos y sentimientos de los demás, expresados como convenciones y normas sociales de comportamiento ético*”

CRITERIO EGOCENTRADO

El juicio moral se realiza solo en consideración de los propios deseos o necesidades, orientadas a la preservación de la propia existencia y la evitación de cualquier daño físico o simbólico que nos pueda poner en riesgo, a la vez que a establecer un balance favorable a nuestros intereses y a conseguir nuestros objetivos sin importar los medios. Desde el punto de vista evolutivo la formación del criterio egocentrado pasa por dos fases la prenómica y la anómica (Villegas, 2011, 2015)

1. Regulación prenómica de la culpabilidad

Prenomía, período neonatal desde los 0 a los 2 años.

Regulación por Necesidades. Anterior a cualquier ley: no hay ninguna conciencia de norma, por lo que la conducta no tiene referentes, es simplemente reactiva. Posición pasiva, necesitada y demandante. La *prenomía* se corresponde

con el primer nivel de desarrollo moral de total irresponsabilidad, entendida como incapacidad o inhibición absoluta para dar respuesta a las demandas propias y ajenas.

Existen tres estrategias básicas para la regulación prenómica de la culpabilidad, cuyo objetivo es protegerse de ella (Figura 4):

- Falta de reconocimiento o negación de la culpa: la acción dañosa no se construye como culpable; si es preciso se miente sobre la autoría o incluso se niega la existencia del mal.
- Proyección: atribución de la culpa a la fatalidad. Se reconoce la existencia del mal, pero se atribuye a la fatalidad o a la mala suerte.
- Victimización: irresponsabilidad ante el mal. El causante del mal se presenta como la víctima en lugar de agresor. Fenómeno frecuente en la culpabilización de la víctima.



2. Regulación anómica de la culpabilidad

Anomía, periodo evolutivo comprendido en la infancia entre los 2 y 6 años.

Criterio Egocentrado: Regulación por Deseos o Impulsos. En la medida en que los recursos motóricos, sensoriales, afectivos, cognitivos y lingüísticos del niño se van desarrollando sus necesidades se revisten de un impulso fuertemente egocentrado que dan origen al nacimiento del núcleo volitivo del niño. El niño empieza a querer, a estructurar su voluntad. No acepta la ley. Posición reactiva, se tiene que hacer su voluntad. Construye su yo al margen de la ley, conciencia de sí por oposición a los demás. (Figura 5).

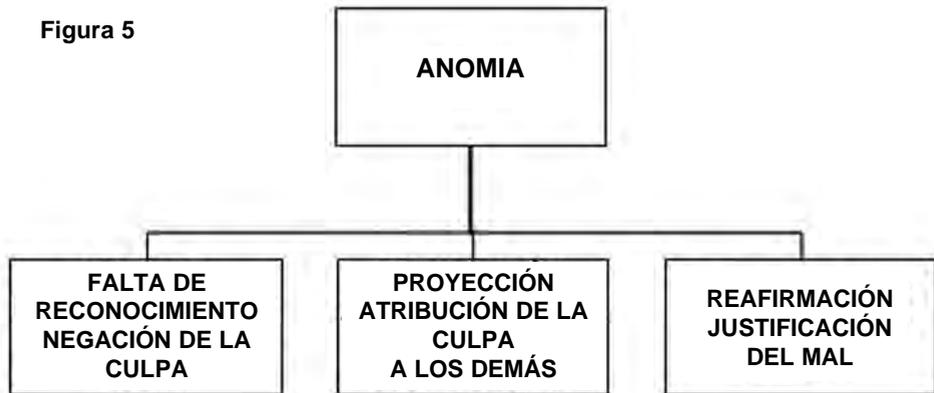
Existen tres estrategias básicas para la regulación anómica de la culpabilidad, cuyo objetivo es inhibirse o enfrentarse a ella:

- Falta de reconocimiento o negación de la culpa: la acción dañosa no se construye como culpable; si es preciso se miente sobre la autoría o incluso se niega la existencia del mal.
- Proyección: atribución de la culpa a los demás. Se identifican otros como

culpables directos de la comisión del mal, instigadores o provocadores del mismo.

- Reafirmación: justificación del mal. Se reconoce la autoría del mal, pero se justifica su ejecución en base a supuestos derechos: “la maté porque era mía”.

Figura 5



CRITERIO ALOCENTRADO

Se introduce en la formación del juicio moral la perspectiva ajena, tanto la normativa o legal, como la interpersonal, dando lugar a la conciencia de las normas o reglas impersonales (como por ejemplo las reglas del juego) o a la mayor o menor conveniencia de ciertas acciones o reacciones en nuestras relaciones con los demás (regulación interpersonal). Desde el punto de vista evolutivo la formación del criterio alocentrado pasa por dos fases la heteronómica y la sacionómica (Villegas, 2011, 2015)

3. Regulación heteronómica de la culpabilidad

Heteronomía, periodo evolutivo propio de la niñez, comprendido entre los 6 y 11 años.

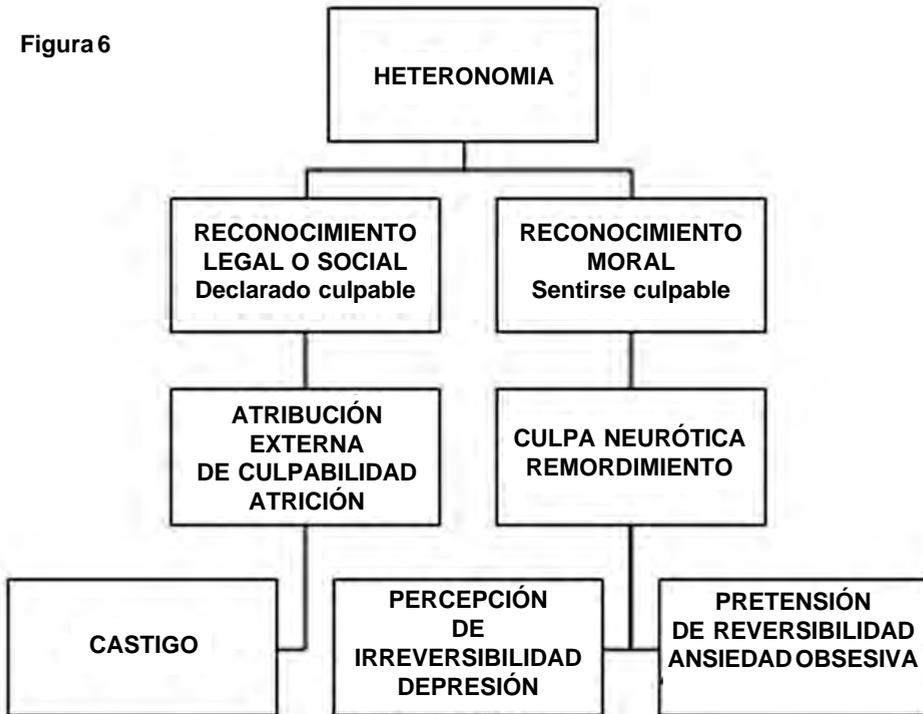
Criterio Impersonal o enajenado. Regulación por leyes, normas o Ideales. El criterio o juicio es impersonal, legal o social. La persona se regula por la norma (interna o externa), o por el juicio social (perfección, deber, obligación, culpa, vergüenza), relegando a un último lugar la espontaneidad del deseo.

Existen tres estrategias básicas para la regulación heteronómica de la culpabilidad, cuyo objetivo es evitar el sentimiento de culpa y el castigo, que en la eventualidad de un fracaso dan lugar a la formación de la culpa neurótica (Figura 6):

- Reconocimiento legal o social de la culpa, como cuando alguien es declarado culpable por una infracción. La persona reconoce un fallo o error. Atribución externa de la culpabilidad: atrición (miedo al castigo). Aceptando el castigo desaparece el sentimiento de culpa.

- Reconocimiento moral: Atribución interna: he sido malo. Sentimiento de culpabilidad. Remordimiento. Necesidad de perdón o absolución de la autoridad para liberarse del sentimiento de culpa
- Culpa neurótica. No hay perdón posible, debería haberlo evitado
 - o Percepción de irreversibilidad (depresión, posible suicidio)
 - o Pretensión de reversibilidad (ansiedad obsesiva, somatizaciones)

Figura 6



4. Regulación sacionómica de la culpabilidad

Socionomía: periodo evolutivo correspondiente a la pubertad o adolescencia, a partir de los 11 o 12 años en adelante.

Con el inicio de la adolescencia, la satisfacción de muchas de las necesidades afectivas, particularmente a través del enamoramiento y la amistad, regula las tendencias anómicas en relación a los coetáneos, lo que constituirá un elemento capital para la socialización. La norma o criterio de acción es predominantemente el de los demás, buscando su aprobación, primero, a través de la imitación, y su amor, después, a través de la entrega (amistad, enamoramiento).

Criterio prosocial o interpersonal, no se guía por la ley ni por los deseos, sino por la aceptación o el bienestar de los demás. Se distinguen básicamente dos modalidades sucesivas de socionomía:

- complaciente (agradar, ser aceptado)
- vinculante (establecer o mantener una relación)

Existen tres estrategias básicas para la regulación sionómica de la culpabilidad (Figura 7), cuyo objetivo es reconciliarse con los demás o restaurar la relación a través del perdón ajeno o reconciliación

- Reconocimiento interpersonal (confesión sincera de mis actos y motivos)
- Contrición: arrepentimiento (empatía con el dolor ajeno causado por mi culpa)
- Reparación del daño (empleando mis recursos en compensar el daño causado)

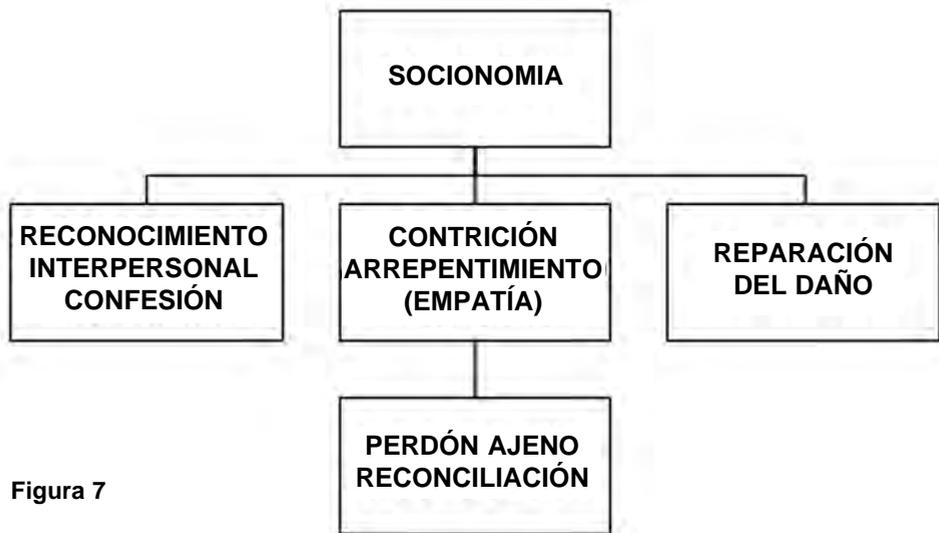


Figura 7

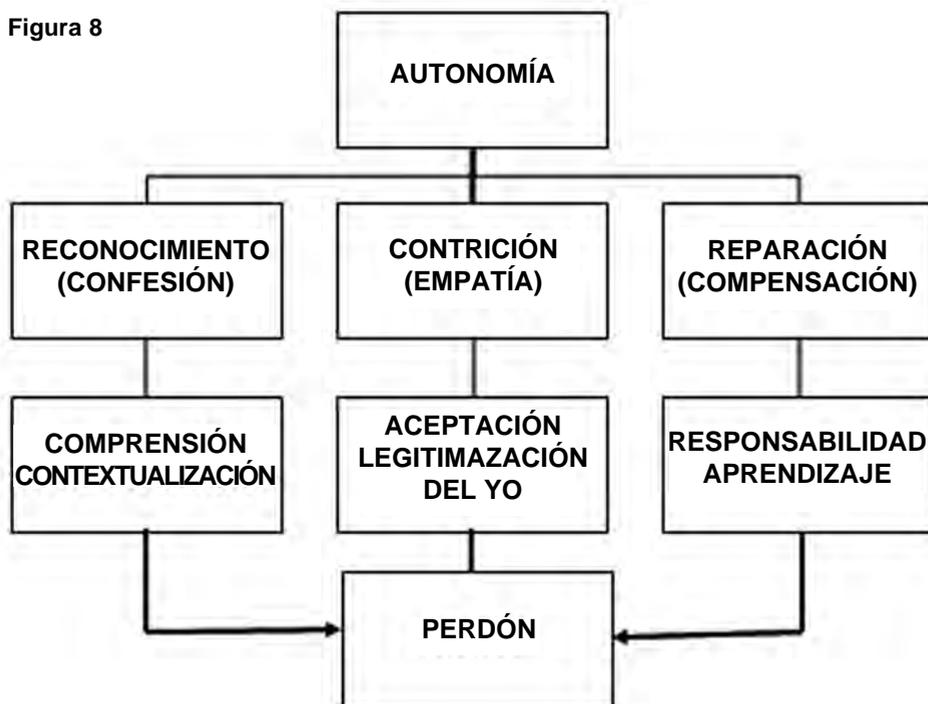
5. Regulación autónoma de la culpabilidad

La característica de la autonomía es el juicio propio. No corresponde a ningún periodo evolutivo en particular, aunque supone la formación de los anteriores criterios de regulación (Figura 8). La norma que regula el comportamiento es el criterio propio, de donde emana una experiencia subjetiva de libertad y coherencia. La autonomía se entiende como la capacidad de asumir la responsabilidad de los criterios de decisión y acción en función de las propias necesidades o deseos, integrando o contrariando, si es el caso, las dimensiones hetero- y sionómicas, sin que ello sea fuente de trastorno psicológico, aunque tal vez sí llegue a acarrear conflicto o incluso intenso dolor emocional.

Respecto a la gestión de la culpabilidad implica:

- Reconocimiento interpersonal. Confesión. Comprensión contextualización
- Contrición (empatía). Aceptación. Legitimación del yo
- Reparación (compensación). Responsabilidad. Aprendizaje

Figura 8



EL PERDÓN

La palabra *perdón* proviene del latín “per-donare” (don, donar, donación), que encuentra su réplica en la palabra inglesa “for-given”, y viene a significar “dar por dado o pagado”, gratuitamente, sin contrapartida, “algo que se debía”.

Su efecto es la liberación: se cancela una deuda, se condona una pena o castigo, se exime de una obligación, carga o compromiso, se exonera de una culpa. Este concepto tiene varios ámbitos de aplicación: religioso, jurídico, social, moral o interpersonal. Aquí lo consideramos únicamente desde el punto de vista psicológico, dentro del proceso hacia la autonomía.

Dada su etimología, relativa al concepto de don (algo dado), se puede considerar como un regalo, que se da gratuitamente a sí mismo o a los demás o que se recibe libremente de ellos. Pero a diferencia de otro tipo de regalos lo que se perdona es *algo que se debía*: el cumplimiento de una promesa, la reparación de una ofensa, la prestación de una atención, el pago de una deuda (del latín “debitum” del verbo “debere”). El lenguaje ordinario está lleno de referencias a esta deuda: “lo prometido es deuda”, “me debes una explicación”, “perdónanos nuestras deudas, así como nosotros perdonamos a nuestros deudores”, “me debes una (cena, visita, ronda, favor, etc., correspondencia en algo)”.

No se trata pues de un obsequio para agradar, complacer o sorprender, sino de la reparación de una injusticia o restitución de la justicia, restableciendo el principio

de equidad, lo que permite situar las relaciones en una simetría o paridad anterior a su desequilibrio producido por alguna ofensa o deuda. Es pues, por naturaleza, un acto reparador, cuyo efecto podría producirse con el pago de la deuda o con su liberación a través del perdón.

Con frecuencia existen prejuicios respecto a la idea o propuesta de perdón, debidos en parte a atribuciones religiosas o a supuestas manifestaciones de debilidad o superioridad por parte de quien lo otorga. Nada más lejos de la realidad: el perdón es una acomodación psicológica a una situación irreversible en la medida en que su aplicación beneficia más que perjudica al individuo o a la relación. Se beneficia el propio individuo liberándose de un pasado que le retiene anclado en algún sentimiento enajenante (rabia, resentimiento, humillación, fracaso, etc.), o se beneficia la relación, permitiendo su continuidad o restablecimiento. Si por el contrario, su evocación resultara en perjuicio, es preferible abstenerse siquiera de intentarlo. Para entender mejor lo que es el perdón tal vez sea adecuado empezar por definir lo que no es.

LO QUE NO ES EL PERDÓN

■ **Perdonar no es justificar.**

Uno de los primeros prejuicios contra el perdón es confundirlo con una justificación, como si perdonar estuviera supeditado a la negación previa del mal: “Te o me perdono, porque no hiciste nada malo, o si lo hiciste no querías hacerlo, o estabas borracho, o eras muy joven e inexperto, o tal vez lo que hiciste me lo merecía o no tiene importancia”. Si valieran las justificaciones o excusas, el perdón no se necesitaría para nada, puesto que no se habría roto el principio de equidad. No. Precisamente lo contrario, se perdona cuando se ha roto el principio de equidad. Esto no significa justificar el mal, que se puede o debe condenar, sino a la persona (uno mismo o el otro) a fin de restablecer la paridad o igualdad (“no se perdona el pecado, si no al pecador”). O se perdona la deuda, precisamente porque no se quiere mantener esta atadura con el deudor, con el que uno se quiere continuar relacionando o no.

■ **Perdonar no es olvidar**

Olvidar o no, es función de la memoria: ésta puede permanecer presente toda la vida. Quienes han estado en un campo de concentración o han sido víctimas de violación o ataque terrorista, o han sido abusados, abandonados o desprotegidos posiblemente no podrán olvidar nunca la experiencia vivida, puesto que este tipo de experiencias tienden a fijarse en la memoria hipocámpica. Desde el punto de vista evolutivo esta memoria ejerce una función protectora a fin de prevenir la repetición de experiencias como las sufridas en estas condiciones. Pero su recuerdo continuado puede estar interfiriendo en la vida actual, activando miedos o sentimientos de rencor o venganza que al fijar la vista atrás impiden seguir libremente hacia

adelante. Si bien borrar de la mente (*di-menticare*, en italiano) puede resultar imposible, resulta posible sin embargo dejar de *re-cordar* (volver a pasar por el corazón, continuar tiñendo de sentimientos) los acontecimientos del pasado. Perdonar por tanto no es una cuestión de la memoria o de la mente, sino del corazón. Quienes han superado traumas de este tipo presentan siempre tres constantes: no guardan sentimientos de rencor, han aprendido de su experiencia y han aumentado su capacidad de “compasión”. Han integrado, en una palabra, su experiencia.

■ **Perdonar no es una obligación**

Nadie está obligado a perdonar. Perdonar es un acto libre y liberador. Es lo contrario de un deuda: la deuda es una obligación (algo que nos liga a otro). Si perdonar fuera una acción obligatoria de nuevo se desequilibraría la equidad que se quería restablecer. Perdonar sólo tiene sentido si se siente como una acción equilibradora: en el momento que se llevara a cabo por presión interna o externa, religiosa o social, de nuevo se produciría una supeditación a un poder desigual, como los niños que se pelean en el patio del colegio y deben perdonarse por imposición de la maestra, dándose un beso o encajando las manos. Perdonar nunca puede ser una obligación, aunque a veces se convierte en una necesidad del espíritu.

■ **Perdonar no es debilidad**

Aunque a ojos de algunas personas que confunden la fortaleza con la venganza, pueda parecer un acto de debilidad, en realidad perdonar es más bien un acto de magnanimidad, literalmente de un espíritu fuerte y grande. Perdonar por miedo, sería un acto de cobardía y sumisión y en lugar de restablecer la equidad, lo que haría sería confirmar la supeditación al ofensor. Se trataría, en cualquier caso, de un acto de apaciguamiento, ritual muy frecuente entre individuos de una misma especie en el mundo animal, a través del reconocimiento de la superioridad del otro a fin de evitar nuevos ataques, como sucede habitualmente, aunque en vano, en las relaciones de maltrato o violencia doméstica.

■ **Perdonar no es superioridad**

Otro prejuicio que ha interferido en la disposición a perdonar es interpretarla como efecto de una posición de superioridad. La magnanimidad no es superioridad, es generosidad. No se perdona desde la superioridad, sino para restablecer la paridad, supliendo con generosidad el desequilibrio que ha generado la injusticia. Esta generosidad permite cortar de raíz un déficit que tal vez nunca podría ser colmado y llenarlo en su lugar de bienestar.

■ **Perdonar no es caridad**

Se puede hacer para librarse o librar al otro de la deuda, pero no para que se sienta bien o tranquilo, sino para liberar la relación de cualquier enganche que nos pueda perjudicar. No es una limosna que damos a un pobre, sino una deuda que

dejamos de reclamar, porque no queremos que interfiera entre nosotros o bien porque queremos restablecer la relación o bien porque queremos desprendernos totalmente de cualquier lazo que nos ate a ella.

■ **Perdonar no es tolerancia con el mal**

Frecuentemente se cuestiona el perdón como si significara una connivencia o tolerancia con el mal. Por ejemplo cuando por motivos de pacificación política hablamos de perdón en el caso de terrorismo político o discriminación e injusticia racial. Perdonar no significa estar de acuerdo con el mal, sino liberarnos del padecimiento de haberlo sufrido inevitablemente.

¿QUÉ ES EL PERDÓN?

Perdonar es un proceso de duelo. Duelo por el daño o pérdida experimentada en un momento dado del pasado. Daño que muchas veces ya está curado o reparado, pero cuyas consecuencias emocionales, rabia, resentimiento, rencor, venganza, arrastramos con nosotros mucho más allá de los acontecimientos. Por eso perdonar supone una renuncia, y en ese sentido una pérdida con su correspondiente duelo, a sentimientos que experimentamos en el presente pero cuyo origen se remonta al pasado.

■ **Perdonar es renunciar a la rabia**

La rabia es una emoción natural frente a la frustración o la injusticia. Está dirigida a liberarnos de ella o a defendernos del mal en la inmediatez de la experiencia. Pero si se extiende más allá en el tiempo se convierte en rencor, un sentimiento negativo que nos liga al pasado. Se alimenta del recuerdo y a su vez lo alimenta, avivando la rabia como si se tratara de una situación actual de la que tenemos que defendernos todavía hoy. Perdonar significa liberarse de la rabia: aceptar que alguien nos pudo hacer daño en el pasado y que en aquel momento no pudimos defendernos, pero que ahora tampoco podemos puesto que el momento ya pasó. Hacerlo ahora en realidad no sería defendernos sino atacar de nuevo y a esto se le llama “venganza” que como suele decirse “es un plato que se sirve frío”

■ **Perdonar es renunciar a la venganza.**

La venganza intenta establecer un principio de justicia equitativa equilibrando una pérdida con otra pérdida, un mal con otro mal. Se halla en la base del código de Ammurabi (1750 a C.) y de otros códigos antiguos donde el principio de equidad (igualdad) se entiende a la baja: “ojo por ojo y diente por diente”. En términos transaccionales podría enunciarse con la fórmula “yo estoy mal, tú estás mal”. De este modo se entiende la reparación como la generación de un nuevo daño, no como la generación de un bien. Con ello no sólo aumenta el sufrimiento en el mundo, sino que se evita la posibilidad de extraer cualquier tipo de aprendizaje. El castigo puede comprenderse en el contexto de la venganza, puesto que no repara, sino sólo causa

otro daño más que añadir a la lista. En el pasado algunas formas de venganza, como el duelo a muerte, suponían la posibilidad de otorgar al azar o a la puntería la capacidad de restituir el honor, con la muerte estúpida de ambos o de uno de los dos, a veces el ofendido en lugar del ofensor. Aunque parezca paradójico la venganza nos liga emocionalmente al ofensor, otorgándole un poder sobre nosotros; como dice Sandor Marai: “Mientras anhelas venganza, el otro se frota las manos, porque venganza significa también deseo, la venganza es una atadura”.

■ **Perdonar es renunciar a la victimización**

Sentirse víctima tiene una ganancia psicológica que muchas personas se niegan a perder. Significa que podemos permanecer a la espera de una reparación que nos debe la otra persona, la sociedad entera o incluso el universo. Esto nos excusa de hacer frente a las consecuencias de los acontecimientos, justifica mantenernos en la pasividad y nos concede el derecho a quejarnos indefinidamente. Nos otorga el poder de tener guardados en la caja fuerte del resentimiento los pagarés que nos debe el mundo, pero que nunca vamos a cobrar porque la cifra que está escrita en ellos es un número infinito que garantiza la deuda a perpetuidad. Recibir el pago completo de la deuda significaría dejar de ser víctimas para siempre.

■ **Perdonar es renunciar a la deuda**

Existen deudas que pueden pagarse y otras que no. Éstas últimas sólo tienen, a diferencia de una hipoteca, una forma de cancelarse: el perdón. Esto es lo que hemos aprendido a repetir en el *Padre nuestro* desde nuestra infancia: “perdónanos nuestras deudas, así como nosotros perdonamos a nuestros deudores”. Mientras nos consideramos agraviados, humillados o desaventajados, es decir nos mantenemos en la posición victimista, la deuda subsiste y la expectativa de resarcimiento mantiene la ilusión de la reparación.

■ **Perdonar es renunciar a la reparación**

Reparar significa volver una cosa a su estado originario o sustituirla por su equivalente. En un sentido mecánico (un coche) es posible una reparación de este tipo, puesto que todas las piezas de serie son exactamente las mismas. Pero en el ámbito sentimental o moral una reparación no puede ser nunca exactamente la misma cosa. Muchas parejas pretenden que su relación fuese como antes, por ejemplo, de una infidelidad; pero eso no es posible: será mejor o peor, pero no igual, porque esa u otras experiencias son transformadoras para bien o para mal y no pueden obviarse. A veces esta reparación no se centra en el ser o el tener, sino en el comprender. Las personas quieren comprender por qué han sucedido las cosas. Es una legítima aspiración, pero no siempre posible, porque la propia persona no lo sabe o no lo quiere decir. En ese caso perdonar requiere también renunciar a comprender. No se trata de comprender, sino de aceptar.

Perdonar es un proceso de liberación

■ **Liberación del pasado.**

Liberación de aquellos sentimientos que nos atan a experiencias anteriores y nos impiden avanzar centrándonos en el presente y mirando al futuro. Conducir con la vista puesta en el retrovisor nos lleva a la paralización o al choque inevitable. Por eso perdonar requiere aceptar el pasado sin pretender cambiar lo que fue, puesto que no volverá. Como dice el proverbio: “Agua que no has de beber, déjala correr”. Cuando se quiere detener el tiempo se estanca como el agua, y el agua estancada se pudre.

■ **Liberación del dolor.**

El recuento incansable del pasado reaviva las heridas e impide que esas se cierren por lo que el dolor no cesa y éste continúa generando sentimientos de rabia, rencor y frustración. Perdonar permite cerrar las heridas, que éstas cicatricen y que su señal se vaya borrando con el paso del tiempo.

■ **Liberación del resentimiento.**

El rencor, el resentimiento, la rabia son sentimientos rumiativos que tienden a amargar el espíritu y contaminan cualquier tipo de vivencia o relación presente, reavivando constantemente el pasado. Perdonar significa liberarse de esta rumiación amarga que entristece la mirada a la vez que la enciende con el fuego de la ira.

■ **Liberación de la culpa.**

El sentimiento de culpa propia o ajena atribuye la causa de los males a los otros o a nosotros mismos, personalizando su origen y pretendiendo con ello justificar los sentimientos de rabia o rencor. Perdonar implica liberarse de esta práctica de atribución a fin de hacerse cargo de los hechos y sus consecuencias más que perder el tiempo inculpando o exculpando a alguien, como si ello los pudiera hacer reversibles. Se puede sentir culpa por haber causado algún mal (daño), por haber hecho algo mal (error) o haber dejado de producir un bien (fallo u omisión).

QUÉ, CUÁNDO, CÓMO Y A QUIÉN PERDONAR

Perdonar se hace extensible, por tanto, a todas las formas activas o pasivas de causar daño por comisión, error u omisión: deudas, fallos, errores, injusticias, olvidos y perjuicios cometidos contra uno mismo o contra los demás. Siempre en el bien entendido que no es una obligación ni un requisito moral, sino una liberación del pasado para poder vivir el presente y mirar al futuro. Por eso no tiene mucho sentido preguntar cuántas veces hay que perdonar como hicieron los discípulos a Jesús: ¿siete veces, setenta veces siete, siempre? Hay una sola respuesta para ello: “cuando nos sintamos verdaderamente dispuestos”. Sólo bajo esta condición el perdón podrá ser sincero, completo y generoso y, en consecuencia, liberador.

PEDIR Y DAR PERDÓN

No es fácil pedir ni otorgar perdón, puesto que tanto el uno como el otro acto requieren una posición de humildad y sinceridad. Humildad y sinceridad para que el acto de pedir perdón merezca ser atendido. Humildad y sinceridad para que el acto de conceder el perdón sea reconciliatorio y sirva para restablecer la relación en plano de igualdad. Pedir o dar perdón, sin embargo, no tienen por qué tener necesariamente una finalidad reconciliatoria. A veces la relación se ha roto para siempre y no es deseable volver a establecerla o simplemente es imposible, puesto que la persona objeto de tales actos ya no se halla presente o, al menos, está fuera de nuestro alcance. El perdón se puede pedir u otorgar igualmente, aunque sea en espíritu, puesto que su objetivo es liberar a las personas de los sentimientos que las ligan a las personas, las acciones o las experiencias del pasado. En consecuencia no es, pues, necesario ni conceder ni recibir el perdón, ni siquiera comunicar la intención de pedirlo o recibirlo para que éste se verifique: basta con sentirlo de la forma más sincera y genuina en el coto de la propia intimidad.

PERDONARSE A SÍ MISMO. EL PERDÓN COMO PROCESO HACIA LA AUTONOMÍA EN PSICOTERAPIA

Perdonarse a sí mismo requiere, en primer lugar, un reconocimiento del mal causado, acompañado de un sentimiento de empatía hacia la persona que ha sido objeto de nuestra ofensa. Este sentimiento se llama de contrición, en oposición al de atrición, porque no se centra en el miedo a la pérdida o al castigo, sino en el dolor ajeno con el que se establece una conexión emocional. Este sentimiento lleva a una actitud compensatoria o reparadora a fin de disminuir la influencia del mal con la producción de un bien. A su vez requiere una actitud de disponibilidad a la enmienda o aprendizaje por cuanto la persona se responsabiliza de sus acciones y quiere comprender qué le ha llevado a la producción del mal a fin de poder anticiparse a su comisión en sucesivas ocasiones. Esta comprensión puede facilitar la aceptación de sí mismo, legitimando el propio yo, a pesar de sus fallos y debilidades. El conjunto de todas estas operaciones para regular el sentimiento de culpabilidad desde un posicionamiento autónomo constituye el perdón: al menos el perdón que uno puede otorgarse a sí mismo.

✓ CONCLUSIÓN

Perdonar no es un acto obligatorio, sino liberador. Sus beneficios son evidentes tanto a nivel

- psicológico (nos libra de sentimientos rumiativos como el rencor, el resentimiento o la rabia y nos libera del pasado)
- interpersonal (nos permite la reconciliación, siempre que ésta sea deseable y deseada, al menos por una de las partes)
- espiritual (nos permite gozar de una mayor amplitud de espíritu)
- moral (nos hace sentir dignos y capaces de regularnos sin el lastre de la

culpa)

Y como decía una ex-presa de un campo de concentración nazi el perdón es la mejor terapia

- Es gratuita
- No tiene efectos secundarios
- Nos libera del pasado y nos abre al futuro

Referencias bibliográficas:

- Barcaccia, B. y Mancini, F. (2013). *Teoria clinica del perdono*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Buber, M. (2007). *Colpa e sensi di colpa*. Milán, Italia: Apogeo.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona, España: Crítica.
- Doherty, W. (1997). *Scrutare nell'anima. Responsabilità morale e psicoterapia*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Giusti, E. Corte, B. (2009). *La terapia del per-dono. Dal risentimento alla riconciliazione*. Roma, Italia: Sovera.
- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma, Italia: Carocci.
- Rottscaefer, W.A. (2005). *Biologia e psicologia dell'azione morale*. Milán, Italia: McGraw Hill.
- Sorabji, R. (2014). *Moral Consciens through the ages*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Pres.

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA DE PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN AUTISMO

PERSONAL STYLE OF THE THERAPIST OF PSYCHOLOGIST WHO WORK WITH AUTISM

Leandro Casari¹, Fernanda Assennato², Sofía Grzona²

¹: INCIHUSA – CONICET CCT Mendoza, Argentina. Pontificia Universidad Católica Argentina

²: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Casari, L., Assennato, F. y Grzona, S. (2017). Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en autismo. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 169-188.

Resumen

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) es un constructo con múltiples dimensiones que se encuentra en un proceso terapéutico, y detalla diferentes funciones, las cuales expresan disposiciones, rasgos y actitudes que el terapeuta muestra en su ejercicio profesional. Los objetivos de la investigación fueron: analizar si existen diferencias en el Estilo Personal del Terapeuta entre los Psicólogos que trabajan con Trastornos del Espectro Autista y aquellos que se dedican a la Psicología Clínica en general, y examinar el efecto del enfoque teórico sobre el EPT en cada grupo de trabajo. La muestra de este estudio estuvo conformada por 64 psicoterapeutas divididos en dos grupos: 32 dedicados al trabajo en TEA y los restantes a la clínica en general. Como instrumento se aplicó el Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta. A nivel de resultados se obtuvieron diferencias significativas en la función de Involucración ($p < .05$), donde los terapeutas de niños con TEA obtuvieron puntajes superiores. Por otro lado, el enfoque teórico manifestó resultados significativos sobre el EPT en ambos grupos de terapeutas, en las funciones Atencional y Expresiva, y exclusivamente en los terapeutas de autismo en la función Operativa.

Palabras clave: estilo personal del terapeuta, psicoterapia, trastornos del espectro autista, psicoterapeutas.

Abstract

The Personal Therapist Style (PST) is a multi-dimensional construct present in the therapeutic process, and details distinct functions, which express dispositions, traits and attitudes that the therapist shows in his professional practice. The objectives of the research were: to analyze if there are differences in the PST between psychologists working with Autistic Spectrum Disorders (ASD) and those working in General Clinical Psychology, and to examine the effect of the theoretical approach on PST in each workgroup. The sample of this study was made up of 64 psychotherapists divided into two groups: 32 dedicated to work in ASD and the remainder to the clinic in general. The Therapist Personal Style Questionnaire was used as instrument. As a result, there were significant differences in the Engagement function ($p < .05$), where the therapists of children with ASD obtained higher scores. On the other hand, the theoretical approach showed meaningful results on PST in both groups of therapists, in the Attentional and Expressive functions, and exclusively in autism therapists in the Operative function.

Keywords: personal style of the therapist, psychotherapy, autism spectrum disorders, psychotherapist.

Fecha de recepción: 10-7-2017. Fecha de aceptación v1: 3-9-2017. Fecha de aceptación v2: 28-9-2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar

Dirección postal: INCIHUSA – CONICET CCT Mendoza, Argentina. Pontificia Universidad Católica Argentina

© 2017 Revista de Psicoterapia



El Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT) surge como constructo en el año 1998, donde se lo define del siguiente modo:

(...) un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a trabajar en un modo particular en su trabajo. Se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea (Fernández-Álvarez, García y Schreb, 1998, p. 352, la traducción nos pertenece).

El constructo se compone de cinco funciones que interactúan a lo largo del proceso terapéutico variando su peso relativo y se expresan como una unidad. También se aclara que estas funciones no cubren todas las acciones que provienen del terapeuta, pero son altamente representativas. Las mismas son bipolares, ya que se expresan en un continuum de valores extremos y los terapeutas generalmente se ubicarían en un punto específico de cada dimensión (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003).

De acuerdo con los autores, las funciones del EPT son cinco: Instruccional, Atencional, Operativa, Expresiva e Involucración.

La función Instruccional está relacionada a la manera de estructurar el encuadre terapéutico, donde los polos son representados por actitudes de flexibilidad o rigidez. Incluye las reglas acerca de las tareas que se realizarán durante las sesiones, como también a lo largo de la terapia, como por ejemplo horarios, honorarios, lugar, y todos los aspectos relacionados al contrato terapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2003). Los hallazgos de las investigaciones en el EPT muestran que la función Instruccional estaría vinculada a la alianza terapéutica (Corbella et al., 2007), a variables de personalidad del terapeuta tales como la teoría de la mente o su patrón de apego (Corbella et al. 2009 a), y también a factores profesionales del terapeuta como la duración del tratamiento predominante o enfoque teórico (Vázquez y Gutiérrez, 2015). Sin embargo, es la función del EPT que más inconvenientes ha arrojado en su operacionalización en diversos estudios psicométricos (Silva y Guedes, 2016).

La función Atencional abarca los modos en que el terapeuta busca información terapéutica, donde las acciones básicas son escuchar y preguntar (Fernández Álvarez et al., 2003). Las posibles polaridades son: atención abierta, que implica una actitud pasiva y receptiva, con menor cantidad de intervenciones para recopilar información (Fernández-Álvarez y García, 1998); y, atención focalizada, donde los terapeutas toman una postura más activa y específica en su búsqueda de información. A nivel de resultados, la función Atencional ha mostrado estar vinculada a variables profesionales del terapeuta, tales como experiencia, entrenamiento, enfoque teórico, concepción epistemológica y duración predominante de los tratamientos (Casari, Albanesi y Maristany, 2013; Grzona, Muñoz, Casari y Videla, 2016; Lee, Neimeyer y Rice, 2013; Vázquez y Gutiérrez, 2015), también se ha relacionado con variables de personalidad de los mismos, como por ejemplo el

estilo de apego y dirección de intereses (Genise, 2015; Genise y García, 2016), y con aspectos demográficos tales como el sexo y la edad (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, 2008). También se reportaron hallazgos acerca de su relación con la alianza terapéutica (Hermosa-Bossano, 2010).

La función Operativa, también llamada de Implementación Instrumental, es definida como “las acciones directamente conectadas con las intervenciones terapéuticas específicas” (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 119, la traducción nos pertenece). Aquí los terapeutas pueden optar por un rol directivo en sus abordajes, señalando e indicando los caminos a seguir (como en los manuales de tratamiento), o bien, utilizan un modo opuesto caracterizado por ser flexible y con mayor participación del paciente en el proceso, más común en abordajes que apuntan a la personalidad global del paciente (las polaridades de la función Operativa son: pautado – espontáneo). La función Operativa es sensible para percibir diferencias entre terapeutas según las siguientes variables: enfoques teóricos (Casari et al., 2013), años de experiencia (Castañeiras, García, Lo Bianco y Fernández-Álvarez, 2006), inclinación constructivista o racionalista de trabajo (Lee et al., 2013), personalidad (Genise, 2015) y edad (Castañeiras et al., 2008). También posee relaciones con la alianza terapéutica al interactuar con la resistencia del paciente (Corbella et al., 2007).

La función Expresiva puede ser entendida como las “acciones realizadas por el terapeuta para asegurar la comunicación emocional con el paciente. Es uno de los aspectos centrales de la empatía.” (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 118, la traducción nos pertenece). También puede considerarse la manera afectiva en que el terapeuta se relaciona con sus pacientes. Esta función explora la distancia comunicacional que cada profesional tiende a establecer con su paciente y se refleja en la intensidad de los intercambios emocionales que éste fomenta, o en el nivel de tolerancia hacia la exposición de sus propias emociones. Las polaridades de la misma oscilan entre baja y alta proximidad emocional. Como variable, ha demostrado relaciones significativas con: enfoque teórico (Casari et al., 2013), experiencia profesional (Castañeiras et al., 2006), concepción epistemológica (Lee et al., 2013) y personalidad (Genise, 2015). Así como también, se encontraron vínculos con la alianza terapéutica (Moya, 2015).

La función de Involucración es definida como “el conjunto de conductas explícitas e implícitas conectadas con el compromiso del terapeuta con su tarea en general y, en particular, con sus pacientes” (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 118, la traducción me pertenece). Incluye no sólo el grado de involucración del terapeuta con sus pacientes, sino el lugar que su trabajo ocupa en el resto de su vida. Las polaridades de la misma oscilan entre baja y alta involucración. Los terapeutas con bajo nivel son aquellos que toman una actitud más distante, y que involucran pocos aspectos de su vida personal en el trabajo, a nivel de tiempo, relaciones familiares y personales, expectativas económicas y prestigio social en general; mientras que el otro extremo, está dado por terapeutas cuya actividad está mucho más implicada

en su vida personal. La función de Involucración ha detectado asociaciones significativas con variables del terapeuta tales como: enfoque teórico (Casari et al., 2013), concepción epistemológica (Lee et al., 2013), entrenamiento profesional (Corbella et al., 2009 b) y personalidad (Genise, 2015).

Desde el inicio formal del constructo teórico en el año 1998 hasta la actualidad, pueden encontrarse más de 60 publicaciones diferentes, realizadas en diversos medios y sobre variadas temáticas (Casari, Albanesi, Maristany y Ison, 2016). Una de las líneas de investigación está relacionada al tipo de patología con la cual el profesional trabaja.

En la definición original del constructo EPT, se aclaraba que a pesar de su carácter estable el mismo podía modificarse en función de otros aspectos, de acuerdo con el tipo de paciente, patología y contexto en el cual se desarrollara la psicoterapia (Botella y Corbella, 2005). Es decir, existía una conjetura de que el EPT podía ser sensible a percibir diferencias estilísticas cuando se compararan terapeutas que trabajan con patologías específicas (y en instituciones especializadas). Entonces, desde el año 2006 se han publicado hasta el momento cinco investigaciones diferentes que se encargaron de estudiar el EPT en terapeutas de: neonatología (Vega, 2006), pacientes de severamente perturbados (Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, 2006), problemáticas relacionadas al maltrato infantil (Casari, Magni y Morelato, 2014), pacientes con enfermedades oncológicas (Gómez, 2015), y pacientes drogodependientes (Casari, Ison, Albanesi y Maristany, 2017).

En los estudios nombrados se realizó una metodología similar: se compararon dos o más grupos de terapeutas, donde uno estaba abocado al tratamiento de una patología específica (la mayoría de las veces pertenecían a instituciones especializadas), mientras que el segundo (o tercer) grupo eran psicólogos clínicos sin una dedicación específica a un tipo de patología a tratar. Si bien la cantidad de participantes a comparar no siempre fue exacta, sí se intentaba homologar los grupos en función de variables socio demográficas y profesionales (controlando igual proporción por sexo, edad, etc.). Luego se empleaba una prueba estadística para cumplir el objetivo de analizar la presencia de diferencias significativas en las funciones del EPT-C.

Rial et al. (2006) estudiaron el perfil de los terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados (en adelante PSP), que provenían de centros psiquiátricos públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires y Mar del Plata, Argentina. Como resultado, los terapeutas del grupo en estudio se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, con una menor involucración, y más pautados operativamente. También se indagó si al comparar terapeutas de distintas orientaciones teóricas pero que trabajaban en el mismo subgrupo (PSP o control), presentarían diferencias estadísticamente significativas en las funciones del EPT. Se encontraron tres resultados significativos, en las dimensiones Atencional, Expresiva y de Involucración en el subgrupo

de profesionales dedicados a la atención de PSP (n= 30), donde en todos los casos los terapeutas cognitivo – integrativos (n= 18) obtuvieron valores superiores a sus colegas psicoanalíticos (n= 12). Esto implica que los mismos serían más focalizados en su atención, cercanos emocionalmente y con un mayor grado de compromiso.

En el mismo año, Vega (2006) publica su investigación con terapeutas de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (en adelante UCIN) de instituciones sanitarias de distintos lugares de Argentina. A nivel de resultados, se encontró una única diferencia significativa entre ambos subgrupos donde los terapeutas de las UCIN obtuvieron valores inferiores en la función Instruccional, lo cual implica mayor flexibilidad para establecer el encuadre de trabajo. No se encontraron diferencias significativas al comparar por enfoque teórico.

Casari et al. (2014) indagaron el EPT en profesionales que trabajaban en la atención de casos clínicos relacionados al maltrato infantil de la provincia de Mendoza, Argentina. En el análisis comparativo de diferencias de medias, se encontró que los psicólogos del grupo en estudio presentaron valores significativamente inferiores en la función Expresiva, lo cual implica mayor distancia en la comunicación emocional.

Un año después, Gómez (2015) indagó el perfil de terapeutas que trabajan en psico-oncología. Como resultado encontró diferencias significativas en las funciones Instruccional y Atencional, siendo inferiores. En el análisis por enfoque teórico, se encontraron diferencias con significación estadística entre las orientaciones en tres de las funciones terapéuticas: Atencional, Operativa y Expresiva.

Por último, Casari et al. (2017) indagaron el perfil del EPT en terapeutas que trabajaban en instituciones de atención en adicciones. Como resultado, se encontraron diferencias significativas en la función Expresiva e Instruccional, lo cual indica una mayor distancia emocional y un incremento en la rigidez del encuadre terapéutico en los terapeutas de pacientes drogodependientes.

Siguiendo en la línea del estudio del EPT en terapeutas que trabajan en diferentes poblaciones clínicas, una de las que no ha sido estudiada aún y podría presentar un estilo característico de trabajo, serían los terapeutas de niños con trastorno del espectro autista (TEA).

La conceptualización de TEA es reciente, debe su origen a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2014). Se empleó para reemplazar la antigua categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo, para referirse a un continuo que va desde cuadros leves a más graves, incluyendo el Autismo, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (Serna, 2014).

El autismo es un trastorno complejo de naturaleza biológica del desarrollo infantil, con manifestaciones, causas y grados de gravedad muy variables. El mismo es un espectro de trastornos caracterizados por graves déficit del desarrollo, permanente y profundo. Afecta la socialización, la comunicación, la imagina-

ción, la planificación y la reciprocidad emocional, y posee conductas repetitivas o inusuales. Los síntomas, por lo general, son la incapacidad de interacción social, el aislamiento y las estereotipias (Camino y López, 2006).

Si bien existen criterios comunes para el diagnóstico de TEA, parámetros como el nivel de inteligencia o el desarrollo del lenguaje influye en la amplia variación que puede encontrarse a nivel clínico (Fusar-Poli et al., 2017)

En relación a las dificultades en la comunicación, especialmente en el lenguaje expresivo (APA, 2014; Cadigan y Misal, 2007; Lane, Shepley y Lieberman-Betz, 2016), con las nuevas técnicas diagnósticas para la detección temprana de TEA, se ha podido estudiar el lenguaje de niños (Kim, Junker y Lord, 2014) encontrando que el desarrollo del mismo se relaciona con la disminución en los comportamientos restrictivos y repetitivos (Lane et al., 2016; Pry, Petersen y Baghdadli, 2005; Ray-Subramanian y Ellis Weismer, 2012), que es posible diseñar intervenciones para fortalecer el lenguaje expresivo espontáneo (Flippin y Watson, 2015; Lane, Lieberman-Betz y Gast, 2016), y que existen perfiles diferenciales en cuanto a la afectación del lenguaje (Ellawadia y Weismer, 2015; Ellis Weismer y Kover, 2015; Tek, Mesite, Fein y Naigles, 2014).

Si consideramos entonces que las dificultades en el lenguaje como modalidad de comunicación, y en las consecuencias que esto produce para mantener conversaciones con los demás (Naigles y Tek, 2017) la psicoterapia tradicional debe realizar ciertas adaptaciones para poder ser una alternativa terapéutica eficaz. Dado que la palabra se considera la herramienta central en la mayoría de los modelos psicoterapéuticos, la dificultad en esta área hace necesaria la búsqueda de modalidades de intervención diferentes a las tradicionales. Esto implica que entre los modos de intervención fundamentales el trabajo en equipo interdisciplinario se vuelva fundamental, con profesionales que integran diferentes áreas de evaluación, entre ellos médicos pediatras, psicólogos, psiquiatras e inclusive maestros integradores si es que el niño concurre a la escuela, siendo de principal importancia la participación de los padres de estos niños (Camino y López, 2006).

Por otro lado, la discapacidad intelectual implica la presencia de deficiencias en habilidades mentales generales que involucran el funcionamiento cognitivo y adaptativo (APA, 2014). Esta última y su comorbilidad con TEA puede ser estimada entre un 18 y 40 % (Mbeya Mpaka et al., 2016; Tonnsen et al., 2016). Al manifestarse en conjunto, el desafío terapéutico es más complejo, porque suele estar asociado a elevados índice de comportamientos restrictivos y repetitivos (incluyendo autolesiones), y mayores dificultades a nivel comunicacional (Fusar-Poli et al., 2017; Oliver, Licence y Richards, 2017; Tonnsen et al., 2016). También ocurre que cuando TEA cursa con una inteligencia normal, es más difícil encontrar herramientas diagnósticas válidas con amplio consenso en la comunidad científica (Baghdadli, Russet y Mottron, 2017).

Mulas et al. (2010) consideran que las intervenciones psicológicas en TEA son de tipo psicoeducativas, las cuales incluyen un amplio panorama de técnicas de

intervención. En primer lugar, se encuentran las técnicas conductuales, las cuales se orientan a instruir al niño con TEA en ciertos comportamientos y habilidades utilizando técnicas como: Programa Lovaas, Análisis aplicado de la conducta (ABA), *Pivotal Response Training* (Entrenamiento de respuesta), *Natural Language Paradigm*, o *Incidental Teaching* (Sánchez, Martínez, Moriana, Luque y Alós, 2015). Luego estarían las intervenciones Evolutivas, donde se intenta que el niño desarrolle relaciones auténticas y demostrativas con las demás personas, a través de técnicas de comunicación, habilidades sociales y habilidades para la vida diaria (habilidades funcionales y motoras) en contextos paulatinos. Por último, están las intervenciones basadas en terapias, que promueven la mejora de habilidades comunicacionales, sociales y el avance sensoriomotor (terapia ocupacional), así como la integración de la familia en el tratamiento. (Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández, 2012).

Es importante destacar que el enfoque cognitivo conductual se manifiesta eficaz para beneficiar aspectos psicosociales y cognitivos de niños con autismo, siendo el más conocido el método ABA (Lang, Regeister, Lauderdale, Ashbaugh y Haring, 2010). Este abordaje muestra efectividad a la hora de mejorar las habilidades sociales de personas con TEA (White, Ollendick, Scahill, Oswald y Albano, 2009). Existen condiciones generales que el terapeuta debe tener en cuenta antes de aplicar la terapia conductual e instruir la modificación de conductas en los niños con TEA: en primer lugar, se debe tener una evaluación completa del niño para conocer las necesidades a tratar; trabajar con el conocimiento de que cada caso es único, no se deben realizar comparaciones con otros casos, y tanto las necesidades, como los avances y progresos serán de cada caso en particular; no hay terapias universales, por lo tanto no habrá un programa diseñado que será efectivo en todos los caso de TEA que asistan a terapia; la planificación de actividades se realizarán en relación a las necesidades del niño y su familia; el terapeuta integrará a su trabajo a la familia y a la maestra si es que el niño concurre a la escuela, manteniendo una buena comunicación entre ellos; la constancia será clave para lograr adquirir nuevas habilidades (Garza, 2004).

La terapia cognitiva conductual también contiene objetivos generales los cuales no solo se aplican a la terapia, sino que también se los implementa a nivel educacional, es decir cuando el niño se encuentra integrado en una escuela. Ellos son: fortalecer la autonomía e independencia personal en niños con TEA, promover el autocontrol de determinadas conductas y ajuste al entorno, fortalecer habilidades sociales (capacidad de desarrollo en el ámbito habitual, comprensión de normas), ampliar estrategias de comunicación, y estimular procesos cognitivos básicos (pensamiento, atención y memoria).

Los últimos desarrollos acerca de los tratamientos para TEA proponen que la integración de diversos modos de intervención ha mostrado mejores resultados. Un ejemplo de esto es la NDBI (*Naturalistic Developmental Behavioral Intervention*) que conjuga la perspectiva conductual basada en la teoría del aprendizaje clásico

(Pavlov, 2010), operante (Skinner, 1953) y por observación (Bandura, 1977) junto a los fundamentos de la psicología del desarrollo aportados por Piaget (1952), Bruner (1983), Vygotsky (1962) y otros. En donde se comprende que los reforzamientos sucesivos de la conducta obtienen mejores resultados si el niño tiene un papel activo en el aprendizaje y los padres pueden ejercer un rol de intermediarios en la conducta a aprender, especialmente cuando se trata del lenguaje. Las intervenciones tempranas desde esta perspectiva aplicada en los ambientes habituales en los que el niño o niña se desarrolla, han demostrado que la generalización de los aprendizajes es mucho mayor que en aquellos casos en que las intervenciones se realizan en contextos aislados como las instituciones o consultorios privados (Ingersoll, Meyer, Bonter, y Jelinek, 2012; Schreibman et al., 2015). Por estos motivos, es que los objetivos del presente artículo fueron:

- Comparar el perfil del EPT en dos grupos de psicólogos clínicos: uno dedicado al tratamiento de niños con TEA (en adelante Grupo TEA) y otro no especializado en una patología específica (en adelante Grupo Clínico).
- Analizar el posible efecto del enfoque teórico en cada grupo de trabajo.

Metodología

Participantes

La muestra quedó conformada por 64 psicólogos de diferentes provincias de Argentina: Mendoza, San Luis, Córdoba y Buenos Aires. Cada grupo estuvo conformado por igual cantidad de participantes: $n= 32$. Las variables socio demográficas y socio profesionales que caracterizan a la muestra total se exponen a continuación (ver tabla 1).

Como puede observarse en las variables estudiadas la composición por grupo es similar. En su mayoría priman terapeutas del sexo femenino en ambos grupos (78.1 % / 75%), sin existir diferencias significativas por edad ($t(62) = .04, p = .96$) o por años de experiencia profesional ($t(62) = .09, p = .92$), así como también hay similar representación por enfoques teóricos en cada grupo.

En el Grupo TEA también se indagó la cantidad de horas semanales que se dedican al tratamiento de esta patología. El promedio fue de 15.56 (± 8.46), oscilando desde 2 horas semanales a 35 horas. Los pacientes que atienden estos terapeutas son niños, cuyas edades oscilan desde los 4 a 12 años. En las instituciones se dividen a los niños en diferentes salas, de acuerdo a capacidad intelectual y desarrollo del lenguaje (además del criterio por rango etario). El trabajo a nivel institucional, incluye constantemente la involucración de los padres desde el comienzo del tratamiento, realizando consultas, entrevistas, reuniones para padres y talleres mensuales, etc. Se les enseña a manejar los berrinches de los niños, cómo poner límites y se los informa constantemente sobre la evolución del proceso terapéutico. Con los niños se trabaja principalmente el desarrollo de habilidades sociales, motricidad, juego con los demás niños, manejo de pictogramas, entre otros.

Tabla 1.
Variables socio profesionales del grupo clínico y grupo TEA (N=64)

		Grupo Clínico (n= 32)	Grupo TEA (n= 32)
Sexo	Femenino	78.1%	75%
	Masculino	21.9%	25%
Edad	M (DE)	32.5(7.7)	32.65(6.04)
	Mínimo	24	25
	Máximo	56	51
	Rango	32	26
Años de experiencia profesional	M (DE)	5.47(5.7)	5,53(5.6)
	Mínimo	0	0
	Máximo	27	27
	Rango	27	27
Enfoque teórico	Cognitivo		
	Conductual	25%	25%
	Integrativo	40.6%	40.6%
	Psicoanalítico	25%	25%
	Sistémico	6.3%	6.3%
Otros	3.1%	3.1%	

Nota. M (Media), DE (Desviación Estándar).

En cuanto al Grupo Clínico, los terapeutas trabajan principalmente con niños y adolescentes, y también adultos, con patologías relacionadas a trastornos de ansiedad y depresión, con formatos individuales de psicoterapia. Se desempeñan en diferentes contextos de trabajo: autónomo (independiente), empleados en el sector privado y público de salud. Los tratamientos que ejecutan en su mayoría son breves (hasta seis meses de duración) e intermedios (entre seis meses y dos años).

Instrumentos

Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), versión abreviada (Castañeiras et al., 2008)

Este cuestionario, el cuál fue creado por Fernández Álvarez y García (1998), evalúa las cinco funciones del EPT: Atencional, Operativa, Instruccional, Involucración y Expresiva. Se utilizó la versión abreviada desarrollada por Castañeiras et al. (2008), compuesta por 21 ítems. El inventario expone como consigna investigar la forma en que el profesional realiza su trabajo, dando a conocer que no existen respuestas correctas y que debe ser espontáneo a la hora de establecer valores a los ítems. Los reactivos son exhibidos como afirmaciones a las que cada terapeuta debe manifestar su opinión en una escala tipo likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo), hasta 7 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales de las escalas del EPT se alcanzan por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas. La escala cuenta con adecuadas propiedades

psicométricas tanto en validez (obtenidas en análisis factoriales exploratorios y confirmatorios) y confiabilidad (calculada a través del alfa de Cronbach).

Encuesta semi-estructurada Ad Hoc.

La misma se empleó para recabar información acerca de características de los terapeutas: sexo, edad, años de experiencia profesional, enfoque teórico y cantidad de horas semanales que trabaja en autismo (sólo en el Grupo TEA ésta última).

Procedimiento

En el Grupo TEA, se solicitó autorización a instituciones específicas de abordaje de esta patología explicando el propósito de la investigación a los respectivos directivos y coordinadores. Una vez obtenido el permiso, se contactó a profesionales psicólogos a los cuales se les comunicó de qué se trataba la investigación y se pasó a solicitar su colaboración voluntaria. Los profesionales firmaron un consentimiento informado donde se constataba que la información conseguida era confidencial, dejando constancia de su conformidad para participar de la investigación.

También se incluyó a terapeutas que trabajaban de manera particular en temáticas de TEA, contactando a los mismos a través de asociaciones de padres específicas o en sitios webs.

Los profesionales del Grupo Clínico fueron contactados en diversos medios tanto presenciales como virtuales. En ambos casos se dio a conocer el carácter confidencial de la prueba y el resguardo de los datos de identificación del profesional como también de los resultados individuales.

La recolección de datos fue realizada entre los meses de julio y noviembre del año 2016.

Resultados

Para cumplir el primer objetivo se aplicó una prueba *t* para muestras independientes (ver tabla 2).

Tabla 2.
Comparación de funciones del EPT en ambos grupos (n=64)

Funciones EPT	Grupo TEA (n= 32)	Grupo Clínico (n= 32)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Atencional	19.40 (6.96)	20.18 (5.62)	-.49	.62	.12
Expresiva	37.56 (9.01)	37.96 (8.81)	-.18	.85	.04
Instruccional	29.37 (9.36)	31.64 (6.65)	-1.12	.26	.27
Involucración	26.84 (7.75)	22.53 (7.69)	2.23	.02	.55
Operativa	25.62 (8.74)	23.85 (7.17)	.88	.38	.22

Como resultado se encontró una diferencia significativa en la función de

Involucración ($t = 2.23$, $p < .05$), donde los terapeutas del Grupo TEA obtuvieron valores superiores, indicando un mayor grado de compromiso con la tarea y con los pacientes. El tamaño del efecto fue moderado ($d = .55$) (Cohen, 1988).

Para analizar si se producían diferencias significativas por enfoque teórico en las funciones del EPT al interior de cada grupo en estudio, se aplicó la prueba ANOVA de un factor. Para el análisis sólo se tomaron en consideración los tres grupos más representativos de la muestra: Integrativos ($n = 26$), psicoanalíticos ($n = 16$) y cognitivos conductuales ($n = 16$) (ver tabla 3).

Tabla 3.

Comparación de funciones del EPT entre ambos grupos, en relación a los enfoques teóricos ($n = 58$).

	Funciones EPT	Grupo TEA			Grupo Clínico		
		M (DE)	F	p	M (DE)	F	p
Atencional	Cognitivo Conductual	27.12 (5.24)			19.87 (3.68)		
	Psicoanalítico	14 (3.33)	12.92	.009	16 (4.62)	4.69	.01
	Integrativo	18.84 (6.08)			23 (5.98)		
Expresiva	Cognitivo Conductual	36.12 (5.08)			40.25 (5.54)		
	Psicoanalítico	30.62 (8.94)	4.19	.02	29.62 (8.89)	5.56	.01
	Integrativo	41.38 (9.40)			39.84 (7.58)		
Instruccional	Cognitivo Conductual	35.5 (8.15)			29.12 (6.62)		
	Psicoanalítico	28.62 (10.64)	2.05	.14	34.97 (5.36)	1.48	.17
	Integrativo	28.46 (6.62)			31.46 (6.29)		
Involucración	Cognitivo Conductual	24.5 (6.54)			25 (8.01)		
	Psicoanalítico	25.87 (9.18)	.68	.51	16.37 (9.59)	3.34	.05
	Integrativo	28.53 (8.08)			23.30 (4.60)		
Operativa	Cognitivo Conductual	32.75 (6.11)			24.87 (6.17)		
	Psicoanalítico	16.37 (3.88)	12.26	.008	18.80 (6.60)	3.00	.06
	Integrativo	27.53 (8.35)			26.38 (7.66)		

Como resultado, se encontraron las siguientes diferencias significativas. En la función Atencional se detectó una diferencia significativa tanto en el Grupo TEA como en el Grupo Clínico, en ambos casos los puntajes superiores los obtuvieron los terapeutas que adhieren al enfoque cognitivo conductual, y los valores inferiores los psicólogos psicoanalíticos. Esto implica mayor focalización atencional en la búsqueda de información terapéutica en el primer grupo de terapeutas.

En la función Expresiva se observó una diferencia significativa en ambos grupos, los mayores puntajes los obtuvieron los psicólogos de orientación integrativa del Grupo TEA; manifestando mayor cercanía emocional en el vínculo terapéutico.

En correspondencia a esta función, los psicoanalistas presentan puntajes menores.

Por último, la función Operativa arrojó diferencias significativas sólo en el grupo TEA. Los valores superiores fueron obtenidos por los terapeutas cognitivo-conductuales mostrando de esta forma inclinación por tratamientos más pautados; en el extremo opuesto estarían los psicoanalistas, con una inclinación por intervenciones espontaneas.

Seguidamente, se analizó si terapeutas de similar enfoque teórico pero pertenecientes a distintos grupos de trabajo podrían presentar diferencias significativas (ver tabla 4). Para ello se empleó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney debido a que la distribución de las variables no fue normal, y también por el escaso número de participantes para el análisis ($n < 30$). Como resultado se encontró que en el enfoque Cognitivo Conductual, los terapeutas del grupo TEA presentaron rangos de valores significativamente superiores en la función Instruccional y Operativa ($p < .05$). Mientras que en el análisis de los terapeutas Integrativos, se encontró una única diferencia significativa donde los psicólogos especializados en TEA obtuvieron rangos de valores superiores ($p < .05$)

Tabla 4
Comparación intragrupo según enfoque teórico

	Cognitivo Conductual				Integrativos			
	TEA (n= 8)	Clínico (n= 7)	U	p	TEA (n= 13)	Clínico (n= 13)	U	p
Atencional	9,75	6	14	.103	12,11	14,88	66,5	.35
Expresiva	7,18	8,92	21,5	.448	15,8	11,19	54,5	.12
Instruccional	10,18	5,5	10,5	.041	10,96	16,03	51,5	.08
Involucración	9,5	6,28	16	.162	16,76	10,23	42	.02
Operativa	10,12	5,57	11	.049	13	14	78	.73

Nota: Sólo se expresan los análisis que arrojaron resultados significativos en al menos una función del EPT, según el enfoque teórico del profesional.

Discusión

El primer objetivo específico, estuvo dirigido a analizar si existían diferencias en el EPT entre los terapeutas dedicados a los TEA y los que trabajan en psicología clínica general. Como resultado, se registró una única diferencia significativa en la función de Involucración, donde el Grupo TEA obtuvo mayor puntuación.

La función de Involucración hace referencia a las conductas explícitas e implícitas ligadas con el compromiso que domina el terapeuta en su actividad y con sus pacientes (Fernández Álvarez et al., 2003). Implica también el lugar que ocupa su trabajo como terapeuta en el contexto de su experiencia vital, evaluando de igual modo la disposición que tiene el terapeuta para ayudar a una persona que padece (Vides, Grazioso y García, 2012). Un alto nivel de involucración hace referencia a

terapeutas que conectan muchos aspectos de su vida personal con la actividad profesional.

Si comparamos los resultados con las investigaciones realizadas en diferentes campos clínicos en función del EPT, sólo en una investigación se encontraron resultados significativos en la función Involucración. Rial et al. (2006), detectaron que el perfil de los terapeutas que trabajaban con PSP, incluía un bajo grado de involucración. Los autores concluían que podría tratarse de un mecanismo de protección de los terapeutas ante la elevada exigencia del trabajo clínico.

En relación a los resultados obtenidos en el presente estudio, se podría pensar que esto se encuentra relacionado a la rigurosidad que conlleva la tarea que ejercen los profesionales sobre los pacientes con TEA, ya que este es un trastorno complejo del desarrollo infantil, con diferentes orígenes y valores de gravedad (Camino y López, 2006).

Los niños con TEA necesitan de la atención de diversos profesionales desde su detección temprana y posiblemente a lo largo de toda su vida (De Iudicibus, 2011), por lo cual se podría pensar que los terapeutas deberían movilizarse en busca de recursos personales para lograr tratamientos efectivos en función a cada caso en particular, así como también capacitarse para lograr los cambios propuestos, ya que estos profesionales son los que poseen las herramientas necesarias y los estudios correspondientes para poder determinar esta patología y diseñar un modelo de abordaje (Camino y López, 2006). Castañeiras et al. (2008), afirmaban que los terapeutas para mejorar su aptitud profesional como instrumento terapéutico, debían formarse en las áreas pertinentes, para así ofrecer servicios de salud adecuados y seguros. Se podría pensar que de este modo el terapeuta presenta un gran compromiso con su trabajo y con sus pacientes, movilizándose en perfeccionarse para lograr resultados benéficos en estos niños.

La relación con dicha función también podría estar conectada al tratamiento que conlleva este trastorno, ya que el mismo debería realizarse de manera conjunta no sólo con otros profesionales (médicos, psiquiatras, docentes, etc.), sino sobre todo con los padres del niño con TEA (Camino y López, 2006), es por esto que los terapeutas deben ser abiertos y dispuestos, para así acompañar a la familia de manera correcta y alentarlos a buscar información si fuera necesario (Blenner, Reddy y Augustyn, 2011). Esto también estaría relacionado a un mayor grado de involucración, por su compromiso a la hora de realizar su trabajo.

Será necesario a lo largo del proceso mantener una relación afectiva entre terapeuta y niño, saber escuchar, comprender, entender que el ritmo de cada niño es diferente y explorar las interacciones que son primordiales para él (Kuras y Resnisky, 2011). Pareciera que el terapeuta de TEA tuviera que salir de su postura neutral para ir al encuentro otro ser humano cuya dificultad principal es vincularse, acortando de este modo las distancias y funcionando, quizás, según el concepto desarrollado por Vigotsky de zona de desarrollo proximal en cuanto a la socialización (Ruiz, 2015).

Esta diferencia en la función de Involucración, también se vio reflejada al comparar a los terapeutas integrativos de ambos grupos de trabajo, siendo aun mayor el valor en los psicólogos del Grupo TEA. El análisis nos muestra a los terapeutas integrativos del Grupo TEA como aquellos con mayor compromiso con la tarea, diferenciándose de sus colegas psicoanalíticos del Grupo Clínico presentando menor grado de involucración.

Volviendo al análisis de las funciones del EPT, las demás dimensiones no manifestaron diferencias significativas, aunque sí se pudo observar que en el grupo TEA los valores encontrados arrojaron una inclinación a una atención menos abierta, intervenciones espontáneas, comunicación más distante y menor flexibilidad en el establecimiento de reglas para el encuadre.

En relación con el segundo y tercer objetivo, se examinó el enfoque teórico y su efecto sobre el EPT. Esta variable ha sido la más estudiada en las investigaciones referidas al EPT, pero son escasas las explicadas dadas para entender las diferencias encontradas (Casari, 2017). Estudios previos sobre el EPT en poblaciones clínicas, también habían encontrado diferencias significativas en los enfoques teóricos de cada grupo a comparar (Casari et al., 2014; Gómez, 2015; Rial et al., 2006).

En cuanto al segundo objetivo, las diferencias encontradas en el presente estudio se refirieron a las funciones Atencional, Expresiva y Operativa, donde sólo la última fue exclusiva del grupo TEA (las primeras dos también se replicaron en el Grupo Clínico). Mientras que en el tercer objetivo, las diferencias fueron en los terapeutas cognitivo conductuales, donde los psicólogos del Grupo TEA mostraron valores superiores en las funciones Instruccional y Operativa; en tanto que los psicólogos Integrativos obtuvieron puntajes mayores en la función de Involucración. Es decir, entre los últimos dos objetivos, todas las funciones del EPT se mostraron sensibles para percibir diferencias estilísticas según el enfoque teórico.

En la función Atencional, se obtuvieron puntajes superiores en los terapeutas de orientación cognitivo conductual e inferiores en los psicoanalíticos, coincidiendo con estudios previos (Vázquez y Gutiérrez, 2015). En investigaciones anteriores, se postuló al fenómeno de la atención flotante y a la asociación libre como técnicas propias del enfoque psicoanalítico (Schkolnik, 2008), que influyen en una actitud más receptiva en la función Atencional destacada en los terapeutas de dicha orientación teórica (Vázquez y Gutiérrez, 2015). Así como también al hecho opuesto, de que la atención sea más focalizada en los terapeutas cognitivo-conductuales porque suelen ser terapias más breves y focalizadas sobre problemas específicos (Baringoltz, 2009). Los terapeutas cognitivo conductuales del Grupo TEA son aún más focalizados que sus colegas del Grupo Clínico, lo cual podría ser lógico porque en éste último existen mayor cantidad de patologías a tratar entre sus participantes (principalmente trastornos de ansiedad y depresión). En el extremo opuesto estarían los psicólogos psicoanalistas de ambos grupos (TEA y Clínico), por lo que quizás aquí el enfoque teórico ejerza menor influencia que tratar a una patología específica en la función Atencional.

Al analizar la función Expresiva, se observa que los profesionales más cercanos emocionalmente serían los integrativos que trabajan con TEA, por esto es que sería necesario a lo largo del proceso mantener una relación afectiva entre terapeuta y paciente con TEA, saber escuchar, comprender, entender que el ritmo de cada niño es diferente y explorar las interacciones que son primordiales para él (Kuras y Resnisky, 2011). Los psicoanalistas del grupo en estudio presentan valores inferiores, este resultado muestra coincidencias con investigaciones anteriores (Castañeiras et al., 2006, 2008). Se ha señalado desde el psicoanálisis, el énfasis en la mayor neutralidad posible de parte del terapeuta para no interferir con la transferencia del paciente, ya que a través de las proyecciones de este se expresa el síntoma a ser modificado y, para ello, el profesional de la psicología debe captar el modo de relacionarse del paciente, y no intentar estructurar la relación terapéutica (Virgilio, 2011). En el caso de esta función, es clara la identificación de enfoques teóricos (de ambos grupos) con las polaridades de la misma: mayor desarrollo (cercanía emocional) en Integrativos, y menor desarrollo (mayor distancia emocional) en Psicoanalistas; lo cual señala menor influencia de la variable tipo de patología sobre la función Expresiva.

La función Instruccional fue la menos sensible a percibir diferencias significativas, ya sea tanto en los análisis intragrupo del segundo objetivo, como también en la comparación intergrupo según enfoque teórico. Sólo en un caso se percibió una diferencia significativa: comparación entre terapeutas cognitivo conductuales del Grupo TEA en relación a sus pares del Grupo Clínico (mostrando mayor rigidez en los primeros). No hay un predominio claro de un grupo terapeutas que se identifique como aquel más flexible o rígido en el encuadro terapéutico. En estudios previos, si bien la función Instruccional ha sido señalada como quizás la más importante del EPT por sus vínculos con la alianza terapéutica (Corbella et al., 2007), ha sido también cuestionada por su escaso apoyo en los estudios psicométricos (Silva y Guedes, 2016). Por tal motivo debería continuar estudiándose, especialmente en el tratamiento de pacientes con TEA, porque la alianza terapéutica también desempeña un papel central (Brown et al., 2015; Goodman, Chung, Fischel y Athey-Lloyd, 2017; Klebanoff, 2015).

Por último, la función Operativa presenta puntajes altos en los profesionales del grupo TEA con enfoque cognitivo – conductual quienes señalan una inclinación por intervenciones más pautadas, y los psicólogos con enfoque psicoanalista del grupo TEA muestran puntajes bajos inclinándose de este modo a terapias espontáneas. Estos resultados también van en consonancia con investigaciones anteriores (Castañeiras et al., 2008). En el caso de los terapeutas cognitivo-conductuales, la tendencia a tratamientos pautados podría relacionarse al amplio repertorio de técnicas de intervención, las cuales hasta el momento serían las más utilizadas y eficaces (Mulas et al., 2010), presentando en sí un modelo a seguir a la hora de trabajar con ellas, siendo oportunas aplicarlas en edades tempranas para lograr resultados efectivos con el paso del tiempo (Salvadó et al., 2012). Mientras que en

el caso de los profesionales que se definen como psicoanalistas, quizás se deba a una homogeneidad en el modo de abordaje técnico donde haya mayor conceptualización de la psicopatología subyacente, pero no tanta especificidad en divergencia de intervenciones técnicas tales como la interpretación y el análisis de la transferencia (Virgilio, 2011). Esta tendencia por intervenciones más pautadas, basadas en guías de tratamiento fue mayor inclusive en los terapeutas cognitivo conductuales del Grupo TEA al compararlos con sus colegas del Grupo Clínico; en tanto que sus colegas que adhieren al marco psicoanalítico están preferentemente inclinados por tratamientos no estructurados (en ambos grupos de trabajo).

Los resultados nos muestran a los terapeutas cognitivo-conductuales como aquellos más focalizados a nivel atencional y con preferencia por intervenciones pautados. Los psicólogos psicoanalistas tendrían un perfil opuesto al anterior: preferencia por una atención más abierta y por tratamientos espontáneos. Además, se caracterizarían por mayor distancia a nivel emocional. Finalmente, los terapeutas integrativos, poseerían mayor cercanía en la comunicación emocional, teniendo el perfil menos definido coincidiendo con estudios previos (Vázquez y Gutiérrez, 2015).

Para concluir, se mencionan las limitaciones de la presente investigación. La primera y más importante, es que debido al tipo de estudio planteado no se realiza una evaluación de resultado, no pudiendo inferir si el tipo de perfil es adecuado para el tratamiento. Podrían plantearse los siguientes interrogantes: ¿Es recomendable un grado alto o bajo de involucración? ¿qué consecuencias podrías traer a largo plazo una alta involucración?

Otra limitación que se presentó fue el criterio de inclusión de los profesionales. Quizás habiendo considerado condiciones más estrictas para participar (cierta cantidad de años de experiencia, nivel de capacitación), podrían haberse encontrado más diferencias en el perfil en estudio. Similares interrogantes fueron planteados en estudios de este tipo (Casari, 2017).

Sin embargo, estos resultados aportan nuevos datos acerca de que el EPT, una variable considerada relevante para el proceso y resultado en psicoterapia (Heinonnen, 2014), la cual es sensible a la hora de percibir diferencias según las poblaciones clínicas. Es evidente que los terapeutas no actúan de igual modo cuando trabajan con patologías específicas, por lo cual se remarca la necesidad de una formación más integral en TEA, brindando no sólo el conocimiento técnico a nivel de intervenciones, sino también las habilidades terapéuticas requeridas.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM V.* (5° Ed.). Arlington: Médica Panamericana.
- Baghdadli, A., Russet, F y Mottron, L. (2017). Measurement properties of screening and diagnostic tools for autism spectrum adults of mean normal intelligence: A systematic review. *European Psychiatry*, 44, 104-124. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.04.009
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Baringoltz, S. (2009). *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Blenner, S., Reddy, A, y Augustyn, M. (2011). Diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia. *British Medical Journal*, 343, 15-24. doi: 10.1136/bmj.d6238.
- Botella, L., y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 61, 77-104. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/neurobiologia-de-la-autorregulacion-afectiva-patrones-de-apego-y-compatibilidad-en-la-relacion-terapeuta-paciente.html>
- Brown, R., Iqbal, Z., Reynolds, L., Press, D. A., Shaker-Naeni, H., Scrivener, L., ... y Murphy, S. (2015). Interrater reliability of treatment fidelity and therapeutic alliance measures for psychological therapies for anxiety in young people with autism spectrum disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*, 61(4), 190-199. doi: 10.1179/2047387714Y.0000000050
- Bruner, J. (1983). *Child's talk: Learning to use language.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Cadigan, K., y Missall, K. N. (2007). Measuring expressive language growth in young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 27(2), 110-118. doi: 10.1177/02711214070270020101
- Camino, L. y López, E. (2006). El espectro autista. *Vox Pediátrica*, 14(2), 7-15.
- Casari, L. (2017). *Estilo Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones.* Tesis de doctorado en Psicología (inédita). Facultad de Psicología, Universidad de San Luis. San Luis, Argentina.
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el Estilo Personal del Terapeuta. *Psicogente*, 29(16), 132-142.
- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M. y Ison, M. (octubre, 2016). *Estilo Personal del Terapeuta: Estado actual y perspectivas futuras.* Presentación realizada en 2° Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. y Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEPT.
- Casari, L., Magni, X. y Morelato, G. (octubre, 2014). *Estilos Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil.* Presentación realizada en 1° Congreso Latinoamericano de Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., y Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical technical orientation on the Personal Style of the Therapist. *Psychotherapy Research*, 16(5), 587-593.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 3(1), 98-101.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, F. (2009 a). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.
- Corbella, S., Botella, L., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. y García, F. (2009 b). *Developing the Therapist's Personal Style.* Presentación realizada en 40th International Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Santiago de Chile, Chile.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Botella, L., García, F., Lo Bianco, J. y Canizzarro, A. (2007 a). *Compatibility between Therapist's Personal Style and Patient's Personality.* Presentación realizada en 38th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. Wisconsin, Estados Unidos.
- De Iudicibus, L (2011). Trastornos Generalizados del desarrollo. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 5-41.

- Ellawadi, A. B., y Weismer, S. E. (2015). Using spoken language benchmarks to characterize the expressive language skills of young children with Autism Spectrum Disorders. *American journal of speech-language pathology, 24*(4), 696-707. doi:10.1044/2015_AJSLP-14-0190
- Ellis Weismer, S., y Kover, S. T. (2015). Preschool language variation, growth, and predictors in children on the autism spectrum. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(12), 1327-1337. DOI: 10.1111/jcpp.12406
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca y P.L.R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F. y Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology, 54*(3), 343-359. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., y Corbella, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology y Psychotherapy, 10*, 116-125. doi: 10.1002/cpp.358.
- Flippin, M., y Watson, L. R. (2015). Fathers' and Mothers' Verbal Responsiveness and the Language Skills of Young Children with Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology, 24*(3), 400-410. doi:10.1044/2015_AJSLP-13-0138
- Fusar-Poli, L., Brondino, N., Orsi, P., Provenzani, U., De Micheli, A., di Nemi, S. U., ... y Politi, P. (2017). Long-term outcome of a cohort of adults with autism and intellectual disability: A pilot prospective study. *Research in developmental disabilities, 60*, 223-231. doi: 10.1016/j.ridd.2016.10.014
- Garza, J. (2004) *Manual para padres de niños autistas*. Bogotá: Psicom editores.
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicod debate, 15*(1), 9-22.
- Genise, S. y García, F. (octubre, 2016). *Estudio de correlación entre el EPT, estilo de apego adulto y factores de personalidad*. Presentación realizada en 2° Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Gómez, B. (2015). *El Estilo Personal del Terapeuta en psico-oncología*. Tesis doctoral de Psicología (inédita). Universidad del Salvador, Argentina.
- Goodman, G., Chung, H., Fischel, L., y Athey-Lloyd, L. (2017). Simulation modeling analysis of sequential relations among therapeutic alliance, symptoms, and adherence to child-centered play therapy between a child with autism spectrum disorder and two therapists. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22*(3), 1-12. DOI: 10.1177/1359104517691082
- Grzona, S., Muñoz, M., Casari, L. y Videla, R. (octubre, 2016). *Estilo Personal del Terapeuta en estudiantes. Comparación pre-post prácticas clínicas*. Presentación realizada en 2° Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.
- Heinonen, E. (2014). *Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy*. Academic Dissertation. Research/National Institute for Health and Welfare.
- Hermosa-Bosano, C. (2010). *Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica*. Tesis de grado de Lic. en Psicología Clínica (inédita). Colegio de Artes Liberales, Universidad de San Francisco de Quito, Perú.
- Ingersoll, B., Meyer, K., Bonter, N., y Jelinek, S. (2012). A comparison of developmental, social-pragmatic and naturalistic behavioral interventions on language use and social engagement in children with autism. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 55*(5), 1301-1313. DOI: 10.1044/1092-4388(2012/10-0345).
- Kim, S. H., Junker, D., y Lord, C. (2014). Observation of spontaneous expressive language (OSEL): a new measure for spontaneous and expressive language of children with autism spectrum disorders and other communication disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 44*(12), 3230-3244. doi:10.1007/s10803-014-2180-0
- Klebanoff, S. (2015). *The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy for children with autism and anxiety*. Tesis doctoral (inédita). University of California, Los Angeles.
- Kuras, S. y Resnisky, S. (2011). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lane, J. D., Lieberman-Betz, R., y Gast, D. L. (2016). An analysis of naturalistic interventions for increasing spontaneous expressive language in children with autism spectrum disorder. *The Journal of Special Education, 50*(1), 49-61. DOI: 10.1177/0022466915614837
- Lane, J. D., Shepley, C., y Lieberman-Betz, R. (2016). Promoting Expressive Language in Young Children with or At-Risk for Autism Spectrum Disorder in a Preschool Classroom. *Journal of autism and developmental disorders, 46*(10), 3216-3231. doi: 10.1007/s10803-016-2917-z
- Lang, R., Regester, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K. y Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation, 13*, 53-63. doi: 10.3109/17518420903236288

- Lee, J. A., Neimeyer, G. J. y Rice, K. G. (2013). The Relationship between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. *American Journal of Psychotherapy*, 67(4), 323-345.
- Moya, L. (2015). *Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la alianza*. Tesis de Lic. en Psicología (inédita). Pontificia Universidad de Comillas de Madrid.
- Mpaka, D. M., Okitundu, D. L. E. A., Ndjukendi, A. O., N'situ, A. M., Kinsala, S. Y., Mukau, J. E., ... y Steyaert, J. (2016). Prevalence and comorbidities of autism among children referred to the outpatient clinics for neurodevelopmental disorders. *The Pan African Medical Journal*, 25, 1-10. doi: 10.11604/pamj.2016.25.82.4151
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurológica*, 50(3), 77-84.
- Naigles, L. R., y Tek, S. (2017). 'Form is easy, meaning is hard' revisited:(re) characterizing the strengths and weaknesses of language in children with autism spectrum disorder. *WIREs Cognitive Science*, 8(4), 14-38. doi: 10.1002/wcs.1438
- Oliver, C., Licence, L., y Richards, C. (2017). Self-injurious behaviour in people with intellectual disability and autism spectrum disorder. *Current opinion in psychiatry*, 30(2), 97-101. doi: 10.1097/YCO.0000000000000313
- Pavlov, P. I. (2010). Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Annals of neurosciences*, 17(3), 136-141. doi: 10.5214/ans.0972-7531.1017309
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Pry, R., Petersen, A., y Baghdadli, A. (2005). The relationship between expressive language level and psychological development in children with autism 5 years of age. *Autism*, 9(2), 179-189. DOI: 10.1177/1362361305047222
- Ray-Subramanian, C. E., y Weismer, S. E. (2012). Receptive and expressive language as predictors of restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(10), 2113-2120. DOI 10.1007/s10803-012-1463-6
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 191-208.
- Ruiz, C. (2015). Hacia una comprobación experimental de la zona de desarrollo próximo de Vigotsky. *Ciencia ergo sum*, 22(2), 167-171.
- Salvadó, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M. y Hernández, M. (2012) Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 54(1), 63-71.
- Sánchez, M., Martínez, E., Moriana, J., Luque, B. y Alós, F. (2015) La atención temprana en los trastornos del espectro autista. *Psicología Educativa*, 21(1), 55-63.
- Schkolnik, F. (2008). Práctica psicoanalítica: Trabajando las diferencias. ¿Una práctica psicoanalítica o varias? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 106, 7-21.
- Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., ... y McNERNEY, E. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2411-2428. DOI 10.1007/s10803-015-2407-8.
- Serna, S. (2014). *Evaluación de la Teoría de la Mente en niños diagnosticados dentro del espectro Autista*. Tesis de Lic. en Psicología (inédita). Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid. Valladolid, España.
- Silva, E. y Guedes, S. (2016). Questionário Reduzido do Estilo Pessoal do Terapeuta: evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 15(3), 298-307. DOI: 10.15689/ap.2016.1503.02
- Skinner, B E (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Macmillan
- Tek, S., Mesite, L., Fein, D., y Naigles, L. (2014). Longitudinal analyses of expressive language development reveal two distinct language profiles among young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(1), 75-89. doi: 10.1007/s10803-013-1853-4
- Tonnsen, B. L., Boan, A. D., Bradley, C. C., Charles, J., Cohen, A., y Carpenter, L. A. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders among Children with Intellectual Disability. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 121(6), 487-500. doi: 10.1352/1944-7558-121.6.487
- Vázquez, L. y Gutiérrez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y EPT. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133-142.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Bs. As.: Lugar editorial.
- Vides, A., Grazioso, M. y García, C. (2012). El Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 33-43.

- Virgilio, A. (2011). Modelo dinámico de la terapia. En H. Fernández Álvarez (Comp.) *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 99 – 132). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT press.
- White, S.W., Ollendick, T., Scahill, L., Oswald, D., y Albano, A.M. (2009). Preliminary efficacy of a cognitive-behavioral treatment program for anxious youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1652-1662. Doi: 10.1007/s10803-009-0801-9

INTEGRATION OF GENETIC AND REPRODUCTIVE COUNSELING WITH PSYCHOTHERAPY: CONSIDERATIONS THROUGH A CASE

INTEGRACIÓN DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y REPRODUCTIVO CON LA PSICOTERAPIA: REFLEXIONES A TRAVÉS DE UN CASO

Eugènia Monrós

Doctora en Biología, Psicoterapeuta
PsiGen, Barcelona, Spain

Assumpta Junyent

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta
Cintrapsicología, Barcelona, Spain

This article was published in Spanish. This is the English version.
Link to the Spanish version: (<http://revistadepsicoterapia.com/rp104-12.html>).
How to reference this article:

Monrós, E. & Junyent, A. (2016). Integración del Asesoramiento Genético y Reproductivo con la Psicoterapia: Reflexiones a través de un caso. [Integration of genetic and reproductive counseling with psychotherapy: Considerations through a case]. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 181-202

Abstract

The main objective of this article is to invite clinical psychologists and psychotherapists to penetrate the world of rare genetic diseases and think over the emotional and psychosocial impact they have on the individual. Beyond the informative act of genetic counseling, both those affected and their families often need a deep psychotherapeutic process to overcome the traumatic aspects and grief which are often associated with the disease. From an integrative look, the process should also include the bio-psycho-social support to promote access to health and associative resources. In short, the patient and/or the family need to be helped to rebuild and re-tell their life in a more autonomous and healthy way. A clinical case is presented to illustrate the need to include psychotherapy into genetic counseling.

Keywords: *Genetic counseling, genetic disease, psychotherapy, trauma, grief.*

Resumen

El objetivo de este artículo es invitar a reflexionar a los profesionales de la psicología clínica y la psicoterapia sobre el impacto emocional y psicosocial que las enfermedades genéticas minoritarias tienen sobre el individuo. Tanto las personas afectadas como sus familiares suelen necesitar de un acompañamiento que, más allá del acto informativo del consejo genético, les ayude a superar los aspectos traumáticos y el duelo asociados a la enfermedad, a través de un proceso psicoterapéutico profundo. Desde una mirada integradora, el proceso debe incluir también información acerca de los recursos bio-psicosociales de apoyo, promoviendo el acceso de los afectados a los movimientos sanitarios y asociativos de soporte. En definitiva, se trata de ayudar al paciente y/o familiares a reconstruir y re-narrar su vida de una manera más autónoma y sana.

Palabras clave: *consejo genético, enfermedad genética, psicoterapia, trauma, duelo.*

Received: Jun 28, 2017. Accepted v1: Sep 22, 2017. Accepted v2: Oct 06, 2017.

Correspondence:

E-mail: eumonros@gmail.com

Postal address: calle casanova 46, 4º 1ª. 08011 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



INTRODUCTION

Genetic diseases have a profound bio-psycho-social impact on the affected subject and his family which often is not addressed. The present article aims to sensitize professionals of clinical psychology and psychotherapy about the suffering and difficulties of those affected by rare diseases. We also want to show their need for a comprehensive support that, beyond genetic counseling, helps them both social and psychologically to find out new resources and to overcome the painful and traumatic aspects of the disease, in order to rebuild and focus their life from a greater acceptance and mental health.

Rare diseases

According to the World Health Organization (De Vruet, Baekelandt & De Haan, 2013) rare, minority, or orphan diseases are characterized by:

- Their low incidence: Below 1/1500 inhabitants in the United States (US), below 1/2000 according to the European Union.
- Their great number: More than 7000 different conditions. Despite their low individual frequency, overall they affect an important fraction of the population: 350 million people worldwide. For this reason, the international portal Orphanet (<http://www.orpha.net>) says: “Rare diseases are rare, but rare disease patients are numerous”.
- They are incurable chronic diseases, most having a genetic origin. The causative injury is intrinsic to the individual, laying in its chromosomes or its DNA. Thus, rare diseases are present throughout a person’s life whenever symptoms appear.
- They tend to be severe, degenerative and invalidating, often leading to premature death.
- Due to their genetic basis, minority diseases transcend the individual himself to affect the whole family. Genic disorders are caused by single gene mutations. They can be transmitted from an affected parent to the offspring with a risk of 50% in each pregnancy (dominant inheritance) or they can appear with no previous familial background. In this case, both parents may be healthy carriers (recessive inheritance, 25% recurrence risk) or the disease may have been caused by a spontaneous *de novo* mutation in the DNA of a parental germ cell (Figure 1).

Genic diseases may have a congenital presentation if expressed since birth or may emerge later in life, sometimes when the person has already had children. Chromosomal diseases have different characteristics and will not be analyzed in this paper.

Due to all these particularities, minority diseases often have a devastating impact on both the affected and the extended family: Surprise, uncertainty, frustrated expectations, physical suffering, fear, guilt, disability, the assumption of perhaps a premature death ... Hope and quality of life are threatened. It is a complex

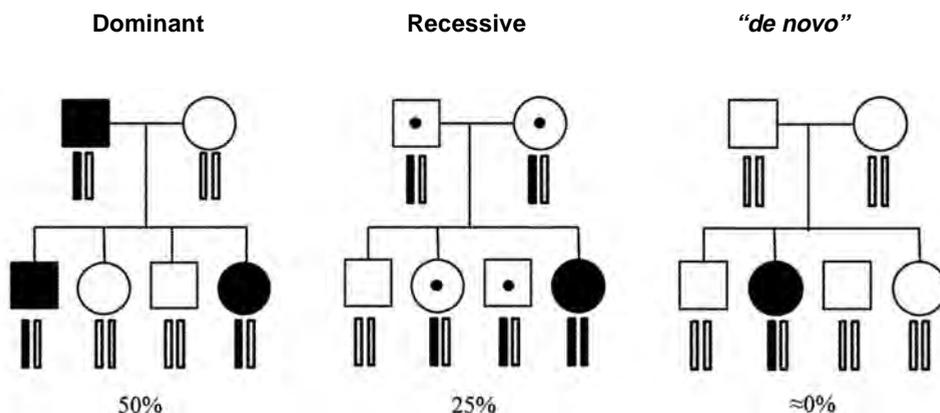


Figure 1. Inheritance patterns of genic diseases and their associated risk of recurrence

jolt for the family with profound repercussions on each relative, on the system as a whole, and as a network of interrelations. Feelings of loneliness and lack of protection are common.

This suffering is often accompanied by a long pilgrimage through the health system until a clinical diagnosis is obtained. Giving a name to the pathology is essential to know prognosis and therapeutic options. Rarity complicates the diagnostic task as medical expertise may be scarce. Moreover, the cause and course of the condition may not be known. To ameliorate these limitations, the US National Institutes of Health and the European Commission are fostering international research collaborations to help advance in the understanding of these rare conditions. In spite of that, the average diagnostic time is still several years. It is a long time of uncertainty and impotence that can have serious consequences for the patient. It is also a frustrating time for the healthcare professionals who face their ignorance of the disease. In addition, treatment of genetic diseases is symptomatic, palliative or preventive. Healing is not possible nowadays despite the great efforts of science to develop gene therapy strategies.

However, after the development of the Human Genome Project (Rogers, 2003) understanding of the genetic bases of diseases has grown exponentially. Modern technologies allow an accurate genetic diagnosis for an increasing number of pathologies. All published biomedical information worldwide is daily collected in the free server OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>) from the National Center for Biotechnology Information (NCBI) where each gene and each disease are unambiguously encoded.

To obtain a genetic diagnosis means to know the concrete gene and mutation underlying the disease. This is an essential step to address prevention, which is based on avoiding the birth of new affected children through the interruption of pregnancy after prenatal diagnosis or by using modern preimplantation diagnostic

techniques. Both are eugenic procedures with serious ethical implications that touch existential basics of intimacy and require a deep revision of values.

Genetic counseling

The preventive reproductive options we have outlined depend on each disease. The gene needs to be previously known and the particular genetic alteration needs to be determined. In the era of Molecular Medicine, this information is offered to the client—patient and/or relatives—in the context of the so-called genetic counseling act, which is described by the National Society of Genetic Counselors (NSGC) Task Force Definition (Resta et al., 2006) as:

“... the process of helping people understand and adapt to the medical, psychological and familial implications of genetic contributions to disease. This process integrates the following:

- Interpretation of family and medical histories to assess the chance of disease occurrence or recurrence.
- Education about inheritance, testing, management, prevention, resources and research.
- Counseling to promote informed choices and adaptation to the risk or condition.” (p. 77).

The term *genetic counseling* was coined by Sheldon Reed in the 1940s (Resta, 1997). In 1969 it was established as a professional discipline in the US. Although the definition does include psychological aspects, there are in fact two models of genetic counseling: The *teaching model*, centered on providing biomedical information, and the *counseling model* based on a therapeutic stance in which the psychological dimensions are considered. In this second model, clinical psychology is included in its curricular subjects, most notably the training skills of the Rogers’ humanist model (Rogers, 1981). In Spain, the young Spanish Society of Genetic Counseling (<http://www.seagen.es/>) takes into account the subjective aspects of the patient. However, the education model is the most frequently used by health professionals without specific psychological training. Nevertheless, it is overall estimated that 50% of families do not receive advice. Even in the US, which was the first country to train professionals, genetic counseling is still a young profession.

Genomics Medicine is evolving fast and there is a need for professionals who translate genetics into clinical practice, including the psychological and ethical aspects of rare diseases. It is necessary to reflect on their bio-psycho-social and existential impact and to adapt academic contents to the patients reality. In this sense, genetic counseling has always had a difficult relationship with psychotherapy. The question “How psychotherapeutic should genetic counseling be?” (Fraser, 1982, as cited in Austin, Semaka, & Hadjipavlou 2014, p. 904) has not been solved yet. A NSGC study showed that only 5.9% of its members are in fact interested in psychotherapy (Eunpu, 1997). The objective position of the educational model forgets the important vital, reproductive and social repercussions of genetic

diseases on both the affected and relatives. Counselors must be sensitive to the complexity of this suffering to help alleviate the pain and assimilate the situation. Through this experience the client may obtain a greater psychological maturity, not only to make decisions but to live in a healthier and adaptive way. This approach coincides with the American Psychological Association's definition of psychotherapy (APA, 2013).

Kessler, in his book *Psyche and Helix: Psychological Aspects of Genetic Counseling* (as cited in Kessler, 1997) described genetic counseling as "a type of psychotherapeutic encounter" that can not be reduced to a mere informational act. Heirs of this approach, Austin and colleagues (2014) suggested conceptualizing it as a form of psychotherapy in which the communication of genetic information is the central objective of the process. Accordingly, the Accreditation Council for Genetic Counseling (ACGC) currently requires advisors to be trained in Rogerian listening and intervention tools, coping mechanisms, family systemic dynamics and grieving processing. The aim is to facilitate a duly informed decision-making but also a better adaptation to the disease by reducing anxiety and increasing well-being (Meiser, Irle, Lobb & Barlow-Stewart, 2008; ACGC, 2015). As mentioned, the process of reporting on diagnosis, prognosis, and reproductive options raises serious existential questions that increase client's anguish. It is therefore necessary to be sensitive to the deep psychological aspects of genetic counseling. In this sense, the psychologist and clinical advisor Yager concluded that the change in the genetic patient mainly depends on counsellor's empathy and countertransference, which transform an arid information session into a therapeutic encounter (Yager, 2014). This is the approach we share. We consider the counselor should have the capacity to deepen and reflect with the affected person on essential aspects of life and death, to offer a real accompaniment to his fears and needs.

The present article seeks to delve into this theoretical framework in which the genetic counselor is fitted into the clients' shoes to promote autonomy, through not only the transmission of information but also the quality of the therapeutic alliance (Safran & Muran, 2005). Moreover, we consider the need for many patients and relatives to address a profound psychotherapeutic process to review the suffering, grief, trauma, guilt, and depression often associated with the presence of a serious hereditary disease within the family. In this process, the therapeutic bond and relationship are especially important (Geller & Porges, 2014). Providing the client a secure basis of trust will enable him to delve into the most difficult or forbidden aspects of life to integrate them into a healthier personality. A humanistic, relational and integrative model of genetic counseling and psychotherapy is proposed to address the multiple dimensions of this complex problem.

Beyond genetic counseling: Reproductive advice

Within this context, assessment of the reproductive choices of each family member becomes crucial. In the absence of cure, prevention of rare diseases is based

on eugenic procedures that preclude birth of new affected subjects. Until a few years ago, the only option was prenatal diagnosis and legal termination of pregnancy through therapeutic abortion. Today, technological advances allow preimplantation diagnosis by which gestation of affected embryos is avoided. This requires assisted reproduction which, in addition to a high economic cost, has an impact on the couple and, more specifically, on the women's physical and emotional health. The potential psychological impact on the artificially gestated baby (Winter, Van Acker, Bonduelle, Desmyttere & Nekkebroeck, 2015) also needs to be investigated.

In vitro fertilization (IVF) is the technique of choice for preimplantation diagnosis of hereditary diseases. This process requires hormonal stimulation of women to maximize fertility, egg retrieval and fertilization in the laboratory with sperm from the man. After three days of *in vitro* culture, one of the 4-8 embryo's cells is removed by micromanipulation and further analyzed by the specific family mutation. Mutation free embryos are implanted in the mother's uterus. The process is costly, not risk free and its success is usually less than the estimated 20% of conventional IVF processes. It often takes several cycles of treatment to achieve pregnancy. The psychological effects on women are evident. Besides the anxiety of waiting for a positive result after each step, there are the side effects of hormonal treatments and the stress to which the body is subjected. These aspects are often not informed nor accompanied. Detailed information on all the pros and cons followed by a careful period of reflection is, in our view, essential. It is concluded that both prenatal and preimplantation diagnoses involve additional distress for the couple which is added to the previous suffering for the disease.

For all these reasons, the development of nascent Molecular Medicine requires a cross-link between two disciplines: Psychotherapists might learn about hereditary diseases and assisted reproduction, and genetic counselors might have notions of psychology and psychotherapy.

CASE PRESENTATION

With this objective in mind, the case of a female patient of reproductive age affected by an inherited disease is presented. Informed consent was obtained to report and publish her process. She requested genetic counseling and, at the same time, she made a psychotherapeutic demand to elaborate her vital fears. The parallel processing of genetic and reproductive information relative to the disease and the deep psychological conflicts that emerged is displayed. Through an indivisible process of integration, she was at last able to make a reproductive decision from emotional health and contact with life. For this reason we have called her Liang, "the bright one". The psychotherapeutic process was developed on the basis of a personal combination of humanist, relational and integrative models (Coderch, 2010; Gimeno-Bayón & Rosal, 2003; Erskine, Mouesund & Trautmann, 1999; Payás, 2010; Wallin, 2012).

Liang was a 31-year-old woman who was referred to one of the authors for her

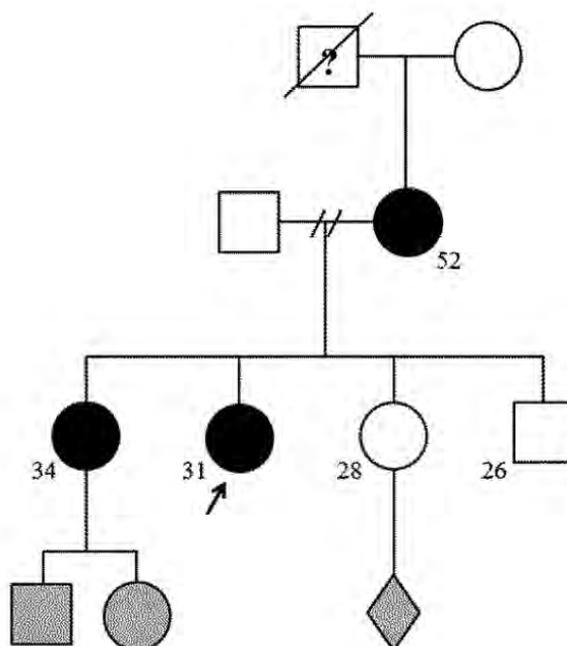


Figure 2. Family tree. Affected subjects are shown in black; healthy individuals are shown in white; children without diagnosis are in gray. Numbers indicate the age of each individual. The arrow points to Liang.

double training in human genetics (Monros, Smeyers, Ramos, Prieto & Palau, 1995; Monros et al., 1997) and adult psychotherapy. As shown in Figure 2, the patient was the second of four siblings. She was a teacher and psych pedagogue, and had finished training in Gestalt psychotherapy. She lived with her couple in a small town where she worked in a school. She was an expressive, attractive, intelligent woman. She had been recently diagnosed from a rare hereditary disease, a Rendu-Osler-Weber Syndrome, and she came up with a double demand:

- Genetics demand:
 - Assessment of the disease and its consequences.
 - Genetic and reproductive counseling: She wanted to have children.
- Psychologic demand:
 - To assume sickness and fear: Fear to live and fear to die.
 - To perform, maybe, a grief work: Grief form health, from her frustrated life expectations, from the children she may not have.

The complexity of the demand required a profound integrative therapeutic approach which could not be achieved by a symptom-oriented model of psychotherapy nor through a cognitive-behavioral model.

Rendu-Osler-Weber disease

Already known as Hemorrhagic Hereditary Telangiectasia (HTT), it is a rare disease caused by malformations in the blood vessels of skin, mucous membranes and viscera. Symptoms can be summarized as nasal, gastrointestinal and respiratory hemorrhage, respiratory and cardiac insufficiency, stroke, convulsions, hypertension, hepatomegaly, cirrhosis, telangiectasia, hemangioma and anemia. The disease has an evident risk for life.

Specific treatment does not exist and patient's quality of life is based on prevention through periodic medical reviews. Cauterization, surgery and endovascular embolization are usually needed. Prognosis is largely variable, from severe forms with premature death to milder forms that allow a normal period of life.

The disease has an autosomal dominant inheritance pattern with a 50% recurrence risk. Two variants are distinguished, according to the gene involved:

- HTT1 (OMIM 187300): Type 1 variant is caused by mutations at the Endoglin gene, on chromosome 9. It is characterized by an earlier onset of nasal bleeding and a greater involvement of lung and brain.
- HTT2 (OMIM 600376): Type 2 variant, caused by mutations at the ALK1 gene on chromosome 12, has a greater hepatic involvement.

Liang: Medical Record

Liang was clinically diagnosed a few months ago. She inherited the disease from her mother, who was diagnosed at 50 years of age. The mother suffered daily from nasal bleeding, had affected lungs and heart, and had suffered the embolization of five pulmonary fistulas. As shown in Figure 2, Liang older sister was also affected while the two younger had no symptoms. The causing mutation probably came from the maternal grandfather, already deceased. Liang had been recently submitted to a pulmonary embolization in which she had complications. As soon as in the first session she said: "*I saw death in front of me*". In two months she will have a brain scanner that caused her significant distress. With this background, her double demand for genetic counseling and psychotherapeutic work on her fear of illness and death made great sense.

Other manifested problems

In the course of the first two sessions, other relevant biographical antecedents emerged. For a closer approach to the patient's subjectivity, maximum fidelity to dialogues and internal verbalized processes has been maintained in the description.

Liang's father: Parents divorced when Liang was 14. The father was alcoholic and a womanizer. However, when talking about him she smiled and said: "*I no longer victimize. On the contrary, I've taken responsibility for myself and I've chosen a good partner.*"

Liang's mother: The mother had a labile personality due to a difficult childhood. From the first session the conflict with her emerged: "*My*

mother overwhelms me. She's manipulative and victimizer. She always wants to be the protagonist, always complaining ... I can't stand her. "She made several suicide attempts... when I was three she slit her veins ... Sometimes she packed her bags to leave home ... I was so scared! When I was 10 she told me about her suffering, her autolytic attempts... she explained to me that my father besides drinking went off with other women..." "When I was a child I was very afraid she would die. I invented magic games to save her, like thinking: 'If it's yes, she'll die; if not, she won't die.'" Resentfully, she said: "With this disease she finally has what she always wanted, a reason to really complain! It makes me very angry! I worked it a lot in Gestalt therapy but I don't get over it ..."

At the end, from the emotional connection, she added: *"I'm like my mother, I even have her illness!"*

It will be seen throughout the presentation that Liang was a person who had worked on her personal development, with a high insight capacity that favored her rapid psychotherapeutic advance. She displayed important intrasession and intersession changes. Therefore, despite the complexity of the case, it will be faithfully described in an agile way through the intervention processes. These were based on the great technical diversity of humanistic psychotherapies, with whom she felt comfortable. Special care was taken to ensure closure of all contents at the end of each session. A person with her highly emotional doorway (Ware, 1983) but psychologically less mature, would have required a different approach and undoubtedly a longer process, more focused on emotional restraint and on fostering metacognition and mentalization (Main, 1991, as cited in Fonagy 2000; Wallin, 2012).

Liang's partner: Liang had been in a couple relationship for four years. She wanted to have children but he did not want to. She said: *"I told him I could do without a partner but not without children, so he accepted. This was before I was diagnosed with the disease. Now he's also afraid: Afraid that I die, afraid that I die of hemorrhage during childbirth, afraid to have sick children ... We talk a lot ... I don't want to take it alone"*. In this last sentence, an implicit demand for accompaniment was intuited, probably due to a healthy need for change. It reflected her previous experience of solitude, as it might be inferred from her childhood experiences. The partner emerged as a solid place, a secure bond.

Diagnostic hypotheses

1. Genetic hypothesis. After an in-depth documentation on the clinical and genetic bases of the disease through the literature and data collected in the OMIM, it was assumed that the family mutation was probably located at the Endoglin gene. Molecular analyses were necessary to confirm the diagnostic suspicion.

2. DSM-5 diagnosis. Liang met criteria for the following diagnosis:

309.24 Adjustment Disorder with Anxiety (principal diagnosis)

V62.89 Phase of life problem

EI78.0 Rendu-Osler-Weber disease

Liang had a high degree of functionality in all aspects of her life. Her anxiety and mood related symptoms meet criteria for an Adaptive Disorder in response to the recent diagnosis of her illness and her desire to be a mother. She did not meet criteria for any personality disorder. Nevertheless, some histrionic traits may be highlighted, as well as her well-kept and seductive appearance and her high and changeable emotionality, together with a slide obsessive tendency stemming from her need for emotional, mental and interpersonal control as a child to cope with family conflicts and her mother's threats.

Her healthy personality style according to Millon and Everly (1994) fit into the sociable pattern (lively, expressive, dramatic, charming) and to a lesser extent, to the cooperative complacent pattern.

3. Diagnostics according to Transactional Analysis. Transactional Analysis was chosen as an alternative diagnostic model for its explanatory capacity of the different dimensions of personality which facilitates identification and integration of the different phenomenological parts.

Ego states

- *Child state:* At the beginning, a frightened Child (Natural Child and Adapted Compliant Child) predominated. Current healthy aspects coexisted with historic unresolved emotional aspects that confused her.
- *Adult state:* Structured Adult, present when required.
- *Parent state:*
 - Persecutor internal Controlling Parent that frightened and blamed her.
 - Great external Nurturing Parent, as derived from her profession and her role of caring for her mother since childhood. Identification and symbiosis with the mother were still maintained.
 - Deficit of internal Nurturing Parent.

Emotional subsystem. Through observation and through what she expressed in her demand, her frightened Child was afraid of illness, suffering, living, and dying. Her fear was understandable but had a great deal of anguish. It could be considered a parasite fear caused by the cumulative trauma of her childhood experiences.

She easily connected with rage and shame. These emotions were also the product of trauma and she was not able to mentalize them.

Liang also felt frustration because the diagnosis of her disease forced her to reconsider her life expectations. Her plans and illusions threatened to be thwarted.

Guilt appeared as a parasitic emotion. She felt guilty about her desire to have children in case they inherit her disease, guilty to give them a sick mother, guilty in case she died, guilty for her partner.

Finally, sadness emerged as a forbidden emotion. In her own words: “*I want to be calm and present but when I stop it always appears this bitterness ...*”

Cognitive subsystem. As mentioned above, the patient had a highly functioning and structured Adult. She was intelligent and alive, interested in self-improvement, and had a high capacity for insight.

Her apparent existential position was (+ / +) with a slight tendency to mania. Internally, the trend was depressive / nihilistic (- / -).

Behavioral subsystem

- *Defense mechanisms:* The most outstanding were introjection and denial. She disconnected from emotions through control and doing, since “*connecting is threatening*”.
- *Unproductive behavior:* Agitation.
- *Stroke system:* Deficit of unconditional positive strokes and self-strokes.
- *Favorite role:* Rescuer. She was a supporting daughter, a caretaker of her mother.
- *Drivers:* “Be strong!” and “Please others!” were the most salient.

4. Attachment style. Liang displayed an insecure attachment with disorganized style (Main, 1970, as cited in Wallin, 2012). This term defines the person who develops a controlling conduct with role reversal to try to solve an irresolvable contradiction: The need to resort to parents for safety and, in turn, the fear and desire to flee which they produce. It is typical of families where parents hurt, which causes a deep distrust of “the other” being available. Therefore, in threatening or stressful situations the person can move from the anxious-ambivalent style to the avoidant style. This aspect was hardly active in Liang’s present life thanks to her personal work and the security bond she had established with her partner. Attachment style categorization was based on the Adult Attachment Interview criteria (Hesse, 1999).

Case formulation

Given her explicit demand and previous experience in Gestalt Psychotherapy, in the first session a weekly frame of one hour was scheduled to perform the genetic counseling in parallel with a work on elaboration of her fear of contact. A final grief work could be done, if necessary, to help her to come off the life expectations which she had to give up.

However, after the family’s information obtained in the second session and the observation of her emotional response and defensive mechanisms –trying not to enter into the feeling but overflowing in anguish– the process was rethought and the following three main objectives were formulated:

1. Intrapsychic and relational elaboration of childhood conflicts:
 - a. Introspective work of experiential contact with the Child’s fear.
 - b. To differentiate Child’s fear from the present adaptive Adult’s fear.
 - c. Elaboration of traumatic memories.

2. Decontamination of parental charges and Self-parenting.
3. Genetic and reproductive counseling.

Final objective: To achieve a balance between the reality she lived and her confidence in life and, from there, to be able to make healthy reproductive decisions.

It has to be mentioned, however, that some sessions were 90 minutes long, given the need to elaborate and close the abundant and complex emerging material. This was agreed upon with her to ensure contents integration.

Procedures of Intervention and Therapeutic Process

Empathic listening, inquiry, emotional restraint, and information were used from the beginning to generate a safe space in which Liang could feel in good hands and establish a therapeutic bond (Erskine et al., 1999; Safran & Muran, 2005; Wallin, 2012). Already from the first session she felt understanding and help. She quickly got into confidence, showing her need for affection and for a maternal figure to trust.

During the first few months, sessions' contents danced between cognition and emotion, between the biomedical information the therapist was offering and her emotional reactions. These were used to enter into experiential contact and, through relation and different intervention tools, to observe, process, and integrate her intrapsychic and relational conflicting aspects.

1. Genetic counseling

Liang showed a great ambivalence between her desire to have children and her fears. Her initial demand was: "*I want to have a healthy baby.*" The tasks of the therapist as a genetic counselor focused on:

- Clinical aspects: In order to frame the demand within a realistic context, the clinic of the disease was studied throughout the international bibliographic funds: Symptoms, risks, variability of intra and inter-family gravity, and prognosis.

- Genetic aspects: Precise genetic diagnosis –which means determining both gene and mutation– was the first essential step for drawing reproductive possibilities. A laboratory was searched in which both genes that caused the syndrome could be analyzed and sample's delivery was facilitated.

- Patient Association: Contact with the Spanish Association of Rendu-Osler-Weber Syndrome was located (<http://www.asociacionhht.org/>) was supplied to the patient. As discussed above, sharing information and experiences with other people, families and groups has, in general, a psychosocial beneficial effect. Associations also bring medical, social and institutional resources.

2. Reproductive counseling

Only after knowing the specific patient mutation can the reproductive approach be followed, so the person has time to reflect before making a definitive decision.

It is important to mention, as Liang was informed, that current diagnostic techniques do not allow “*to secure a healthy child*”. The use of donor eggs was ruled out as a reproductive option since she wanted a biological child of her own. Therefore, two alternatives were drawn: (a) natural pregnancy and prenatal diagnosis; (b) IVF and preimplantation diagnosis. Liang was clear she did not want to undergo an abortion. Therefore, this second option was the only viable one and we proceeded to look for a center where to do it. However, as will be seen below, the thought of “*having a lab child, not conceived through the act of love*” also distressed her.

3. Psychological aspects and psychotherapeutic process

Liang process was unusually intense and fast. After two visits of inquiry, goals were reoriented and already from the third session a deep psychotherapeutic work began. This was facilitated by her previous therapy and training, her capacity for insight and the attunement that was established with the psychotherapist, as discussed above. Throughout the process it was important to keep in mind her bonding style, since idealization –natural at the beginning– could be polarized into intense frustration if archaic relational schemes were activated. Our relational integrative model takes special care of the therapeutic presence and bond to promote client’s safety and overcome transference conflicts (Geller & Porges, 2014).

Session 3. While she was being informed about (1) a doctor in Spain who was a specialist in her illness; (2) the existence of the association of patients and (3) the finding of a molecular genetics center where studies could be performed, Liang got into an intense anguish. At the same time she realized she was denying her feelings and getting blocked. As it was previously agreed, she was asked to make contact with this anguish in the body and to elaborate it through the Brainspotting approach (Corrigan & Grand, 2013). Although at the beginning it was difficult for her to maintain the gaze, she intensely connected with a great weight on her back: The burden of her mother and grandmother as a hump. Her body curved forward and she began to verbalize her feelings and experiences:

“It drowns me ... I get a lump in my throat ... I can’t breathe ... Not to breathe, not to live ... I take it for love ... Without this I lose my identity.”

Therapist: “Close your eyes ... get it out ... just for a while “

Liang made the gesture of removing the weight of the back with her hands. Her body bent forward. She connected with a new sensation of great fatigue. She felt down.

Therapist: “Liang, sit back upright ... Well ... feel your body like this.”

She then experienced a profound change in her body. She leaved exhausted but with a great sense of lightness.

Session 4. During the week Liang got in touch with the patient association. The therapist informed her there was a center in the same city where IVF and preimplantation diagnosis could be performed once the mutation was detected. She entered anguish again, living it as a medicalized and unnatural act. She broke into

tears and screamed: *“I feel the animal instinct of a female who wants to be fertilized by her male!”* Her inner contradiction was evident, an impasse between her Nurturing Parent who did not want to abort and her Natural Child who desired a natural pregnancy.

The spontaneous direction of her gaze allowed beginning a Brainspotting process with this body experience. Liang had an insight and realized she was in a great hurry to decide, as a result of her need to escape the discomfort. There was a major intersession change that week.

Session 5. The following days Liang spontaneously disconnected from the “children theme” and decided to give herself time. Recalling the previous session, she commented:

“I don’t want my life to be this way ... I’m always accelerated. I’d like to live more calmly but when I stop I always find this underlying bitterness ... and then I go back to activity so that I don’t feel it.”

The therapist invited her to close her eyes and stay with the feeling. She first connected with her 13, when she realized that one day she would die and everything would end. She then connected with her father: *“He’s the bitterness of life ... all gray, all bad humor ... he embitters me...”* She cried and begun to regress: *“As soon as he opens the door there’s tension, shouting, scolding ... He drinks to forget but it’s still worse ... He’s a bitter and is bitter to others... ... It was at eight or nine when I knew he was drinking. I remember well the night they brought him home drunk ... I was in bed with my sisters ... So scared! I vomited in silence, alone ... Let no one hear me ... Don’t disturb ... So much fear! And now what will become of us?”*

Liang tried to contain her tears by squeezing her eyes with her fingers as she relived the scene. The therapist pointed it out.

Liang: *“That day I was so scared!!!”*

Therapist: *“Where was your mother?”*

Liang: *“My mother, when she couldn’t stand it, she said she was leaving and packed up ... I didn’t want to ... Not to make noise ... Don’t disturb ... and take care of her.”*

Therapist: *“When did that child learn to be silent and stand it alone?”*

Liang: *“I learned early not to make noise, to hold back the tears although then they come out for anything ... and pray ... I’ve always slept with my older sister, in times with both. We went to bed alone and prayed ... Lucky sleeping with them! But that night they were sleeping, I didn’t say anything ... it was my secret ... I vomited in silence ... Homelessness ... Shame ... Fear ... And now what will happen? My head was spinning ... How much I’d have needed my mother...!”*

In this regression state the therapist performed a Parenting work so that Liang could live the experience of being accompanied and receive the warmth which that day did not have at all. Although her experience was of deep solitude, when drawing

up the session the company of her sisters and the resource of praying were rescued.

Session 7. This week Liang turned 32. She said: *“I want to live in health but I have lots of resistance. I’m very attached to my illness.”* The therapist proposed to do Brainspotting again.

During the session, Liang connected with different experiences and beliefs: Fear ... death ... the father ... *“I’m like mom ... Not to live ... Not to laugh ... Not to make noise ... So alone!”*

In this session she realized her script beliefs: “I take it alone” (implicitly “I can’t trust anyone”) and “I must take care of my mother”.

With the therapist interventions, she was able to decontaminate her Adult part from the Child, the present from the past, to differentiate the current woman who faces that one day will die from the scared lonely Girl. She also realized she is not alone now: She has her partner, growing up together in the relationship.

Intersession. During the weekend she participated in a workshop inspired by Gendlin’s Focusing (Gendlin, 1991) with the therapist, which became a helpful tool in her introspection process.

Session 8. Liang came very happy; she had two good pieces of news: Her brain scanner had been normal, which was a good prognosis, and her partner had asked her for marriage. Different topics were treated. Among them a great anger, frustration, and rebellion against life emerged for not allowing her to have children in a natural way. Afterwards she became very tired and, as Christmas was approaching, the therapist gave her permission to rest until January. It was a good gift that she took with a smile of complicity.

Session 9. Liang arrived worried and angry on January 11. She recognized the restorative effect that the rest permission had on her but the previous week she had requested an urgent visit the therapist could not attend due to vacations. This caused a transference conflict. Ancient schemas were activated in the therapist-patient dyad: Liang’s need for responsive contact was frustrated; that fired her anger, the feeling of abandonment and her subsequent detachment. The impasse was worked out by accompanying her feelings and sensations. Her emotional confusion between past and present was elaborated. This therapeutic bond repair (Safran & Muran, 2005) enabled her to grow by reconstructing the safe place of therapy from the Adult, not from the Child’s idealization of a figure always available.

The urgent demand was precipitated by a conference on Bullying she had been asked to give in her village. This opened the memory of when she was herself a victim of bullying at age 13, when her family moved to live there:

“They messed with my body, they sneered at my name, they pushed me ... they even hit me.”

The therapist proposed to focus her anguish. Liang connected with an intense feeling of shame. Experiential processing revealed a transgenerational trauma that contaminated her own trauma: The shame of her mother for her childhood abuse experiences emerged; the shame of the alcoholic father; her own embarrassment

during bullying, the mockery of her surname, which represented the father...

The therapist helped her to decontaminate her own feelings of those of her parents; also decontaminated the 13 years old girl's embarrassment of the present. In a regression state, she performed a Self-parenting work. When her Child calmed down, the therapist invited her to continue differentiating herself from her mother, with whom she still maintained an important symbiosis.

Therapist: "Now look at mom and tell her you're sorry about what happened to her." Liang cried and cried while having several insights:

- From her Nurturing Parent, she understood her mother's Child.
- From her Adult state, she understood she should not be her mother's mother.
- From her Adult state, she understood she should not act as her mother's therapist.

She then verbalized: "*I panic about passing all my mother's shit on to my kids*".

The therapist differentiated the genetic disease inherited from her mother from the psychological aspects she had received transgenerationally but did not belong to her. Liang, in a state of high perception in this long and intense session, understood and could discriminate it.

To conclude, the therapist gave her a restorative message: "Dedicate next Thursday's conference on Bullying to the 13-year-old Liang as a tribute." Liang smiled. She left moved but happy and calm.

Session 11. She came sensitive, talking about "*my sensitive part*". The therapist proposed to listen to this part, to see what it needed and take care of it.

"*I can't!*" A hard part emerged: "*Even when I meditate, I'm demanding!*"

The therapist reminded her: "Sure, connecting is threatening ..."

Liang agreed to focus this sensitive part. She connected with the girl who vomited without making noise and began to feel bad.

After a while, the therapist invited her: "Let go forward and trough up, I'll hold your head."

Liang could re-experience while being accompanied. She felt great relief. After this experience, the image of a crying baby emerged in her mind. She took her lovingly in her arms, and the girl calmed down and fell asleep. Liang smiled and had a powerful insight: "*I am this babe!*"

She lived a spontaneous experience of Self-parenting. Naturally, her Nurturing Parent was able to care and calm her helpless Girl.

March, April, May sessions. During the following months, Liang had several dreams about death. Taking into account her initial demand, we assumed her subconscious was indicating she was prepared to enter into this fear. Dreams were worked in depth.

The latter was a very significant dream: Liang was a pregnant bride dressed in white. Her mother was also in white and pregnant. In the dream, Liang filled with

strength, faced her and shouted: “*If I want to wear white, I will! And I do want to have this baby!*” Her mother replied: “*Really? Now you’ll see!*” And began devouring and swallowing her by her feet.

This would return her to the intrauterine fusion state but is a horror scene. The dream showed how Liang was confused with her mother and the threat of breaking the symbiosis. She made conscious her need to differentiate herself and take responsibility for living her own life. This was an important step of individuation. She appropriated her self and her desire to build her own family. Liang de-identified from the mother-death and made an affirmation of Life, a redecision that entailed a profound change of script.

Session 18. She came happy, expansive, pro-life. She said: “*Suffering is over, the hole is behind*”. Within the couple they had made important intimate decisions; among them: “*We still don’t want children but we are clear that we’ll do IVF and preimplantational. It’s a matter of responsibility.*”

That day she wanted to do something playful and the therapist proposed her to write a Tale of Animals: “*Once upon a time a little bear ...*” The teddy bear grew and felt the weight of responsibilities, but as a counterpart he created a family and a home that gave him love and warmth. The tale ended: “*The bear was happy, but in his heart there was a hint, a bittersweet sensation of knowing this is ephemeral and one day will end.*”

After elaborating the story, the therapist asked: “Can you reconcile yourself with this ending about life-death duality?” Liang, grateful, smiled: “*Yes. After all, this is my search engine: To reconcile myself with the fact that death is implicit in life.*”

It was an integrative end. Therapist and client agreed to close the therapy process.

FINAL COMMENTS

Liang needed some sessions to face the process when she was summoned to start the genetic diagnosis. Later, she changed her life plans and returned to live in her place of origin. Genetic results validated the diagnostic hypothesis: the 774C>A (Y258X) family mutation was detected at the Endoglin gene confirming an HHT1. After being thoroughly informed of both advantages and disadvantages of preimplantation diagnosis and embryonic selection, the couple changed their decision regarding maternity. They understood that in one way or another they had to take risks, and decided to abandon control and rely. They risked being parents by natural means and now they have a son of two years. He is the final result of a deep redecision:

“I want to live with health and trust in life”.

Villegas says that the process of therapeutic change is like a passage from

psychological constriction to personal liberation (Villegas, 2001). Liang's case is a clear example of this beautiful process, which was achieved thanks to the integration of two intimately related disciplines: Human genetics and psychotherapy.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank Natalia Matas for English review and Mariona Díaz for DSM-5 diagnostic advice.

REFERENCES

- Accreditation Council for Genetic Counseling. (2015). *Practice based competencies for genetic counselors*. USA: Lenexa. Retrieved from: http://www.gceducation.org/Documents/ACGC%20Core%20Competencies%20Brochure_15_Web.pdf
- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109. doi: 10.1037/a0030276
- Austin, J., Semaka, A. & Hadjipavlou G. (2014). Conceptualizing Genetic Counseling as Psychotherapy in the Era of Genomic Medicine. *Journal of Genetic Counseling*, 23, 903-909. doi: 10.1007/s10897-014-9728-1
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis* [The practice of relational psychotherapy. The interactive model in the field of psychoanalysis]. Madrid, Spain: Ágora Relacional.
- Corrigan, F., Grand, D. (2013). Brainspotting: Recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. *Medical Hypotheses*, 80(6), 759-766. doi: 10.1016/j.mehy.2013.03.005
- De Vruh, R., Baekelandt, E. R. F., De Haan, J. M. H. (2013). Background Paper 6.19, Rare Diseases. Retrieved from http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_19Rare.pdf
- Erskine, R. G., Mouesund J. P. & Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. New York: Taylor & Francis Group.
- Eunpu, D. L. (1997). Systematically based psychotherapeutic techniques in genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 6(1), 1-20. doi: 10.1007/s10897-014-9728-1
- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129-1146. doi: 10.1177/00030651000480040701
- Geller, S. M. & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192.
- Gendlin, E. T. (1991). *Focusing*. Bilbao, Spain: Ediciones Mensajero.
- Gimeno-Bayón A. y Rosal, R. (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista: Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad (vols. I-II)* [Humanistic Integrative Psychotherapy: Manual for the treatment of 69 problems that appear in different personality disorders (vols I-II)] Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Hesse, E. (1999). *The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395-433). New York: The Guilford Press.
- Kessler, S. (1997). Psychological aspects of genetic counseling. IX. Teaching and counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 6(3), 287-295. doi: 10.1023/A:1025676205440
- Meiser, B., Irlé, J., Lobb, E. & Barlow-Stewart, K. (2008). Assessment of the content and process of genetic counseling: A critical review of empirical studies. *Journal of Genetic Counseling*, 17(5), 434-451. doi: 10.1007/s10897-008-9173-0
- Millon, T. & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos* [Personality and its disorders]. Barcelona, Spain: Martínez Roca.
- Monrós, E., Smeyers, P., Ramos, M. A., Prieto, F. & Palau, F. (1995). Prenatal diagnosis of Friedreich ataxia: Improved accuracy by using new genetic flanking markers. *Prenatal Diagnosis*, 15, 551-554. doi: 10.1002/pd.1970150608

- Monrós, E., Moltó, M. D., Martínez, F., Cañizares, J., Blanca, J., Vilchez, J. J. & Palau, F. (1997). Phenotype correlation and intergenerational dynamics of the Friedreich ataxia GAA trinucleotide expansion. *American Journal of Human Genetics*, 61, 101-110.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional* [The tasks of grief: Psychotherapy of grief from an integrative-relational model]. Madrid, Spain: Paidós.
- Resta, R. G. (1997). The historical perspective: Sheldon Reed and 50 years of genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 6(4), 375-377.
- Resta, R. G., Biesecker, B. B., Benneth, R. L., Blum, S., Estabrooks H. S., Streker, M. N. & Williams, J. L. (2006). A new definition of genetic counseling: National Society of Genetics Counselors' task force report. *Journal of Genetic Counseling*, 15(2), 77-83. doi: 10.1007/s10897-005-9014-3
- Rogers, C. L. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente* [Client-centered psychotherapy]. Barcelona, Spain: Paidós Ibérica.
- Rogers, J. (2003). The finished genome sequence of Homo sapiens. *Cold Spring Harbor Symposium Quantitative Biology*, 68, 1-11.
- Safran, J. D. & Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional* [The therapeutic alliance, a guide for relational treatment]. Bilbao, Spain: Desclee de Brouwer.
- Villegas, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: El proceso de cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46/47, 73-118. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/el-caballo-de-troya-o-las-trompetas-de-jerico-el-proceso-del-cambio-en-psicoterapia.html>
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en Psicoterapia* [Attachment in Psychotherapy]. Bilbao, Spain: Desclee de Brouwer.
- Ware, P. (1983). Personality Adaptations: Doors to Therapy. *Transactional Analysis Journal*, 13, 11-19.
- Winter, C., Van Acker, F., Bonduelle, M., Desmyttere, S. & Nekkebroeck, J. (2015). Psychosocial development of full term singletons, born after preimplantation genetic diagnosis (PGD) at preschool age and family functioning: A prospective case-controlled study and multi-informant approach. *Human Reproduction*, 30(5), 1122-1136. doi: 10.1093/humrep/dev036
- Yager, G. G. (2014). Commentary on "Conceptualizing Genetic Counseling as Psychotherapy in the era of Genomic Medicine". *Journal of Genetic Counseling*, 23, 935-937. doi: 10.1007/s10897-014-9728-1

YOGA Y DANZA INTEGRADA COMO ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A LA CONCIENCIA CORPORAL EN AMPUTADOS DE LA FUERZA PÚBLICA

YOGA AND DANCE INTEGRATED AS STRATEGIES TARGETED AT BODY AWARENESS IN AMPUTEES OF THE PUBLIC FORCE

Oswaldo Alexander Sanabria Gonzalez¹, Paula Milena Camacho Vásquez²

¹ Fisioterapia, Universidad del Rosario. Instructor de Yoga Inbound. Colombia

² Fisioterapia, Universidad del Rosario. Colombia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sanabria González, O.A. y Camacho Vásquez, P.M. (2017). Yoga y danza integrada como estrategias dirigidas a la conciencia corporal en amputados de la fuerza pública. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 209-227.

Resumen

La conciencia corporal es un proceso de percepción de las sensaciones físicas e involucra el autoconocimiento y la autorregulación, esta se puede ver afectada por exposición a experiencias traumáticas como la pérdida de una extremidad por una mina antipersona. El yoga y la danza integrada permiten aumentar el conocimiento sensoriomotriz del cuerpo y contribuyen a la conciencia corporal. El objetivo del estudio fue explorar la conciencia corporal en hombres amputados de miembro inferior pertenecientes al Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI), a través de un programa de yoga y danza integrada. Este estudio fue de tipo exploratorio con metodología cualitativa y técnica multimétodo en el cual participaron un grupo de 10 hombres amputados de miembro inferior, sin déficit cognitivo, visual ni auditivo, los cuales hicieron parte voluntariamente de 5 clases de yoga y 5 clases de danza integrada. Se utilizó la Escala de Conexión Corporal (SBC) como herramienta cuantitativa para lograr un nivel de conocimiento del fenómeno más ampliamente junto a la entrevista grupal semiestructurada evaluando las categorías de análisis de: Conciencia corporal y Experiencia con la práctica de yoga y danza integrada. Los resultados permiten dar un valor a los resultados cuantitativos de manera individual y de manera general permiten evidenciar que con las clases de yoga y danza integrada se crea un espacio de toma de conciencia corporal que permite aumentar el registro de movimientos, favorece la sensación de tranquilidad y la sensación de libertad lo que contribuye a la autoaceptación.

Palabras clave: conciencia corporal, yoga, danza integrada, amputados, trauma



Abstract

The body awareness is a process of perception of the physical sensations and involve the self-knowledge and self-regulation, this is affected for the exposition to traumatic situations like the loss of the limb by a anti-personnel mine. The yoga and integrated danza allow increasing the body's sensorimotor knowledge and contribute to the body awareness. The objective is to explore the body awareness in men amputated from the public force belong to the Centro de Rehabilitacion Inclusiva (CRI) through a yoga and integrated dance program. This study was exploratory with qualitative methodology and multimethod technique in which a group of 10 amputee men of lower limb participated, without cognitive, visual or auditory deficit, who voluntarily participated in 10 classes of yoga and integrated dance. The Scale of Body Connection was used like a quantitative tool to amplify the knowledge with the semi-structured group interview evaluating the category of Body Awareness and Experience with the yoga and integrated dance practice. The outcomes allow to give a value to the quantitative individual result and in general to show that with the yoga and integrated dance create a space to amplify body awareness to increase the register of movements, favors the sensations of tranquility and freedom feeling which contributes to self-acceptance.

Keywords: Body awareness, yoga, dance integrates, amputee, trauma

MARCO CONCEPTUAL

La *conciencia corporal* ha sido descrita como un proceso interactivo y dinámico, dada por aferencias propioceptivas e interoceptivas que construyen la percepción de sensaciones físicas como la posición corporal y la frecuencia cardíaca, y las sensaciones complejas como el dolor y la relajación, las cuales permiten una percepción de los estados, procesos y acciones corporales que pueden ser observadas por el individuo. Estos procesos internos involucran el autoconocimiento y la autorregulación a través de un fenómeno consciente de la conexión cuerpo-mente que permiten la percepción de estímulos corporales profundos, así como estar atento a la experiencia interna del cuerpo (Soler & Garcia-Campayo, 2014)

Situaciones traumáticas, como la pérdida de una parte del cuerpo derivada de la participación en una guerra, son experiencias que pueden tener el carácter de ser inasumibles con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona, porque cuestiona el mundo del sujeto. Durante la experiencia traumática la conciencia se divide en dos: la conciencia del sujeto como tal, que involucra los esquemas anteriores al trauma, y la conciencia de la experiencia dolorosa del trauma. Esta división es temporal puesto que bajo el principio de la unicidad, dichas experiencias deben incorporarse al sujeto para mantener una única consciencia (Vega, Liria, & Pérez, 2005).

Las personas con una historia de trauma presentan fenómenos de disociación y despersonalización (Soler & Garcia-Campayo, 2014), estos comprenden procesos como la separación de la experiencia corporal y el cuerpo en sí mismo, la separación de la emoción y la dificultad para expresar, identificar y manejar emociones en la vida cotidiana, lo cual hace parte del mecanismo de defensa del sujeto para continuar viviendo en su esquema previo, expulsando esa experiencia dolorosa (Vega et al., 2005). Dicha disociación se caracteriza por la evasiva a la experiencia interna y es generalmente una estrategia de protección de sí mismo, de recuerdos y de pensamientos para afrontar el dolor físico y el trauma. (Soler & Garcia-Campayo, 2014)

Existen diferentes métodos de abordaje para aumentar la conciencia corporal en personas con antecedentes de trauma, algunos de ellos centran su atención en la percepción del cuerpo y aíslan la mente, en tanto que otros trabajan la mente separada del cuerpo. Uno de estos métodos de abordaje se conoce hoy en día como Mindfulness que ha renovado recientemente el interés en la conciencia corporal ya que ésta es considerada como un mecanismo relevante para el desarrollo de la atención del individuo en sí mismo, puesto que se centra en la experiencia interna de sensaciones físicas como la respiración y en las sensaciones del cuerpo como el miedo o la ansiedad (Soler & Garcia-Campayo, 2014). Dichas intervenciones se consideran como parte de las terapias de tercera generación que giran alrededor del concepto de aceptación del cuerpo y han resultado útiles en el tratamiento de diversos problemas tanto físicos como psicológicos y más recientemente para

incrementar el bienestar (Hervás Gonzalo, 2016). Así mismo, el *yoga y la danza integrada* se sitúan como técnicas que centran la atención para mejorar la salud física y mental a través de posturas, respiraciones, concentración y meditación durante el movimiento.

En lo concerniente al yoga, diversos estudios demuestran la manera como mejora la calidad de vida en militares activos y en veteranos de guerra, además de mejorar la calidad del sueño y reducir la agresividad en distintas poblaciones (Staples, Hamilton, & Uddo, 2013). Por otra parte, la danza integrada hace referencia a las prácticas en donde se encuentran personas con y sin discapacidad para crear en conjunto, desde la diferencia, la expresión de movimiento consciente con un sinfín de manifestaciones corporales para permitir la interiorización y exteriorización de sensaciones y emociones y para lograr una libertad corporal integral con el fin de acentuar el potencial del individuo (Gaevska, 2012).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia posee el conflicto armado más antiguo, alrededor de cinco décadas, tiempo durante el cual se han experimentado indudables cambios sociales, políticos y económicos. Las minas antipersona, como elemento de guerra no convencional, se empezaron a usar desde la guerra de Vietnam y posteriormente, grupos al margen de la ley adoptaron su uso en países como África, Afganistán y Colombia (Valencia, Suárez, Cogollos, Uribe, & Flores, 2015).

En el país las cifras son alarmantes ya que entre 1990 y julio de 2014 hubo 10.839 víctimas de minas antipersona, de las cuales el 39% eran civiles y el 61% eran miembros de la fuerza pública. En la fuerza pública la prevalencia de amputaciones por esta causa fue de 111 personas en el 2012, de 98 en el 2013 y de 42 en los siete primeros meses de 2014, para un total de 251 amputados en este periodo de tiempo. Además, cerca del 90% de estas víctimas eran procedentes de zonas rurales del país. Adicionalmente, estos datos evidencian que este tipo de lesiones generan discapacidad más que mortalidad (Valencia et al., 2015).

La pérdida de una parte del cuerpo como consecuencia de un evento traumático supone modificaciones en el esquema corporal y generalmente se relaciona con el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el cual se encuentra clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. El TEPT se caracteriza por síntomas específicos de hiperactividad autonómica, aislamiento y re-experimentación tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o psicológico, cuya naturaleza es extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo y está asociado a riesgos psicosociales como la violencia (Vega et al., 2005). El fenómeno de re-experimentación se produce por la representación residual de mensajes sensoriales de amenaza almacenados en la memoria procedimental que produce una auto-perpetuación de la experiencia y genera repudio y sensación de inferioridad, efecto que convierte al cuerpo en enemigo y se busca habitar en él el menor tiempo posible, lo que

indiscutiblemente distorsiona la imagen corporal (Petrucci, 2016; Vega et al., 2005). Estas experiencias afectan el procesamiento sensorial y juegan un papel importante en la conciencia corporal, de tal manera que estas personas necesitan aprender que las sensaciones y sentimientos internos son seguros y que cambian continuamente, aun cuando ellos creen que se quedarán siempre (Vega et al., 2005).

Aunque no se cuenta con cifras de prevalencia de TEPT en personas pertenecientes a la fuerza pública colombiana, otros estudios evidencian que el 15,2% de los veteranos de guerra reportaron estrés postraumático, caracterizado por la presencia de síntomas como el insomnio, el enfado y la ansiedad (Staples et al., 2013). Así mismo, un estudio realizado en el 2008 por el Centro de Investigación de Salud Militar RAND de Estados Unidos reporta que aproximadamente el 20% de combatientes que regresaban de Iraq y Afganistán cumplían criterios de desorden para estrés postraumático o depresión (Stoller, Greuel, Cimini, Fowler, & Koomar, 2012). Estas cifras demuestran la alta prevalencia de TEPT derivado de la guerra en excombatientes sin tener en cuenta a los que han quedado en situación de discapacidad por una amputación, en los cuales se esperaría encontrar cifras aún mayores.

Se identifica que en personas con discapacidad la conciencia corporal puede ser muy amplia o muy reducida, dependiendo del nivel de conocimiento sensoriomotriz que posea el individuo; ya que por su condición y experiencia sensorial, ésta se reduce mucho más (Retana). Paulatinamente, se tornará en la adquisición de hábitos no saludables, disminuyendo este potencial individual y condicionando una disociación corporal como síntoma del TEPT, esto refleja claramente dificultades en la organización e integración de la experiencia subjetiva de un evento traumático (Vega et al., 2005).

El abordaje de esta sintomatología necesita de un enfoque holístico donde se conciba al ser humano como un sistema en el que se relacionan sus sentimientos, emociones, cuerpo y espiritualidad, por lo tanto, se requiere de intervenciones que toquen cada una de estas áreas para lograr la meta del bienestar (Moreno Camacho & Díaz Rico, 2016). De esta manera, el yoga y la danza integrada como practica corporal reflexiva en la discapacidad derivada de la guerra, supondrían un conocimiento sensoriomotriz de la estructura, superficie, contenido y funciones corporales; puesto que a mayor conciencia, mayores posibilidades de autorregulación, lo cual facilita la vida independiente, aumenta la capacidad para moverse, el control y confianza en sí mismo y mejora la calidad de vida (Retana). Es así, como se han encontrado mejores resultados cuando se utilizan varias técnicas que centran la atención en el cuerpo, para mejorar la salud física y mental, sobre otras terapias psicológicas como la terapia de exposición y de procesamiento cognitivo que no involucran técnicas corporales (Staples et al., 2013)

Las intervenciones con yoga en personal exmilitar han concluido que es una estrategia terapéutica importante en el manejo de síntomas del TEPT, disminuye los síntomas de hiperactividad autonómica y ayuda a reformular patrones de ideas

negativas desarrolladas ante estímulos estresores, además de presentar mejor adherencia por parte de los participantes sobre otras terapias (Staples et al., 2013; Stoller et al., 2012). Por su parte, la danza integrada que permite el trabajo corporal especialmente de contacto, hace referencia a las prácticas en donde se potencia el movimiento del individuo desde la diferencia, en el que se permite la transmisión libre y profunda de sensación y emoción con cada movimiento para reconocer las sensaciones internas. Además, tiene un carácter transformador y emancipador, ya que se esfuerza por encontrar maneras en las que todos tengan las mismas oportunidades de exploración, relación y creación. Aunque no se cuenta con estudios de intervenciones con danza integrada, se sabe que la persona se olvida de sus límites al experimentar movimiento sin límite, elimina el peso de la discriminación y logra aumentar la confianza en sí mismo y en los demás (Gaevska, 2012).

En Colombia, existe una dependencia del Ministerio de Defensa Nacional, denominada Dirección Centro Rehabilitación Inclusiva (CRI) encargada de coordinar y articular los planes y programas que conlleven a la operatividad del sistema de gestión del riesgo y rehabilitación integral (Nacional, 2015). El CRI fue creado y planificado en el marco de la Política Pública de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa que permite comprender y explicar la inclusión social a través de la rehabilitación integral, para lograr el reconocimiento de la diversidad funcional en el marco de un enfoque de derechos. Provee lineamientos que permiten utilizar estrategias que contribuyan a la inclusión de esta población en el entorno humano, político, económico, cultural, social y laboral. Desde esta perspectiva, el trabajo en la conciencia corporal se articula a este modelo porque es un aporte desde y para el sujeto que permite trabajar en sus capacidades y no en sus debilidades (Defensa, 2014; Integral & Antipersona, 2010).

Dentro de los programas que maneja el CRI, se encuentra el programa de *actividad física y movilidad* que por su enfoque holístico pretende ayudar a los sujetos a través del aumento de la conciencia de autocuidado, fortalecimiento de autoestima e integración social (Defensa, 2014; Integral & Antipersona, 2010). Teniendo en cuenta los propósitos de este programa, es fundamental la implementación de intervenciones encaminadas a el desarrollo de la conciencia corporal que aborde los aspectos del conocimiento sensoriomotriz y su utilidad en el autoreconocimiento del esquema corporal, como herramienta para el empoderamiento de las habilidades y capacidades de expresión corporal, comunicativa y social a través de la práctica regular de yoga y danza integrada. Además, permite complementar dicho programa en el proceso de desarrollo de capacidades y habilidades físicas con el objetivo de contribuir al proceso de inclusión social.

Al reconocer los efectos propios de la guerra en lo que concierne al desarrollo de estrés postraumático, sumado a la pérdida de una parte del cuerpo tras el ejercicio de sus funciones en la fuerza pública y sus efectos en la conciencia corporal, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción en hombres de la fuerza pública amputados de miembro inferior del DCRI acerca de las intervenciones con yoga y danza integrada en su conciencia corporal?

OBJETIVO GENERAL

Explorar la conciencia corporal en hombres amputados de miembro inferior pertenecientes al CRI, a través de un programa de yoga y danza integrada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el nivel de conciencia corporal con la Escala de Conexión Corporal (SBC) y a través de la narrativa en esta población.
2. Implementar un programa de yoga y danza integrada enfocado en aumentar la conciencia corporal en esta población.
3. Determinar la percepción de hombres de la fuerza pública amputados acerca de la influencia que tienen las intervenciones con yoga y danza integrada en su conciencia corporal.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El estudio fue de tipo cualitativo exploratorio que incorporó técnicas multimétodo, debido al poco conocimiento sobre el fenómeno de la conciencia corporal en amputados de la fuerza pública; de esta manera se procuró describir lo que existe y clasificar la información. Por su parte, el elemento multimétodo cuantitativo se incorporó a través de la medición de la conciencia corporal a través de la escala SBC con el fin de lograr un nivel de abstracción más alta del objeto de investigación (Bolívar, 2008; Sousa, Driessnack, & Costa, 2007).

Área de estudio

El área de estudio se estableció en la ciudad de Bogotá debido a que la investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Inclusiva ubicado en el distrito capital de Colombia, es allí donde llegan todos los hombres pertenecientes a la fuerza pública víctimas de la guerra provenientes de distintos lugares del país.

Fuentes de información

La fuente principal de información fueron los hombres amputados de la fuerza pública que se encontraban en proceso de rehabilitación inclusiva en el CRI, ya que es a través de su narrativa donde se organizan los significados y experiencias de interés para la investigación (Capella, 2013). Además, otra fuente de información fue la evidencia bibliográfica disponible en términos de conciencia corporal que permitió explicar los fenómenos evidenciados.

Selección de casos

Se solicitó la base de datos del CRI con el fin de identificar a las personas con amputación de miembro inferior, sin déficit cognitivo, visual, ni auditivo, con edades entre los 18 y 40 años que se encontraban en proceso de rehabilitación inclusiva. Se realizó la convocatoria vía telefónica de todos los que cumplían con los criterios, para un total de 15 personas de las cuales 10 aceptaron la participación voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

Técnicas e instrumentos de recopilación de información

1. La escala de conexión corporal (SBC) fue desarrollada para medir dos dimensiones: La conciencia corporal y la disociación corporal. La escala es especialmente utilizada en campos de trabajo con el cuerpo, psicoterapia corporal y recuperación de traumas. El instrumento cuenta con 20 ítems que reflejan las dimensiones previamente mencionadas. Las instrucciones para la escala indican que se pregunta sobre la frecuencia de la experiencia y el respondiente debe seleccionar la mejor respuesta basada en una escala de Likert de 5 puntos en el rango de 1 que significa NUNCA y 5 que significa TODO EL TIEMPO. La SBC en su versión original presentó validez de constructo y parcial evidencia para consistencia interna y externa, la escala que se aplicará en el programa es la SBC versión española que presentó alta consistencia interna y una alta fiabilidad test-retest, cuyo estudio de la validación confirmó la adecuación de las propiedades psicométricas en muestras de población general (Soler & Garcia-Campayo, 2014).
2. La entrevista grupal semiestructurada se utilizó con el fin de captar las representaciones ideológicas o imaginarios de esta población en lo referente a las categorías de análisis de conciencia corporal y su experiencia en la práctica del yoga y danza integrada a través de preguntas previamente estructuradas, donde el propósito principal fue hacer que surgieran actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; elementos no fácilmente alcanzables con métodos cuantitativos (Amezcuca, 2003; Escobar & Bonilla-Jimenez, 2009).
3. La observación no sistemática se realizó durante las clases de yoga y danza relatando notas de observación que describen la realidad inmediata con el fin de evidenciar cambios principalmente en la capacidad de moverse y la atención de los participantes (Guerra, 1999).

En un primer momento se realizó una caracterización de los participantes para identificar elementos comunes, posteriormente se aplicó la Escala de Conexión Corporal (SBC) a todos los participantes. Esta escala nos permite tener un primer panorama acerca de la conciencia corporal y la disociación corporal en los sujetos. La segunda fase fue de intervención y consistió en la aplicación de los protocolos de yoga y danza integrada por 2 días a la semana durante 5 semanas, con el fin de

cumplir con 5 clases de yoga y 5 clases de danza, para un total de 10 clases aplicadas. Debido a que es una prueba piloto y la población no es muy amplia, la persona podía asistir a la entrevista grupal final con un mínimo de asistencia a 5 clases. Durante esta fase, se realizó un registro de lo observado en las clases para alimentar el análisis cualitativo.

Una vez finalizó el protocolo de intervención se realizó una entrevista grupal semiestructurada, que parte epistemológicamente desde el realismo, puesto que el grupo de trabajo no es preexistente, hay relación de homogeneidad debido a que los participantes pertenecen a la fuerza pública y tienen condiciones de discapacidad similar, por lo tanto, los resultados obtenidos pueden reflejar la opinión de los grupos a los que pertenecen (Escobar & Bonilla-Jimenez, 2009).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El tratamiento de los datos con la escala SBC consistió en la puntuación y suma total de los ítems para conciencia corporal 1,3,4,6,8,9,12,13,14,15,17,18 y los ítems de disociación corporal 2,5,7,10,11,16,19,20 con el fin de determinar en la muestra el nivel de los mismos.

Inicialmente se realizó un análisis de lo observado con las notas de campo en lo concerniente a capacidad de moverse y la atención de los participantes por cada clase de yoga y de danza desarrollada. Posteriormente, se transcribió la información obtenida en la entrevista grupal semiestructurada, de manera inmediata conservando las mismas palabras utilizadas por los participantes, con el fin de reconstruir la atmósfera de la discusión. Aquí se tuvo en cuenta las preguntas iniciales como guía de categorías de análisis para intentar acceder a la subjetividad, además de los relatos, actitudes y opiniones que aparecieron continuamente, así como comentarios sorprendidos y reacciones positivas y negativas (Escobar & Bonilla-Jimenez, 2009). Es importante recordar que el análisis de la información a través de estas categorías no se redujo únicamente a ellas. Se observaron categorías importantes luego de la realización de la entrevista grupal y por lo tanto se individualizó ese análisis, ya que es importante reconocer opiniones individuales y los consensos grupales. Este análisis de datos incluye la interpretación de la información obtenida con la información conceptual (Escobar & Bonilla-Jimenez, 2009), además de correlacionar los resultados de la escala SBC con la narrativa de los sujetos que asistieron a la entrevista grupal.

Calidad de los datos

La calidad de los datos cualitativos obtenidos se garantizó a través de la observación persistente del investigador en el campo durante las intervenciones y durante la entrevista, la recogida de material a través de grabación de audio, la auditoría de confirmación de la interpretación de los datos por un agente externo y los registros fieles de los datos por transcripción textual de la entrevista grupal sin inferencias.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos demográficos y los resultados de la aplicación de la escala SBC en sus dimensiones de conciencia corporal (CC) y disociación corporal (DC) se encuentran en la tabla 1. De los 10 participantes el 100% fueron hombres pertenecientes al ejército nacional con escolaridad bachiller con una edad promedio de 26,1 años, de los cuales 3 participantes son soldados regulares y los restantes 7 son profesionales. Con respecto a su discapacidad el 90% tenían amputación transtibial (50% derecha, 40% izquierda) y el 10% desarticulación del pie, adquiridos de manera traumática por una mina antipersona (Grafico 1).



Grafica 1. Datos demográficos de población participante.

El 90% de las personas fueron de fuera de Bogotá, puesto que es en el ámbito rural donde generalmente se dan las acciones bélicas a través de la mina antipersona, por lo tanto, de donde procede la mayor cantidad de víctimas de la fuerza pública. El CRI realizó convocatorias en las distintas regiones del país con el fin de invitar a las personas pertenecientes a la fuerza pública en condición de discapacidad para hacer parte de los procesos de rehabilitación del centro de manera gratuita.

Tabla 1. Datos demográficos y resultado de aplicación de escala SBC

Participante	Edad	Sexo	Natural	Procedente	Fuerza	Grado	Escolaridad	Estado civil	Discapacidad	Resultado SBC	
										CC	DC
P1	20	M	Medellín	Bogotá	Ejercito	Regular	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial derecho	1.42	0.5
P2	26	M	Choco	Bogotá	Ejercito	Profesional	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial derecho	1.83	0.37
P3	24	M	Arauca	Bogotá	Ejercito	Profesional	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial derecho	2.08	0.87
P4	35	M	Huila	Bogotá	Ejercito	Profesional	Bachiller	Soltero	Desarticulación de pie derecho	1.5	1
P5	22	M	Sucre	Bogotá	Ejercito	Regular	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial izquierdo	1.17	1.25
P6	20	M	Bogotá	Bogotá	Ejercito	Regular	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial izquierdo	1.75	1.25
P7	30	M	Cali	Bogotá	Ejercito	Profesional	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial izquierdo	1.5	0.87
P8	28	M	Cali	Bogotá	Ejercito	Profesional	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial izquierdo	1.17	0.5
P9	32	M	Bolívar	Bogotá	Ejercito	Profesional	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial izquierdo	1.67	1.12
P10	24	M	Choco	Bogotá	Ejercito	Profesional	Bachiller	Soltero	Amputación transtibial derecho	1.83	0.75

Con relación a los resultados de la aplicación de la escala SBC la media para el resultado de conciencia corporal fue de 1.73 y de disociación corporal fue de 0.85. En general, el puntaje de la conciencia corporal fue muy bajo en relación con el puntaje máximo de 4 que se puede obtener, esto podría relacionarse con las pocas experiencias de trabajo hacia el cuerpo con prácticas corporales reflexivas como el yoga o la danza integrada de esta población (Retana). Sin embargo, los participantes no evidencian un puntaje alto para una disociación corporal lo cual no guarda relación con las características del TEPT y evidenciaría una posible integración adecuada de la experiencia traumática, con poca o nula re-experimentación del evento traumático. Es importante recordar que la escala no posee una clasificación del estado de la conciencia corporal pero suministra una base para reevaluaciones futuras posteriores a una intervención con terapias mente-cuerpo.

Se realizó un registro de asistencia (Tabla 2) a las clases, para totalizar el nivel de participación, se identifica que la asistencia estuvo muy reducida con un promedio de 4 asistentes por clase, debido a factores externos como citas médicas y actividades en la misma franja horaria. Además, algunos participantes no

demostraban interés particular por la danza o el yoga por lo cual asistían solo a una de las dos, puesto que el trabajo de introspección finalmente requiere de voluntad por parte del sujeto para realizarlo.

Tabla 2. Cantidad de clases cumplidas por participantes

Participante	YOGA	DANZA
P1	1	2
P2	1	0
P3	4	5
P4	0	1
P5	1	3
P6	2	0
P7	4	4
P8	0	1
P9	1	3
P10	1	2

De manera longitudinal, la observación no sistemática evidencio que en las clases iniciales para los participantes fue difícil concentrarse y mantener la atención puesto que ante cualquier estímulo externo a la clase abrían los ojos o perdían el ritmo de los movimientos ejecutados, también se observó timidez e inseguridad que posteriormente con el paso de las clases cambio a un dinámicas más participativas. En las clases de yoga, la progresión se evidencio con aumento en el tiempo que permanecían con los ojos cerrados, así como la concentración y atención a las instrucciones que permitían realizar posturas adecuadas; las dinámicas también permitieron que algunos participantes se quedaran dormidos en la relajación final. En las clases de danza integrada, se observó desplazamientos más fluidos y consensuados con los sentidos, además de la alegría con el movimiento y se atrevieron a explorar nuevas formas de moverse a través de la imaginación y creatividad. Además, en el componente de introspección también adquirieron la habilidad de concentrarse y centrar su atención en su cuerpo.

Resultados de la entrevista grupal

Al finalizar las 10 sesiones se llevó a cabo una entrevista grupal, donde asistieron 3 personas (P3, P7, P9) las cuales respondieron las preguntas que se plantearon en las categorías de análisis propuestas. Cabe aclarar que por la característica semiestructurada de la entrevista, surgieron nuevas preguntas durante la misma.

Para indagar acerca de la conciencia corporal se abordaron aspectos de la corporalidad, la expresión corporal y el empoderamiento, así como su opuesto, la

disociación corporal y algunos factores asociados a ésta, como la sensación de aislamiento y la referencia de la experiencia traumática o recuerdos resaltados.

Respecto a la conciencia corporal, los participantes la conciben como un proceso mediante el cual se perciben sensaciones internas y externas del cuerpo que involucran el autoconocimiento gracias a un fenómeno de conexión cuerpo-mente, ante el cual se actúa de determinada manera: *“ ser consciente de las reacciones de su cuerpo, de qué está pasando con su cuerpo, que le falta a su cuerpo, como digamos, un ejemplo, el fortalecimiento de los músculos, uno sabe que necesita fortalecer los músculos, es como algo que uno sabe pero pues a veces uno no lo realiza ”* (P3). Para este participante se logra correlacionar su discurso con el puntaje obtenido en conciencia corporal de la escala SBC que fue uno de los más altos.

Frente a la corporalidad, emerge de algunos participantes elementos que evidencian autorechazo hacia el reconocimiento del cuerpo en su condición actual y una percepción de limitación en la ejecución de actividades funcionales: *“Pues a mí, cuando estaba sano y bueno, el cuerpo me servía para trotar, para hacer ejercicio, para desplazarme de un lado a otro sin ningún problema, ahora que ya tengo otra limitación, pues ya se me dificulta, pero a pesar de todo, los demás sentidos han sobrepasado.”* (P7). Sin embargo, aunque cuentan con una prótesis que los apoya funcionalmente, esta apoya la continuación en un esquema corporal previo y no permite la aceptación de su pérdida corporal: *“una prótesis, bueno, la reemplaza, pero no es lo mismo, que estar uno completo si ves ”* (P3). Por otra parte, también se destacó la autoestima y autovaloración del cuerpo, que les permite sobrepasar los retos que impone la pérdida de una extremidad: *“cuando estamos completos, más bien, Que pereza hacer esto, o qué pereza hacer lo otro; cuando estamos así, créame que como que ya uno como que esas ganas de querer salir adelante y sobrepasar los límites, entonces, hay muchas personas que no valoran eso, que no valoran hasta sus partes del cuerpo, si ves, pero cuando las pierden, ahí si dicen como juepucha, pude hacer esto cuando estaba bueno, entonces tratan de superarse y de superar a los demás. Y mira, lo han hecho, hay campeones amputados, campeones de natación, de pesas, bueno, en fin, ciclismo, y son mejores, que una persona normal ”* (P3).

Además, los participantes reconocen que el cuerpo es esencial para la transmisión de información y emociones, y que a través de la expresión corporal se puede conocer al otro y a sí mismos: *“[...]el cuerpo siempre es la base fundamental para uno saber, si no se ve por dentro, se ve por fuera, como un reflejo de lo que yo puedo o no sentir en el momento.”* (P7) *“yo una forma de expresar cuando estoy enojado, en el rostro y las manos, me sudan, me pica el cuerpo ”* (P3).

Múltiples elementos surgen en la entrevista que permiten identificar el empoderamiento de los participantes con relación a su cuerpo, ya que les permite apropiarse del estado actual y hacer frente a las nuevas demandas: *“Pues, anteriormente yo me golpeaba el pie cuando estaba con ambos pies y qué problema pa’ caminar o saltar con el otro, o todo era un dolor, en cambio ahora, me desplazo de un lado*

pa' otro con un solo pie, saltando, y no me canso tan fácilmente, o no me veo tan ayy es qué el tobillito, que el dedo, no. Ahora sé que ese es el pie que necesariamente hay que sacarle más, el que tiene que dar” (P7). Además, este empoderamiento les permite tomar decisiones respecto a su participación en actividades que les produzcan bienestar e identificar las acciones que los pueden perjudicar: “A mí me motivaba la tranquilidad en la clase, el espacio de tranquilidad que se siente en el salón, la música de yoga” (P7). “[...]a la mayoría de mis compañeros, no digo todos, ósea, no les gusta hacer nada, no van a una clase de inglés, les gusta estar viendo televisión, acostados” (P3). “Y esas son siempre esas personas que van a andar estresadas, aburridas, porque supongamos, a mí no me gusta ir a una clase, pero para no estarme durmiendo yo me meto para despejarme un poquito” (P9).

Contrario a los elementos de conciencia corporal, se identificaron elementos que reflejan disociación corporal, entendiéndola como la desconexión de la experiencia sensorial por creencias acerca de lo inverosímil de la realidad: “[...]como le digo, quisiera despertar y verme completo, de que fue un sueño y que fue mentira, pues la mente también va a sentir lo mismo [...] porque yo hay veces que digo, quisiera despertar y saber que no estoy aquí, en este lugar, y no estoy bien” (P7). Para este participante, se logra relacionar el puntaje obtenido en el componente de disociación corporal de la escala SBC con su discurso.

Acerca de la sensación de aislamiento, se evidencia que aunque los participantes refieren no haber percibido discriminación por sus cambios físicos y limitaciones funcionales, se sienten más observados por sus conocidos y espectadores, lo cual puede contribuir a la sensación de aislamiento: “no discriminado pero sí muy observado por la gente, porque obviamente, yo sabía que yo no soy el único, que a pesar de que fuera militar o no, que la persona que ha estado mocha, hay personas que han quedado amputadas por accidentes de tránsito, por una u otra, pero de todas maneras, no me sentía aislado pero si me veía, muy observado por la gente” (P7). “[...] la gente cuando yo fui, me quedaban viendo, como ¿qué?, ¿qué paso? y yo tú sabes que las cosas son así, y ellos quedaron admirados porque yo decía yo puedo jugar billar, yo les decía, yo juego billar en la silla” (P9).

Respecto a la referencia de la experiencia traumática o los recuerdos exaltados, estos no emergen en el discurso, sin embargo, se destaca cómo tales situaciones, durante su actividad como profesional activo en el ejercicio militar, les ha permitido entender las condiciones actuales: “obviamente uno aquí realmente pues los que hemos llevado, visto morir compañeros, igual uno siempre se vuelve un poco más fuerte en este trabajo, aprende a asimilar las cosas con un poco más de calma, a mí me dio difícil, durísimo” (P7)

De esta manera, se identifica tanto en el discurso de los participantes como en los resultados de la escala SBC que diferentes sujetos frente a un mismo tipo de lesión presentan variados niveles de conciencia corporal lo cual incide en la forma cómo se desenvuelven funcionalmente, el autocontrol y la sensación de confianza en sí mismo.

Frente a la experiencia de la práctica de yoga y danza integrada, se indago en 3 subcategorías importantes, el efecto percibido posterior a las clases, la potencialización de capacidades para moverse y la relación percibida con terapias convencionales.

Posterior a las clases de yoga y danza integrada se destaca la sensación de tranquilidad y descanso, así como la disminución en la tensión muscular y dolores asociados por tiempo prolongado: *“Bueno, en una en especial llegué súper estresado, tenía unos nudos ushh increíbles, en el cuello, bueno, eh iniciamos con una clase de yoga, bueno, eso me relajo bastante”* (P9) *“después de que ya el cuerpo esta relajado y uno esté haciendo algo agradable, el dolor deja de existir, así sea por unos minutos o unas horas, entonces sí, en ambas siempre salí satisfecho con lo que hice”* (P7).

Acerca de la potencialización de las capacidades para moverse, se destaca que especialmente a través de la danza los participantes aprendieron mayores dinámicas de movimiento, liberaron el peso de sus límites y aumentaron la confianza en sí mismos para conseguir bailar en su condición actual, es decir, aumentar su registro de movimientos e identificar otra forma de moverse: *“Aprender a bailar con el cuerpo, con la prótesis”* (P9) *“pues en danza lo que hace uno es soltarse, soltar el cuerpo, relajarlo, aprender a bailar”* (P3). Así mismo, identificaron la complementariedad entre las dos estrategias implementadas, puesto que el yoga les permite ser más conscientes del cuerpo, relajarse, disminuir dolores asociados y a través de la danza descubren la alegría de moverse sin importar su condición, ubican su cuerpo en el espacio y logran expresarse corporalmente: *“Claro, las dos porque en una relajábamos el cuerpo y en la otra le dábamos movimiento al cuerpo [...]”* *el cuerpo se le va quitando esas cosas, ese peso de encima que uno tiene, y eso es lo que me ha gustado de esta vaina, y la danza, que uno, yo porque no pueda pararme de la silla, así se puede bailar y en la silla, porque yo bailé, me relaje, recoché y todo, me gusto esto”* (P9) *“Ser conscientes de su cuerpo y danza, soltar el cuerpo, moverse con más facilidad”* (P3) *“en una se aprende a la tranquilidad del cuerpo para no pensar en dolor, y en otra pues la alegría y los movimientos también el cuerpo se relaja”* (P7).

Se identificó la diferencia entre estas prácticas corporales y las terapias rehabilitadoras convencionales, en tanto, las terapias rehabilitadoras se enfocan en el segmento corporal afectado y reconocen que son momentos que demandan gran esfuerzo; sin embargo, en las clases de danza y yoga lograron generar un espacio de mayor tranquilidad que permitió sentir su cuerpo más libre lo que facilitó el movimiento: *“ahí (en la terapia) está haciendo un esfuerzo y en cambio acá no, acá uno está despejando todo lo que tenga en el cuerpo”* (P9) *“a pesar de las terapias ocupacionales, y terapias físicas que uno hace, no se presenta como en esta clase, con la música serena que se pone en práctica, y todo el, las instrucciones que nos decían de la mente, de manejar la mente, de no sentir dolor, de verse en un lugar tranquilo, que lo, que se sintiera uno en un lugar donde a uno más le gustará estar,*

entonces sí, para mí era muy, de mucha tranquilidad, que en varias, dos o tres ocasiones, me quedé también dormido, sin darme cuenta” (P7).

Estos resultados en términos de la potencialización de capacidades para el movimiento se correlacionan con las observaciones de manera longitudinal, en donde se evidenció movimientos más fluidos y tranquilidad al finalizar las sesiones.

DISCUSIÓN

Este estudio empleó un diseño multimétodo cuantitativo y cualitativo para investigar el proceso y resultado de 10 clases de yoga y danza integrada en la conciencia corporal de hombres amputados de miembro inferior de la fuerza pública adscritos al CRI. Los resultados, permitieron explorar aspectos de la conciencia corporal en los sujetos, así como identificar los efectos percibidos de las intervenciones con yoga y danza integrada. Así mismo, sugieren que las personas pertenecientes a la fuerza pública que tienen una amputación por una causa traumática derivada de la guerra, pueden tener la conciencia corporal disminuida por procesos como la separación de la experiencia corporal y el cuerpo en sí mismo, lo cual dificulta la expresión corporal y el manejo de emociones (Vega et al., 2005).

Por su parte, la práctica del yoga ha aumentado en los últimos años y diversos estudios demuestran aumento en la energía, mejora en la función inmune y prevención en enfermedades y tratamiento de condiciones como dolor lumbar y estrés (Field, 2016). La danza integrada es una estrategia novedosa que utiliza el movimiento libre para la expresión de movimiento consciente con un sinnúmero de manifestaciones corporales con el fin de permitir la interiorización y exteriorización de sensaciones y emociones (Gaevska, 2012). Los hallazgos evidencian que estas prácticas permitieron la ampliación de la expresión corporal a través de procesos introspectivos enfocados en la conciencia corporal.

La literatura enmarca a ambas técnicas dentro de las terapias que integran mente-cuerpo y resultan útil para la integración emocional, cognitiva y social, a través del movimiento. Los resultados de este programa de intervención coinciden con hallazgos reportados en otras investigaciones donde a través de la Danza/Movimiento Terapia se identifica la importancia de “moverse” como un factor central que facilita la rehabilitación, la reducción del dolor por disminución de la tensión y rigidez, y se consigue una sensación de libertad y transformación en la expresión corporal. De igual manera, otras investigaciones reportan que mediante estas estrategias de abordaje se logra el aumento en la percepción de autocontrol, la corporalidad, y el reconocimiento del movimiento como una forma activa de autoafirmación corporal (Shim et al., 2017).

En la experiencia manifestada por los participantes en este estudio se reportó la tranquilidad y sensación libertad, posterior a las clases, así como la ampliación en el registro de movimientos en su condición actual, lo que contribuye a la autoaceptación y aumento del potencial para moverse. Otros estudios coinciden en señalar que a través de la Danza/Movimiento Terapia se logra promover la habilidad

interna y externa para mantener una vida sana en personas con dolor crónico, se mejora la imagen corporal, la movilidad, se disminuye el estrés y se aumenta la sensación de autocontrol (Shim et al., 2017).

Especialmente con la danza integrada, los resultados son similares a los reportados con intervenciones como la Danza Mindfulness en mujeres, que reportan cambios en el aumento de la conciencia emocional, aceptación corporal, relajación y calma (Marich & Howell, 2015). Igualmente, el abordaje con Danza Integrada a través de técnicas introspectivas logra cultivar la autoconciencia corporal y la práctica de la atención, así como promover beneficios en la corporalidad.

Con relación a la práctica del yoga otros estudios demuestran los efectos que particularmente se producen en la imagen corporal, en la opinión favorable sobre sí mismos, incluidas sus características personales, su funcionalidad y sus capacidades. La palabra yoga viene del sanscrito “yui” que significa “unir”, esto ilustra la idea central de la unión mente-cuerpo y espíritu que favorece una imagen corporal positiva, un mejor vínculo con el cuerpo, una mayor atención a las necesidades de éste y una percepción de mayor potencial físico (Dieterich-Hartwell, 2017; Mahlo & Tiggemann, 2016). Los participantes del presente estudio reportaron una relación entre el aumento de la conciencia corporal y la disminución del dolor, una mejor relación con el cuerpo y un adecuado aprendizaje del movimiento.

Con la práctica del yoga y la danza integrada se crea un lugar de expresión corporal y creatividad que permite la toma de conciencia corporal, ampliar el registro de movimientos, vivencias que finalmente logran la integración entre la dimensión corporal, afectiva y cognitiva (Olalla, 2009). Darle al cuerpo la importancia como un lugar donde se han experimentado todas las sensaciones y sufrimiento de la vida, es darle nuevas dimensiones de bienestar y un medio para entrar en relación con otros.

Por lo tanto, con estas prácticas se mejora no sólo una dimensión biológica de funcionalidad, sino también se retoma la importancia del movimiento corporal humano en el impulso de procesos comportamentales donde la persona se conoce, se desarrolla y se transforma (Martinez, 2013). Esta experiencia permitió identificar la importancia de incorporar intervenciones que favorezcan la relación mente-cuerpo para el desarrollo de mayores capacidades y potencialidades en personas con discapacidad víctimas del conflicto armado, intervenciones que superan los resultados de los abordajes convencionales en la rehabilitación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El programa cumplió con las consideraciones éticas internacionales y nacionales que establece la resolución 8430 de 1993, pertenece a una investigación con riesgo mínimo puesto que se manejaron datos luego de las intervenciones y con información sensible del sujeto, por lo tanto, los hombres que formaron parte del estudio contaron con el consentimiento informado acerca de la investigación que incluyó: la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos a

seguir y su propósito, las molestias o los posibles riesgos y los beneficios que pudieron obtenerse. Se incluyó en el mismo, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, asimismo la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que ello creará prejuicios. También se contó con un consentimiento informado para la grabación de voz de la entrevista grupal planteado en la metodología.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A partir del trabajo de campo realizado, se identificaron las siguientes limitaciones en la implementación del programa

- Falta de validación de la escala SBC en población colombiana
- Disponibilidad de los participantes en la franja horaria estipulada, por el cruce de actividades institucionales o personales para el cumplimiento de las clases
- Población de características difíciles en la motivación y compromiso de la nueva propuesta

CONCLUSIÓN

A partir del trabajo realizado, se reconoce que la mayoría de los métodos de investigación cuantitativa, como lo es la escala SBC, brinda resultados numéricos y clasifica el estado del evaluado, sin embargo, tiene limitaciones en identificar el porqué de las categorías que evalúa. En tanto, a través de la investigación cualitativa, mediante la entrevista grupal se logra reconocer la percepción que tienen sobre la conciencia corporal en su discurso, lo que permite asociar y comprender la causa al puntaje obtenido en la escala, dichas relaciones y asociaciones son las que enriquecen el proceso investigativo con técnica multimétodo de temáticas subjetivas que demandan un análisis detallado.

Por otro lado, se reconoce la importancia de que el fisioterapeuta involucre en sus intervenciones la relación mente-cuerpo, pues contribuye al empoderamiento y a la atención humana con el enfoque de integralidad que se caracteriza en los procesos de inclusión social (Martinez, 2013).

Referencias bibliográficas

- Amezcuca, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 13(2), 112-117.
- Bolívar, C. R. (2008). El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Teré: revista de filosofía y socio-política de la educación*, (8), 13-28.
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128.

- Dieterich-Hartwell, R. (2017). Dance/movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model. *The Arts in Psychotherapy, 54*, 38-46.
- Escobar, J., & Bonilla-Jimenez, F. I. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología, 9*(1), 51-67.
- Field, T. (2016). Yoga research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 24*, 145-161.
- Gaevska, L. A. O. (2012). Danza integrada: entre el desenfoco y el zoom. 0. Recuperado de: <http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/RLT/article/view/323>
- Guerra, S. (1999). La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Atención primaria, 24*(7), 425-430.
- Hervás Gonzalo, C. A., Soler Joaquim. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *ScienceDirect, 10*. doi:10.1016/j.clysa.2016.09.002
- Integral, P. P. p. I. A., & Antipersona, c. M. (2010). Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva. En *De la asistencia a la inclusión social* (pp. 1-32).
- Mahlo, L., & Tiggemann, M. (2016). Yoga and positive body image: A test of the Embodiment Model. *Body Image, 18*, 135-142.
- Marich, J., & Howell, T. (2015). Dancing mindfulness: A phenomenological investigation of the emerging practice. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing, 11*(5), 346-356.
- Martínez, Y. (2013). Una mirada desde el desarrollo humano hacia la formación en fisioterapia. En (pp. 16-20). *Fisioterapia y desarrollo humano*.
- Moreno Camacho, M. A., & Díaz Rico, M. E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB, 16*(1), 198-213.
- Olalla, L. G. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *orporales, 27*.
- Petrucci, J. (2016). Body-States, Body Image and Dissociation: When Not-Me is 'Not Body'. *Clinical Social Work Journal, 44*(1), 18-26.
- Retana, A. La educación somática y la discapacidad. *Enlace en Red, 43-47*. Retrieved from
- Shim, M., Johnson, R. B., Gasson, S., Goodill, S., Jermyn, R., & Bradt, J. (2017). A model of dance/movement therapy for resilience-building in people living with chronic pain. *European Journal of Integrative Medicine, 9*, 27-40.
- Soler, J., & García-Campayo, J. (2014). Conciencia corporal y mindfulness: Validación de la versión española de la escala de conexión corporal (SBC). *Actas Españolas de Psiquiatría, 42*(2), 57-67.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para Enfermería: Parte I: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(3).
- Staples, J. K., Hamilton, M. F., & Uddo, M. (2013). A yoga program for the symptoms of post-traumatic stress disorder in veterans. *Military Medicine, 178*(8), 854-860.
- Stoller, C. C., Greuel, J. H., Cimini, L. S., Fowler, M. S., & Koomar, J. A. (2012). Effects of sensory-enhanced yoga on symptoms of combat stress in deployed military personnel. *American Journal of Occupational Therapy, 66*(1), 59-68.
- Valencia, C. F., Suárez, J. A., Cogollos, Á., Uribe, R. A., & Flores, G. C. (2015). Wounded in combat, experience of the Trauma Group of Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía, 30*(1), 18-23.
- Vega, B. R., Liria, A. F., & Pérez, C. B. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de psicología clínica y de la salud. Annuary of Clinical and Health Psychology, (1)*, 27-38.

DE LA CONTRATRANSFERENCIA A LAS RESONANCIAS: LAS EMOCIONES DEL PROFESIONAL EN PSICOTERAPIA

FROM COUNTERTRANSFERENCE TO RESONANCES: THE EMOTIONS OF THE PROFESSIONAL IN PSYCHOTHERAPY

Juan Miguel de Pablo Urban

Psicólogo clínico, psicoterapeuta y supervisor docente
Codirector de COOPERACION, Instituto de Formación Sistemica (Cádiz) España
Director de la revista SYSTEMICA

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

De Pablo Urban, J.M. (2017). De la Contratrtransferencia a las Resonancias: Las emociones del profesional en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 229-247.

Resumen

En el trabajo en psicoterapia, con pacientes, grupos y familias, es de especial relevancia el manejo de las emociones y afectos. Dentro de este manejo, es destacable el uso que es posible realizar de las propias emociones del terapeuta. En este sentido se acude, por su profundidad y pertinencia, a los estudios sobre la contratrtransferencia que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica han ido desarrollando. A pesar de las diferentes concepciones sobre la misma, se defiende la visión en la necesidad de incorporar lo que el/la terapeuta siente como instrumento al servicio del proceso terapéutico, se aconseja la importancia de que, para ello, el terapeuta conozca bien su familia de origen y sus patrones relacionales más destacables. En esta misma línea se analizan las aportaciones de la terapia familiar transgeneracional y de otras corrientes del enfoque relacional sistémico en referencia a la necesidad del trabajo con la familia de origen en la figura del psicoterapeuta. Se incluyen para ello los conceptos de resonancia y ensamblaje.

Palabras clave: *Contratrtransferencia, resonancias, emociones, psicoterapia, psicoterapeuta, terapia familiar.*

Abstract

To work with patients, groups and families in Psychotherapy, the management of emotions and affections has a special relevance. Within this handling, it is remarkable how the own emotions of the psychotherapist can be us In this sense, due to its depth and importance, we refer to the studies on countertransference that psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy had been developing. Despite the different visions about the former, countertransference is defended as a necessary tool of how the psychotherapist's emotions influence the therapeutic process. Regarding this, it is advisable that the therapist knows in an intimate way, his nuclear family and their most remarkable relational patterns. In the same line, we analyze the contributions of transgenerational family therapy and other thoughts of systemic relational approach, in reference to the need of working with the family of origin in the psychotherapist figure. The concepts of resonance and assembly are included for this purpose.

Keywords: *Countertransference, resonances, emotions, psychotherapy, psychotherapist, family therapy.*

Fecha de recepción: 30 de agosto de 2017. Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jmdepablo@hotmail.com

Dirección postal: c/ Rosadas, nº 27, 11510-Puerto Real (Cádiz), España

© 2017 Revista de Psicoterapia



1. Los afectos, las emociones, los sentimientos

A qué nos referimos cuando hablamos de afectos, emociones o sentimientos. Otto Kernberg (1977) realiza una excelente descripción de la evolución conceptual de estos términos en su libro *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico* (págs. 70-86). Recuerda como el concepto se debatía, en sus orígenes, de acuerdo a la controversia entre los que consideraban los afectos como mera descarga energética, concepción heredada de la teoría del afecto de James Lange, y la teoría de Canon con la visión de los afectos como estados de tensión psíquica.

Interesa destacar las aportaciones de Rapaport que en 1953, en su revisión sobre las teorías del afecto, distingue diferentes periodos en la evolución del concepto en la teoría freudiana. Destaca tres momentos, a saber, el primero, entre 1894 y 1900 donde se iguala afecto a energía psíquica, más tarde denominada catexia instintiva; en este caso afecto y libido funcionan de forma casi sinónima. El segundo, entre 1900 y 1923, donde la visión que prima del afecto se desarrolla entendiéndolo como función motriz o secretoria, de descarga. Y un tercer momento, a partir de 1923, donde los afectos aparecen como funciones yoicas, siendo utilizados, entre otras cosas, como señales.

Para no detenernos en este tema, es necesario resaltar que, a la postre, existen funciones cognitivas y afectivas, desarrolladas de forma paralela e interconectadas, donde el componente afectivo es el que organiza las relaciones internalizadas de objeto. Son los afectos los que influyen en la organización de las relaciones objetales y son estos “los primeros orientadores y organizadores generales que canalizan los patrones innatos de conducta en sistemas instintivos centrados en representaciones del sí-mismo y del objeto” (Kernberg, 1977) (pág. 93).

Lo afectivo y lo cognitivo, caminan juntos pero, a través del tiempo, mantienen desarrollos diferenciados. Ciertas funciones superiores de pensamiento, crecen alejándose del componente afectivo, y ciertos afectos se entronizan con poca presencia de elementos cognitivos.

En las consideraciones que diferentes autores realizan sobre el desarrollo cognitivo y afectivo, es reseñable que ambos aspectos deben estar presentes en un crecimiento saludable. La posibilidad de acceder de forma natural a nuestro pensamiento y a nuestra emoción, son características de un proceso de individuación y desarrollo deseable. Las existencia de afectos y emociones turbadoras de difícil asimilación, producto de experiencias tempranas displacenteras o por la presencia constante en el tiempo de emociones negativas por una crianza negligente o maltratante, generan una mayor desconexión de ambos aspectos. Fenómenos como la despersonalización, la desrealización, la amnesia y la confusión de la identidad se pueden considerar esfuerzos de autorregulación cuando la regulación de las emociones falla.

Por último, interesa destacar que el componente afectivo o emocional, es el elemento energético que fija recuerdos, encapsula experiencias (cuando no son asimilables), da valor positivo o negativo a las vivencias, etc. La intensidad afectiva

vivida por experiencias difícilmente integrables fomentan los aspectos disociativos tan presentes en los trastornos graves de la personalidad. En cualquier caso lo emocional, lo afectivo, pervive en la literatura científica como símil energético, el aspecto más prolijamente utilizado en la descripción de su naturaleza.

Esta consideración de la emoción, en origen instintiva y fisiológica, con una función evidentemente adaptativa, evolucionará y mutará con el lenguaje a los sentimientos. Las emociones tienen, al menos, tres funciones a describir:

a) la función adaptativa que permite el ajuste del organismo a las condiciones ambientales que se vienen produciendo;

b) la función motivacional, que dirige y potencia conductas en una dirección dentro del eje atracción-repulsión.

c) la función comunicacional, que permite, de una parte, conocer información de nuestro estado y, de otra, como elemento de comunicación de sentimientos, intenciones, con objetivos que van desde la influencia en la conducta de los demás hasta la búsqueda y generación de relaciones.

Las emociones nos empujan hacia aquello que se evalúa como agradable y nos apartan de lo que nos resulta aversivo (función motivacional), adquiriendo un papel fundamental en la toma de decisiones y la solución de conflictos. En el aspecto comunicacional, no debe olvidarse que existen emociones primarias que tienden a imponer sus propias leyes, entre las que destaca la capacidad para escapar al control del pensamiento o a su dominación, que requieren ser expresadas porque se configuran como tensiones que buscan su expresión y descarga, que están íntimamente relacionadas con aspectos vitales para los individuos, cuestiones consideradas de vida o muerte.

Greenberg y Johnson (1990), hablando del proceso emocional en psicoterapia diferencian:

“los afectos, respuesta biológica (reacción vascular y visceral a la estimulación) que no comprende una valoración crítica, de las emociones primarias, aspectos innatos y universales de la experiencia humana accesibles a la conciencia, como rabia, tristeza, miedo, alegría, disgusto y sorpresa” (En Canevaro, 2010)(pág. 61).

Siguen ambos autores con la siguiente reflexión:

“La integración de la emoción y la cognición surgidas en el interior de la complejidad de la relación, las transforma en sentimientos, que son síntesis cognitivo-emocionales, aprendidas individualmente en un contexto sociocultural determinado. Las emociones son innatas y universales, los sentimientos dependen del aprendizaje en una relación y son idiosincráticas. Las emociones secundarias son parte de una estrategia defensiva, como por ejemplo la rabia frente a sentirse abandonado. Las emociones instrumentales tienen una función interpersonal, como por ejemplo la expresión de tristeza y dolor que puede comunicar una necesidad de protección, o la rabia y el resentimiento ayudan a marcar las

distancias y a definir los límites interpersonales” (En Canevaro, 2010)(pág. 61-62).

La emoción fija, conecta y aísla las experiencias que la persona ha vivido. Da valor a ciertas vivencias y aspectos relacionales, en un sentido positivo (deseable, agradable, placentero) o negativo (peligroso, temor, rabia) y, por ende, a los juicios y/o conductas que se derivarán cuando uno se encuentra expuesto a experiencias análogas o evaluadas como similares. Precisan ser expresadas en el contexto relacional, en la medida en que la emoción que es expresada, sobre todo con la mediación del lenguaje, entra de hecho en la categoría vivencia que es pensada y, en consecuencia, organizada; torna la experiencia emocional en experiencia integrada que estará conectada a imágenes, recuerdos, palabras.

Gran parte del trabajo psicoterapéutico debe pivotar en la integración de esas emociones. Además, esas emociones están presentes desde el primer momento, en gran medida vacías de palabras, no nombradas, por lo que se alienta a que el profesional dedicado a la psicoterapia utilice los canales que se requiera para acceder a los afectos y emprender la tarea de su desarrollo al ámbito de la palabra. Es importante, por tanto, realizar un recorrido sobre la vivencia de las emociones y afectos en la figura del profesional de la psicoterapia y los diferentes planteamientos en torno a su utilidad y uso, desde el concepto de contratransferencia presentado por el psicoanálisis hasta las aportaciones de otras corrientes de la psicoterapia, en especial el enfoque sistémico, sobre este mismo asunto.

Canevaro (2010), señala que “debe ser muy activo (el terapeuta) en favorecer la expresión emocional, y muy neutral en aceptar lo que viene de la relación, que depende de factores emocionales de las personas que la componen y no del deseo del terapeuta” (pág. 61).

Más adelante indica que el cambio intrapersonal, ocurre cuando hay:

1. *Conciencia de las emociones de base recurriendo a esta nueva información para la resolución de los problemas;*
2. *Reestructuración de los esquemas emocionales que representan el self, los otros y las situaciones contextuales;*
3. *Modificación de las cogniciones. (pág. 62)*

2. Freud y la contratransferencia

Fue en 1910 cuando Sigmund Freud, en el discurso inaugural del II Congreso de Psicoanálisis celebrado en Núremberg, se refiere de forma expresa al fenómeno de la contratransferencia. En su desarrollo de las nuevas perspectivas en técnica psicoanalítica, la señala manifestando que “se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente” (pág. 136). A fin de cuentas estamos hablando, quizás por primera vez, de las emociones que aparecen en el terapeuta fruto del proceso relacional con sus pacientes.

En esos momentos la contratransferencia viene a ser considerada como un elemento que es preciso detectar y, en lo posible, dominar o reducir, lo que deviene

en la conclusión expresada por el propio Freud (1910):“cada psicoanalista solo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores” (pág. 136).

La solución planteada, para una gestión idónea del fenómeno, pasa por el autoanálisis de los profesionales dedicados al psicoanálisis, en este sentido manifiesta:“Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de la aptitud para analizar enfermos” (Freud, 1910)(pág. 136). El autoanálisis, por tanto, se convierte en la fórmula imprescindible con la que autoconocerse y evitar que los propios conflictos internos interfieran en la visión objetiva y neutral del mundo interno de los pacientes.

Dos años más tarde, Freud (1912) propondrá el psicoanálisis didáctico como única forma de discernir y controlar las reacciones contratransferenciales de los analistas a raíz de que Carl Gustav Jung lo incluyera como requisito de sus alumnos en formación en la Escuela de Zurich. Existe más o menos acuerdo en que los objetivos de este psicoanálisis didáctico es, al menos, doble: de una parte, que el profesional conozca y resuelva, en lo posible, sus conflictos inconscientes para que no actúen como obstáculo en el tratamiento de sus pacientes y, de otra parte, permitirle conocer en carne propia el uso de la técnica y del encuadre psicoanalítico.

3. Qué es la contratransferencia y qué fenómenos comprende

Existen diferencias y controversias en torno a cómo definir la contratransferencia y qué aspectos del proceso emocional del profesional es posible enmarcar dentro del concepto. Existen varias opciones:

a) una definición más amplia donde la contratransferencia designa todos los procesos inconscientes que genera el analizado en el analista o más aún, todo lo que desde el inconsciente del analista pueda intervenir en la cura. Por ejemplo, Racker (1959) la define como la respuesta total del terapeuta al paciente, ambos, consciente e inconsciente, la respuesta total abarca todos los pensamientos y sentimientos que el terapeuta experimenta en relación a la interacción terapéutica, reales o neuróticamente distorsionados. Sigue siendo de plena vigencia la publicación del libro:“Estudios sobre técnica psicoanalítica” de Heinrich Racker (1959), sobre las diferentes conceptualizaciones de la contratransferencia.

b) Otros autores como Daniel Lagache, proponen un concepto más restrictivo, en este caso la contratransferencia se referiría concretamente a las reacciones del analista frente a la transferencia de los pacientes.

c) El intento de definición alcanza una mayor complejidad, cuando se plantea entender que están presentes fenómenos de transferencia y de contratransferencia a ambos lados de la relación analítica, es decir tanto en el paciente como en el psicoanalista.

También existen definiciones intermedias como la de Ralph Greenson (1976), quien prefiere hablar de“reacciones transferenciales” y “reacciones contratransferenciales” pudiendo ser estas últimas las causantes de los problemas en la

aplicación de la técnica cuando el analista es especialmente reactivo al paciente, como si este fuese una persona especialmente significativa en su vida sin ser capaz de detectar el deslizamiento o desenfoco que sufre. Para Greenson, la contratransferencia es una reacción transferencial del analista ante un paciente, como un espejo o contraparte de la transferencia, en analogía a esta.

Otro debate histórico respecto a la contratransferencia es el relativo a los modos en que debe acometerse el manejo de la misma. Existen autores que defienden la eliminación o la reducción a la mínima expresión de las reacciones contratransferenciales por medio del análisis personal o didáctico, entendiéndolo como la única garantía para que en el proceso psicoanalítico el analista sea un espejo fiel donde solo se proyecte la transferencia del paciente. En cambio, otros analistas han defendido el empleo reflexivo y cauteloso de los fenómenos contratransferenciales en el trabajo como psicoterapeuta. Por último hay psicoanalistas que enfatizan la necesidad de posibilitar una comunicación “de inconsciente a inconsciente”, lo que implicaría incorporar e involucrar directamente la interpretación de las reacciones contratransferenciales que el analista está experimentando.

Por ejemplo, para Carl Gustav Jung: “la contratransferencia no debe rechazarse sino aceptarse y controlarse, porque está en la base de la transformación recíproca que confiere a la relación ese aspecto dinámico que le es propio, donde no están en acción sólo el yo del analista y el yo del paciente sino también el inconsciente del analista y el inconsciente del paciente, cuya comunicación constituye el elemento analítico más auténtico” (En Galimberti, 2002) (pág. 1076-1077).

Para ver el largo recorrido de las diferentes apreciaciones realizadas y, en especial, la perspectiva que considera que hemos de integrar la experiencia contratransferencial como instrumento de la intervención clínica, basta atender a lo que Dardo Tumas nos dice al respecto:

“Es alrededor de los años 50 cuando aparecen una serie de trabajos en los que la contratransferencia se considera concretamente; y no solo como problema técnico sino también como problema teórico, es decir, replanteando su presencia en el análisis y su significado. Los autores que más aportan para repensar el tema de la contratransferencia en su dimensión de instrumento (y esto es lo original en su momento) son P. Heimann (1950) en Londres y H. Racker en Buenos Aires; además de otros trabajos que por esa época merecen ser considerados, como el excelente artículo de Winnicott “El odio en la contratransferencia” (1947), y los de A. Reich y M. Little publicados en 1951. Lo que aportan estos autores en general, es que la contratransferencia ya no se ve sólo como un peligro, como un obstáculo a superar, sino que es también un instrumento sensible, y que puede ser muy útil para el desarrollo del proceso de análisis”.

Dice P. Heimann en su artículo (1950): “Mi tesis es que la respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contratransferencia del analista es

un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente” (pág. 81).

Centrándonos en las aportaciones de Donald Winnicott (1947) en el artículo referido párrafos anteriores, los fenómenos de la contratransferencia pueden clasificarse en:

1. Anormalidad en los sentimientos de contratransferencia, y relaciones e identificaciones fijas que se hallan bajo represión en el analista, es decir, aquellos aspectos que hacen especial referencia a conflictos irresueltos en el terapeuta y cómo esto afectará a la relación terapéutica con sus pacientes.
2. Las identificaciones y tendencias correspondientes a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal y que aportan el marco positivo para su labor analítica y que hace que la índole de su trabajo difiera del de cualquier otro analista. Aquí podemos incluir, cómo la experiencia personal del propio terapeuta otorga un bagaje enriquecedor e idiosincrático que puede ayudar y facilitar el trabajo con los pacientes.
3. De estas dos distingo la contratransferencia -verdaderamente objetiva o, si esto resulta difícil, el amor y odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente, contratransferencia basada en la observación objetiva. Más relacionada con aspectos importantes que el terapeuta percibe, siente, intuye en relación con el paciente y que están interconectados íntimamente con la situación vivida en el propio consultorio y con la transmisión emocional del paciente.

La inevitabilidad de la reacción emocional del terapeuta se encuentra perfectamente descrita por Harry Stack Sullivan (1989) que, desde la Escuela Sociológica de Washington, enuncia el teorema de la emoción recíproca y apunta a tres hechos fundamentales: primero, que en una interacción, a cada emoción de una persona corresponde una respuesta emocional recíproca de los demás participantes; segundo, que esta respuesta puede ser bien coherente, bien discordante (es decir, complementaria o contraria) con la emoción inicial; tercero, que a la emoción subyace la búsqueda de una satisfacción de una necesidad (Greenberg y Paivio, 2000; Laso, 2015).

Si queda claro que no es posible evitar la reacción emocional respecto de nuestros pacientes o familias, qué precisamos desarrollar para que estas reacciones no supongan un problema en la relación terapéutica. Es importante identificar en qué medida las emociones suscitadas en el proceso de terapia en un momento concreto, con un sistema paciente específico, están actuando como un obstáculo o no, y por supuesto, cómo accedemos a lo que subyace al objeto de conocer qué nos aporta para la mejora de las personas que atendemos y para relación terapéutica. Siguiendo a García Badaracco (2006) queda claro que el concepto de neutralidad en psicoanálisis está íntimamente ligado al concepto de abstinencia al objeto de prevenir conductas inadecuadas por parte del terapeuta en su desempeño profesio-

nal; por ello sostiene que el terapeuta debe ser capaz de experimentar las emociones suscitadas en el proceso terapéutico acompañando y sosteniendo al paciente (Maruri, 2015).

4. Cuáles son las claves que señalan la aparición de las reacciones contratransferenciales como obstáculos.

Hay numerosas relaciones con indicadores para detectar la aparición de reacciones contratransferenciales en los psicoterapeutas en ejercicio. Podemos atenernos a algunas de ellas, por ejemplo, se suelen destacar elementos como:

Aspectos relacionados con conductas inadecuadas en la relación terapéutica, por ejemplo; interpretaciones innecesariamente sarcásticas por parte del psicoanalista, fruto de la reacción emocional a los patrones habituales de relación del paciente (reiteración, queja, etc.). Discutir con el paciente, entrando en relación simétrica. Maniobras de apoyo narcisista por parte del terapeuta.

Aspectos que afectan a una relación inadecuada externa entre ambos fuera de la relación terapéutica, del tipo: ayudar al paciente en forma extra-analítica, impulsos frecuentes a pedirle favores al paciente.

Aspectos relacionados con la importancia del paciente en la vida del terapeuta, por ejemplo, soñar con el paciente, interés o desinterés excesivo por el paciente, sentir que los comentarios positivos o negativos del paciente acerca del analista le son, en especial, personalmente importantes. Compulsión a hablar acerca del paciente.

Aspectos relacionados con descuidos en el mantenimiento del encuadre. Este aspecto es de especial relevancia, sobre todo en lo que a la atención de pacientes con estructura de personalidad límite se refiere ya que es muy habitual que muchas de las acciones de los pacientes van directamente contra el encuadre establecido (horario, coste, formato, etc).

Reacciones emocionales intensas.

Incapacidad de comprender material que toca en problemas personales del analista.

Fomentar la dependencia del paciente a través del apoyo excesivo.

Según Menninger y Holzman (1973) pueden considerarse claves de la contratransferencia negativa aquellas que hacen referencia a aspectos como sentir somnolencia durante la atención al paciente, tratar de impresionar al paciente o a colegas, con el caso; demasiado interés en el caso, fomentar la resistencia del paciente. Estos autores también coinciden con la relación inicialmente señalada en aspectos como el descuido del encuadre, tratar de ayudar al paciente extraterapéuticamente, discutir con el paciente, tendencia a pedirle favores al paciente y cultivar la dependencia del paciente.

La necesidad de permitirse sentir en terapia y de no ser abducido por esta emoción en la relación con los pacientes, nos requiere de la puesta en marcha de mecanismos como el que José Bleger (1966) denomina “disociación instrumental”:

“La primera condición del encuadre se refiere al psicólogo mismo, quien debe cumplir con lo que llamaremos la actitud clínica, que consiste en el manejo de un cierto grado de disociación instrumental que le permita, por un lado, identificarse con los sucesos o personas, pero que, por otro lado, le posibilite mantener con ellos una cierta distancia que haga que no se vea personalmente implicado en los sucesos que deben ser estudiados y que su rol específico no sea abandonado. La actitud clínica forma parte del rol del psicólogo, y el mantenerlo permanentemente en su tarea es una de las exigencias fundamentales del encuadre” (pág. 68).

Marcelo Ceberio (1970) añade: “la disociación instrumental consiste en una especie de danza en la que el terapeuta vive las emociones, pensamientos, acciones, que le produce la relación terapéutica, por una parte, mientras que por otra, puede observar este interjuego. Esto es lo que posibilitaría la reflexión y el registro de la contratransferencia. El concepto que intenta transmitir el autor, transita por un nivel pragmático-clínico y no epistemológico (aunque ambos niveles son indisolubles)” (pág. 2).

Enrique Pichon Riviere (1995), no solamente adscribe los procesos de transferencia y contratransferencia a la diada terapeuta paciente sino que lo hace extensivo al campo de los grupos. En este caso, manifiesta que nos encontraríamos ante transferencias múltiples.

“Las fantasías transferenciales emergen tanto en relación con los integrantes del grupo como en relación con la tarea y el contexto en el que se desarrolla la operación grupal. Se entiende, entonces, que tal intercambio de adjudicaciones no debe resumirse únicamente a las personas, sino al contexto donde se desarrolla la psicoterapia. Espacio de consulta, persona del paciente y del terapeuta, tipo de problema, historias contadas, gestualidades, acciones e interacciones, ciclos evolutivos, son algunos de los elementos que componen el todo transferencial” (En Chouhy, 2007).

Enrique Pichon Riviere (1995), prefiere usar el término *transferencia recíproca* en lugar del de contratransferencia. Podría entenderse transferencia recíproca como al conjunto de reacciones inconscientes del operador frente al grupo, la tarea y los procesos transferenciales que en él se cumplen. Indica además que esta le permitirá establecer hipótesis acerca de lo que ocurre.

Es importante destacar las aportaciones de Otto Kernberg (1975, 1977 y 2004) en las que señala que el terapeuta podrá reaccionar contratransferencialmente de forma más o menos moderada, con pacientes cuyo nivel de regresión sea reducido. En cambio, en trastornos graves de personalidad donde el estado de regresión del paciente es alto, lo que suele ocurrir en el terapeuta son reacciones emocionales intensas que pueden obstaculizar la comprensión e intervención en el proceso. Esto introduce un elemento de especial valor, el reconocimiento de la intensidad en las reacciones del terapeuta, también puede ser utilizado como indicativo diagnóstico. Respecto a los pacientes con trastorno fronterizo manifiesta: “Desde el punto de

vista del tratamiento de los pacientes fronterizos, es conveniente considerar la totalidad de la reacción emocional del terapeuta como un continuo de respuestas afectivas que van desde los afectos de tipo señal, moderados y realistas, hasta las reacciones emocionales intensas que temporariamente pueden obstaculizar su neutralidad...” (Kernberg, 1977) (pág. 149-150).

Finalmente, en este punto, quiero destacar las aportaciones de Alberto Eiguer (1987), que nos dice que la contratransferencia en la terapia familiar psicoanalítica:

“...no es algo movido de forma deliberada por la familia. Un grupo viviente (la familia) que utiliza muy en particular mecanismos proyectivos y los *dispara* con una fuerza expulsiva que sobrepasa las posibilidades de contención de la familia misma. Esta forma proyectiva logra movilizar en los terapeutas –o en el equipo– cierto número de mecanismos, tanto de consonancia y de resonancia en un proceso de analogía como de disonancia y de disimetría en un proceso de alternativa”. (Pág. 65)

5. Enfoque sistémico y emociones del terapeuta

Es Murray Bowen (1978) el primero en enviar a los alumnos en formación, a visitar a sus familias de origen para facilitar dos procesos que considera de especial importancia: la destriangulación y la diferenciación del self.

Conocer y comprender el funcionamiento de los triángulos entrelazados de la propia familia de origen, proporciona las herramientas necesarias para modificarlos. La modificación de los triángulos implica inevitablemente cambiar la función o el rol que uno desempeña en ellos. Se precisa, en primer lugar, conseguir visualizar qué triángulos, de los que participamos, están activados y qué consecuencias devienen de nuestra participación en los mismos.

La neutralidad es importante porque la triangulación siempre implica un compromiso implícito para participar en una danza ejecutada durante años con miembros importantes de nuestra familia. Estar involucrado en estos triángulos alimenta cierta congelación en el rol desempeñado y una tendencia incontenible de replicarlos en otros contextos relacionales. Fomentar y fortalecer relaciones diádicas con estos miembros significativos, evitando la compulsión al rol designado, terminará reduciendo los niveles de ansiedad existentes.

Bowen (1988 y 1989), considera que comprender los triángulos podrá facilitar la resolución de asuntos del pasado afectivamente investidos que afectan a nuestras relaciones actuales. La elaboración emocional no es el resultado de la supresión o negación de los sentimientos, sino que se vincula en un proceso que aúna la no culpabilización a *un* individuo respecto de lo que ocurre en el sistema emocional *total*, es decir, definir y delimitar el grado de responsabilidad que corresponde a cada persona en el proceso relacional como un todo (Kerr, M. y Bowen, M., 1988; Bowen, M., 1989).

Existen, para Bowen, dos impedimentos que estorban y complican la posibilidad de contemplar los triángulos en los que participamos:

- 1) la inactividad de los mismos cuando el sistema se encuentra con bajos niveles de ansiedad.
- 2) la intensidad que presenta la reactividad emocional de los participantes en el triángulo y, por ende, de la dificultad que ésta impone a la percepción de las relaciones en las que estamos inscritos (Kerr, M. y Bowen, M., 1988; Bowen, M., 1989).

Podemos emplear como ejemplo el tema sobre las elecciones vocacionales de las personas que se dedican a la psicoterapia. Canevaro (2016), manifiesta que: “Quizás una fantasía salvadora de querer resolver los problemas relacionales en sus familias de origen”, es la base que está presente en las elecciones vocacionales realizadas por muchos terapeutas. Insiste además en que este rol ha sido probablemente apoyado secretamente en las familias de origen, *especialmente por las madres*, que tomaron al futuro terapeuta como confidente de problemas familiares y conyugales. Aquí está la *gestalt* inconclusa: “el terapeuta fracasado” de la propia familia que sostiene el rol y la función designada en el desempeño profesional. En esa misma dirección los terapeutas en formación se encuentran sometidos, frecuentemente, al doble mensaje de su familia: “Infórmate bien para poder resolver nuestras dificultades psicológicas aún cuando con nosotros no podrás”, en perfecta consonancia a lo que plantean las familias que atendemos “Alivianos nuestro sufrimiento pero sin cambiarnos”.

Luna y otros (2003), en un estudio realizado en la Universidad de Chile (*Exploración y Reflexiones acerca de los Procesos Emocionales-Relacionales de la Propia Familia de Origen, Vinculadas a la Formación del Terapeuta, desde la Teoría de los Sistemas Naturales de Murray Bowen*), indican que análogamente (a los psicoanalistas), los terapeutas familiares transgeneracionales deben trabajar en el entendimiento, exploración, y modificación de su posición en el interior de su familia de origen (Meyer, P., 1987; Titelman, P., 1987).

No existen diferencias (estructuras, triangulaciones, conflictos) entre las familias que son atendidas y las propias familias de los terapeutas, lo que comporta la aparición de importantes emociones al volver a encontrarnos insertos en un campo emocional similar al experimentado en la propia familia de origen. También pueden, por tanto, replicarse los aspectos más reactivos con la correspondiente pérdida de perspectiva.

Estas concordancias aconsejan la realización de un trabajo de diferenciación de las propias familias de origen (Bowen, M., 1989; Andolfi, M. en Castaldi, L., 2002; Canevaro, A., 2003). “La amenaza de perder nuestra perspectiva profesional se hace mayor cuando la familia que atendemos revela una pauta vincular semejante a la que primó en la nuestra”. Kaslow (citado en Aponte, 1992; pág. 80) plantea que “para evitar la proyección de los problemas propios en las familias pacientes, creemos que es importante, incluso imperativo, que los terapeutas familiares hayan explorado sus propios genogramas y que hayan realizado viajes a casa para resolver relaciones problemáticas desde la infancia, o que hayan participado en las sesiones

multigeneracionales de terapia familiar, dirigidas por un terapeuta, para alcanzar la resolución deseada...”.

En relación a lo anteriormente planteado, James Framo (1996) expone la idea de que es imprescindible que los terapeutas transgeneracionales intenten resolver los aspectos conflictivos con su familia de origen, lo cual puede consistir en sí misma una experiencia terapéutica significativa.

Por último Alfredo Canevaro (2003) en sus trabajos sobre “*Interacción entre el self personal y profesional del terapeuta*”, destaca la importancia del trabajo con las familias de origen de los terapeutas, realizando las aportaciones realizadas por autores como Murray Bowen, Harry Aponte y James Framo.

Todo esto proporciona un marco de trabajo para modificar el sí mismo (del terapeuta) hacia el establecimiento de una posición definida desde dentro, de relaciones persona a persona con otros miembros del sistema, abordando paulatinamente asuntos familiares emocionalmente significativos (Meyer, P., 1987). Este complejo proceso permite diferenciarse de los mitos, las imágenes, las distorsiones y los triángulos que se hacen evidentes mediante el trabajo de investigación en la propia familia y el sí mismo (Bowen, 1989; Bowen, 1991).

Titelman (1998) señala este proceso con la descripción de una serie de fases que están interconectadas entre sí:

a) Inicialmente la necesidad de comprender la participación del sí mismo del terapeuta en el sistema emocional de la propia familia (nuclear y familia de origen). Esta fase conlleva una reducción de la ansiedad en la persona.

b) Fruto de este entendimiento, aparecen los esfuerzos para modificar la posición del sí mismo en la propia familia de origen. Una vez conocida la forma en que se participa en los triángulos, los modos en que fomentamos y mantenemos estas danzas relacionales, se realizan intentos para cambiar la situación.

c) Ante estos movimientos, la familia reacciona invitando o forzando a los miembros a que retornen a la posición inicial. Ante esto, se precisa que el miembro que está intentando diferenciarse se enfrente a la reacción de la familia. Los modos en que se produce este enfrentamiento son importantes.

d) Por último, se produce un efecto de diseminación o generalización, de forma que los esfuerzos para diferenciar el sí mismo en relación a la familia de origen, se extienden hacia otros familiares y relaciones.

Los principios que propone Murray Bowen (1980) (Titelman, 1998), y que son de aplicación para facilitar la destriangulación en la familia de origen son, a destacar entre otros:

1. Trabajar con cada miembro de la familia extensa hacia una relación persona a persona, lo que implica excluir en la relación a la tercera pata de cada uno de los triángulos en los que se actúa. Es especialmente importante deshacer las coaliciones existentes organizadas en torno a la inclusión crítica o preocupada del tercero.

2. Controlar la propia reactividad emocional en cada encuentro con la familia de origen. La reactividad emocional está directamente ligada al grado de diferen-

ciación, de forma que a mayor diferenciación menor reactividad. Cuando la reactividad es alta, además, se producen serias dificultades para contemplar de forma sensata las propias relaciones (Luna y otros, 2003) (págs. 73-74).

Es la persona del terapeuta la mejor herramienta de trabajo (Bozsormenyi-Nagy, I. y Spark, G., 1983; Whitaker, C., 1991b; Elkaïm, M., 1995), por lo que en la formación de terapeutas se ha de incidir no sólo en el aspecto intelectual sino que es imprescindible introducir aspectos de tipo experiencial y emocional, visibilizar el propio tejido relacional y cómo esto influye en el proceso terapéutico de los pacientes y familias (Andolfi, M. y Angelo, C., 1989; Celis, 1992). Es fundamental que el terapeuta sea consciente que “no es de su habilidad profesional sino de su propia persona de donde procede fundamentalmente el aporte del terapeuta”.

6. Resonancias y ensamblajes

Es Mony Elkaïm (1995) quien desarrolla los conceptos de resonancia y ensamblaje, ambos términos nacidos fruto de la conformación y coconstrucción del sistema terapéutico (familia-terapeuta). Se pueden considerar ambos como herramientas de conexión para el análisis y la intervención con las pacientes, pues generan puentes específicos entre los miembros de la familia y el terapeuta (Canevaro et al, 2016).

Para Elkaïm, la resonancia hace referencia a que una regla que opera en el sistema consultante también opera en la familia nuclear o familia de origen del terapeuta. Del desarrollo personal y continuo del terapeuta depende el estar atento a ello, el poder distinguirla y el poder usarla al servicio de la terapia. La resonancia se entiende en la medida que una misma regla se aplica, a la vez, a la familia del paciente, a la familia de origen del terapeuta, a la institución en la que el paciente es recibido, al grupo de supervisión, etc. “Las resonancias son ecos, los reflejos, lo que resulta en nosotros (ideas, ocurrencias, sentimientos, emociones). Nacen en la construcción mutua de lo real que se opera entre aquel que la nombra y el contexto en el cual él se descubre a pronto de nombrarla” (En Szmulewicz, 2013).

En el caso de los ensamblajes, Elkaïm indica que se producen cuando las resonancias están compuestas por elementos disímiles que pueden llegar a ser complementarios a las dificultades de los pacientes y producir encajes complementarios entre ambos. Es importante que el terapeuta tenga la capacidad para ver, comprender y emplear estos fenómenos en pro del proceso terapéutico (en Szmulewicz, 2013).

Szmulewicz (2013) incide en que ambos fenómenos, resonancia y ensamblaje, hacen referencia a intersecciones que se producen entre el mapa del mundo del sistema paciente y el mapa del mundo del sistema terapeuta. Para ello es preciso recordar que el mapa de mundo remite a aquellas creencias que se han desarrollado a partir de experiencias primordiales del sujeto y que emergen en la actualidad, aunque el territorio en que se encuentren los sujetos sea distinto. Dichas intersecciones también producen determinados sentimientos que no pueden aparecer sino

en esas circunstancias y en la medida en que algún elemento toca la fibra sensible del terapeuta (Elkaïm, 1995). Es importante reseñar que el mapa del mundo del terapeuta es el que va a actuar como elemento mediador en la interpretación y selección de los hechos, es decir, que la visión y la intervención sobre lo que acontece nace de la propia resonancia del terapeuta.

Puede ampliarse este aspecto en el afamado artículo de Carlos Sluzki (1992) *Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia*, cuando detalla (a pesar de las diferencias que el enfoque socioconstruccionista implica), cómo la elección de un tema, de un enfoque o de una intervención en terapia está completamente influida por el mapa del mundo del terapeuta:

“¿Cómo es posible? ¿Cómo es que familias y terapeutas son capaces de hablar con emoción, intensidad, pertinencia y convicción sobre tal variedad de temas? ¿Cómo es que cada una de las sesiones hipotéticas con esta familia han generado historias igualmente plausibles que explican de manera tan diversa la causa del problema y/o sus raíces? Y, lo que es más sorprendente, ¿cómo es posible que se ha generado cambio a través de caminos tan distintos?” (Sluzki, 1992) (pág. 54).

Evidentemente solo desde la resonancia, del cómo algo que ocurre en sesión resuena en el terapeuta, se puede pensar, entender y abordar. Eso no quiere decir que no deba existir un proceso de filtrado que permita aprovechar la conexión establecida, excluyendo aspectos no útiles al proceso terapéutico. Las dificultades del terapeuta, en su propia historia, pueden actuar como un control remoto, triangulándose en la familia paciente, evitando temas o aspectos importantes para la familia o provocando movimientos que parten más de la necesidad de la persona del terapeuta que de las necesidades de los miembros de la familia que se atiende.

Aunque la elaboración conceptual no es tan extensa ni minuciosa como la derivada de los estudios sobre la contratransferencia, se presentan elementos comunes que permite considerar a las resonancias y los ensamblajes como fenómenos herederos de las reacciones contratransferenciales detalladas en los estudios de técnica psicoanalítica. En especial desde la perspectiva que destaca la importancia e influencia de las creencias, emociones y visión del mundo del terapeuta en la intervención psicoterapéutica.

Como destaca Szmulewicz (2013), la resonancia puede jugar en contra o a favor de nuestro buen desempeño profesional pudiendo implicar la aparición de obstáculos particulares que nos impidan pensar y actuar con libertad, debido a resonancias perturbadoras. Por lo tanto se precisa de un proceso mediador entre resonancia y respuesta del terapeuta que requiere de: el registro de lo que le pasa a uno mismo (terapeuta), la reflexión acerca de lo sentido y pensado, así como, por último, de la decisión de qué se hace con aquello que a uno le pasa.

La necesidad de supervisión para los psicoterapeutas en ejercicio es evidente, de hecho se entiende la supervisión como el mejor sistema para trabajar los aspectos emocionales del profesional. La supervisión no debe ser una simple revisión de las

hipótesis de lo que acontece en el sistema paciente, de las técnicas o intervenciones realizadas o deseables, del análisis del encuadre de trabajo en el contexto profesional, sino que debe incorporar en todos los casos la propia construcción de la realidad del terapeuta a través de sus resonancias, del proceso de reconocimiento de su rol en la familia de origen, de la participación en los sistemas en los que se ha desarrollado. La supervisión debe buscar esas resonancias, permitir al terapeuta situarse y disociarse instrumentalmente (Bleger, 1966) para aprender de su emoción, de su historia y, de esta forma, permitir una coparticipación más adecuada con la familia o paciente.

Este reconocimiento emocional es una excelente información para el terapeuta. Las emociones sentidas en el proceso no solo hablan de las emociones sentidas en su propia historia sino que también funciona como barómetro de las emociones que están presentes en la familia con la que se interviene. Es decir, terapeuta y supervisor toman aquellos elementos de las resonancias que han sido obstáculo y las reconvierten en herramientas para pensar el camino terapéutico a implementar.

7. La autodevelación, la asimetría y el poder en la relación psicoterapéutica

Señala el diccionario de la RAE el significado del término develar: “descubrir, levantar el velo” (en muchos aspectos similar a las acepciones de desvelar). Szmulewicz (2013) en su excelente trabajo “*La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico*” habla de la develación como un elemento muy importante del proceso terapéutico. En este texto se reflejan diferentes aportaciones sobre este concepto. Por ejemplo, Aron (1996) resalta la importancia de la bidireccionalidad y la mutualidad en la relación terapéutica, en el sentido de la importancia que tiene el reconocimiento por parte del paciente de los estados afectivos y emociones del terapeuta. Importante al extremo de que el vínculo terapéutico se crea y refuerza por la propia visión del paciente de la subjetividad del terapeuta.

La asimetría que está implícita en la relación terapéutica deviene en un investimento de poder en la figura del terapeuta. Lo que propone la autodevelación es que este ser inalcanzable se muestre disponible a través de su espontaneidad y de su participación emocional en el proceso. Cualquier cosa que haga o diga el terapeuta tiene una influencia inevitable sobre el paciente y este, a su vez, influye sobre el terapeuta.

Además como señala Aron (1996) es imposible no autodevelarse frente al paciente así como de no afectarle emocionalmente, no sugerir reacciones transferenciales. La fantasía del terapeuta neutro, inerte, es de imposible ejecución. Watzlawick y otros (1965), en el primer axioma de la teoría de la comunicación humana, señalan: “es imposible no comunicar”, lo que conlleva la inaplicabilidad de la tarea propuesta al terapeuta como personaje neutro ya que todo comportamiento es una forma de comunicación. Al igual que no existe la forma contraria al comportamiento (“no comportamiento” o “anticomportamiento”), tampoco existe

la “no comunicación”. Riera (2001) plantea la necesidad de entender que la relación terapéutica es una relación humana y, como tal, el intento de parecer neutro es un atentado violento contra la naturaleza de la propia relación. La relación terapéutica está en continuo movimiento, terapeuta y paciente en influencia recíproca. La autodevelación del terapeuta conduce, según Baldwin (2008), a una menor aparición de fenómenos transferenciales disruptivos.

En otros textos se utiliza se utiliza el término transparencia, término que navega en idéntica dirección al de “develación”. Albiñana (2007) señala:

“El sutil equilibrio entre la necesidad de idealización del paciente y la transparencia del terapeuta es un juego, un arte que se va perfeccionando con la práctica. Memo Borja afirmaba que “la neurosis del terapeuta es la tabla de salvación del paciente”. Quería decir con ello que, para el paciente, la posibilidad de percibir los defectos de su terapeuta, su humanidad, le permite con el tiempo llegar a aceptar los propios y por ende liberarse también del terapeuta como un ideal que es preciso soltar. Es en este sentido que la transparencia terapéutica, utilizada adecuadamente, es una herramienta útil para que el otro se vea a sí mismo reflejado en las virtudes pero también en los defectos y carencias de su terapeuta” (pág. 3).

En síntesis, la autodevelación del terapeuta es una forma útil de mostrar al paciente que la terapia es una “relación mutua con otro ser humano que tiene sentimientos, opiniones, experiencia de vida, que no es renuente a hablar acerca de esto cuando las circunstancias lo ameritan, pero que tampoco lleva sobre sí las respuestas acerca de la vida del otro” (Szmulewicz, 2013).

Sigue manifestando la autora que estos *momentos de encuentro*, donde hay una conexión auténtica entre el paciente y el terapeuta, promueven el cambio en el sentido de las resignificaciones del sí mismo del paciente y un cambio en el espacio intersubjetivo de la terapia. El efecto terapéutico del vínculo entre paciente y terapeuta está en los procesos intersubjetivos que Stern (2000) llama “conocimiento relacional implícito” (pág. 209).

Por el poder que los pacientes confieren a sus terapeutas pueden no sentirse capaces, en muchas ocasiones, de manifestar la sensación de fragilidad y riesgo en que se sienten, y se generan movimientos de autoprotección. Si la intervención del terapeuta hace referencia a la resistencia del paciente, el mismo se podrá sentir deslegitimado y aún más vulnerable. Si la terapia es una experiencia íntima, el sentirse seguros y cuidados dentro de este espacio, resulta esencial para el crecimiento y la apertura (Baldwin, 2008).

En otro sentido, pero en perfecta consonancia con lo anteriormente expuesto, White (1997) enfatiza la importancia de disminuir la relación de poder instalada en el contexto terapéutico, lo que “contribuye a que se desarrollen relaciones que ponen en tela de juicio la marginación de las identidades de los consultantes y más bien instan a construir la otredad”. Se reconoce y se revelan los conocimientos y habilidades que el paciente posee, permitiéndole expresar nociones más densas

sobre sí mismo y sobre los demás. También este ejercicio enriquece la propia identidad del terapeuta, en tanto persona y profesional.

Los trabajos de Harlene Anderson y Harry Goolishian sobre la posición de “ignorancia deliberada” (Not-Knowing) son distintivos de estos cuestionamientos desde el construccionismo social y el postmodernismo, sobre la importancia de trabajar el poder presente en la relación dentro del proceso terapéutico. Bebiendo de las aportaciones de Michel Foucault (1964) sobre el poder, en especial el ejercicio del poder-saber, que establece, entre otros, el paradigma de lo considerado normal y lo considerado patológico. Los individuos, sometidos a los profesionales de la salud, se ven relegados a un rol pasivo y de aceptación ciega de los criterios preestablecidos.

Lynn Hoffman (1992) describe esta posición, desde el ámbito de la terapia familiar, según lo manifestaban Harlene Anderson y Harry Goolishian del Galveston Family Institute:

“El rasgo distintivo del grupo Galveston es una suerte de ignorancia deliberada. Cuando describen lo que hacen o explican cómo enseñan, afirman que vienen de una posición de “no saber”. Esto irrita con frecuencia a la gente que los ve trabajar, porque es evidentemente falso que “no sepan”.”. La importancia de una postura de “ignorancia” tiene que ver con la posibilidad de que, como ocurre en todo sistema que necesita respuestas, estas aparezcan desde otros participantes distintos al operador que está con el grupo. Estas posibles respuestas que aparecen generan en los participantes: 1. la posibilidad de resituarse para buscar futuras respuestas y, por tanto, apoyar una atribución interna y positiva de las soluciones, 2. un incremento validante del autoconcepto personal, “yo sé”, 3. la generación de expectativas nacidas sobre las soluciones planteadas, 4. el establecimiento de metas hacia donde dirigir la acción, como fruto de las expectativas producidas, 5. y la realización de conductas orientadas a las soluciones y a las metas” (En De Pablo, 1998).

8. Orientaciones para un mejor desempeño del profesional de la psicoterapia

Por todo lo expuesto en el presente artículo, tanto desde las aportaciones del psicoanálisis como desde la terapia relacional sistémica, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1. La inevitable aparición de emociones en la figura del profesional en el proceso terapéutico y la trascendencia en el hecho de valorar esta experiencia como un recurso que es posible utilizar para la mejora en el desempeño en la psicoterapia.
2. La importancia de analizar las diferentes vías de comunicación que se pueden detectar en el proceso terapéutico y la forma de utilizarlas para una más adecuada intervención psicoterapéutica.
3. La necesidad de establecer elementos metodológicos para mostrar fórmu-

las que incidan en la mejor forma de afrontar esta emergencia emocional y convertirla en motor de activación y cambio.

4. La importancia de implementar, en los procesos de formación de psicoterapeutas, contenidos y espacios para el trabajo personal que incluya profundizar en la historia emocional de los futuros terapeutas así como sobre su familia de origen.
5. En la misma línea de lo señalado con anterioridad, dar prioridad en los procesos de supervisión clínica a los aspectos emocionales del terapeuta, su emergencia y su utilización en la atención de pacientes (individuos, grupos y familias).

Para profundizar en estos cinco puntos se ha elaborado un segundo artículo: “Las emociones en el psicoterapeuta: su uso en psicoterapia y en la formación de profesionales”. En el mismo se pretende dar algunas respuestas y realizar propuestas que puedan ser de utilidad, tanto en el consultorio como en los institutos y centros de formación de psicoterapeutas.

Referencias bibliográficas

- Albiñana Serain, M. (2007). El otro en la relación terapéutica. *Interpsiquis*.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico, En McNamee, S. y Gergen, K.J. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1996.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989). *Tiempo y Mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Aron, L.A. (1996). *Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ. The Analytic Press.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1973). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1983.
- Bowen, M. (1978). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós, 1991.
- Canevaro, A. (2003). Interacción entre el self personal y profesional del terapeuta. *Revista Mosaico*, 26, 8-11.
- Canevaro, A. (2010). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Morata.
- Canevaro, A.; Abeliuk, Y.; Condeza, M.; Escala, M.A.; Garcia, G. y Montes, J. (2016). El nacimiento del terapeuta sistémico. El trabajo directo con las familias de origen de los terapeutas en formación. *Revista Redes*, 34, Dic. 2016.
- Ceberio, M.R. (1970). Resonancias de un terapeuta familiar. *Interpsiquis*.
- Ceberio, M.R. y Linares J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, España: Paidós.
- Chouhy, A. (2007). Parámetros de desarrollo en la formación del terapeuta familiar: el proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta. *Revista Redes*, 18.
- De Pablo Urban, J.M. (1998a). La aplicación de los enfoques narrativos y de terapia centrada en soluciones a los programas de intervención psicosocial. *Revista Sistemica*, 4-5.
- De Pablo Urban, J.M. (1998b). Técnicas y herramientas para la intervención psicosocial con grupos desde un enfoque centrado en soluciones. *Boletín SEPTG*, 14.
- De Pablo Urban, J.M. (2017, en prensa). Las emociones del psicoterapeuta: Su uso en psicoterapia y en la formación de profesionales.
- Eiguer, A. (1987). *El Parentesco Fantasmático. Transferencia y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Elkaïm, M. (1995). *Si me amas no me ames*. Barcelona, España: Gedisa, 2008.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. México, Fondo de Cultura Económica.

- Framo, J. (1992). *Familia de Origen y Psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1996.
- Freud, S. (1910): Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica, en *Obras Completas*. Vol. XI. Buenos Aires, Amorrortu (págs. 128-142).
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, en *Obras Completas*, Vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 9ª edc., 1996, (pág. 116).
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.
- García Badaracco, J. (2006). El Psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la ‘virtualidad sana’. Manuscrito Inédito.
- Greenberg, L. y JOHNSON, S.M. (1990). «Emocional change processes in couples therapy». En E.A. Blechman (Ed). *Emotions in the family*. (Págs. 137-154). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Greenson, R.R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI, 2004.
- Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1).
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, España: Paidós, 1979.
- Kernberg, O. (1977). *Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica, 2005.
- Kernberg, O. (2004). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica. Nuevos desarrollos en psicopatología y psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno, 2005.
- Laso Ortiz, E.L. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En Medina, R.; Laso, E.L. y Hernández, E. (eds), *Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de aplicación*. Guadalajara: Litteris.
- Laso Ortiz, E.L. (2015). Terapia familiar en clave emocional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2).
- Luna, I.; Portela, S. y Rojas, C. (2003). *Exploración y Reflexiones acerca de los Procesos Emocionales-Relacionales de la Propia Familia de Origen, Vinculadas a la Formación del Terapeuta, desde la Teoría de los Sistemas Naturales de Murray Bowen: un Estudio de Casos mediante la Utilización de Diagramas Familiares o Genogramas* (Memoria para Título). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología.
- Maruri D'Espaux, G.A. (2015). El psicoanálisis multifamiliar y la especificidad del rol terapéutica. Trabajo final de Grado. Instituto Psicología Clínica. Uruguay.
- Menninger, K. y Holzman, P. (1973). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Psiqué.
- Pichon Riviere, E. (1995). *Diccionario de términos y conceptos de Psicología y Psicología social*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Racker, H. (1959). *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1990.
- Rapaport, D. (1953). "On the psychoanalytic theory of affects". En *The Collected Papers of David Rapaport*, comp. M. M. Gill. Nueva York: Basic Books, 1967 (pp. 476-512).
- Sluzki, C. (1992). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 22-23(6). Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/transformaciones-una-propuesta-para-cambios-narrativos-en-psicoterapia.html>
- Sullivan, H.S. (1947). *Concepciones de la psiquiatría moderna*. Buenos Aires, Argentina: Psique, 1972.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Psiquiatría*, 51, 61-69.
- Titelman P. (1998) Overview of the Theoretical-Therapeutic System. En *Clinical Applications of Bowen Family Theory*. Nueva York: Thehaworth Press.
- Tumas D. (s,f). *Introducción a la temática de la contratransferencia*. Extraído el 11 de Junio de 2014 desde el sitio web de la Univ. de Buenos Aires: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/776_cuestiones_clinicas/material/introduccion_contratransferencia.pdf. (pp.5)
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1965). *Teoría de La Comunicación Humana*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1947). El odio en la contratransferencia. En Winnicott, D. (1947). *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona, España: Paidós, 1999.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 28, Number 108, November, 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.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

Integration in Psychotherapy

Luis Botella, Luis Ángel Saúl y Adrián Montesano
(Coordinadores)

EDITORIAL

¿CÓMO SE PUEDE NO SER INTEGRADOR HOY EN DÍA? ESTADO ACTUAL Y CONTROVERSIAS DE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

How can One not be an Integrationist These Days? State of the Art and Controversies in Psychotherapy Integration

Luis Botella

LA INTEGRACIÓN MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: APLICACIONES DE LOS NUEVOS MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS

Integration beyond diagnosis: Applications of the new transdiagnostic models

Carlos Mirapeix

MINDFULNESS Y EL PROBLEMA DE LA INTEGRACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

Mindfulness and the problem of psychotherapy integration

María Teresa Miró

¿ES POSIBLE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA?

Is Psychotherapy Integration Possible?

Isabel Caro

DINÁMICA DEL PROCESO EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

Dynamics of the process in integrating humanistic psychotherapy

Ana Gimeno-Bayón

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA "REVISADA"

Integrative Psychotherapy "Revisited"

Marye O'Reilly-Knapp

EL MODELO DE ASIMILACIÓN COMO UN MODELO INTEGRADOR SOBRE EL CAMBIO TERAPÉUTICO

The Assimilation Model as an Integrative Model about Therapeutic Change

Isabel Caro, Sergio Pérez-Ruiz y Restituto Vañó

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

EL MODELO CONSTRUCTIVISTA INTEGRATIVO: UNA NUEVA PROPUESTA

The Constructivist Integrative Model: A New Proposal

Daniilo Moggia

CULPA Y PERDÓN EN PSICOTERAPIA

Guilt and forgiveness in psychotherapy

Manuel Villegas

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA DE PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN AUTISMO

Personal Style of the Therapist of psychologist who work with autism

Leandro Casari, Fernanda Assennato y Sofía Grzona

INTEGRACIÓN DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y REPRODUCTIVO CON LA PSICOTERAPIA:

REFLEXIONES A TRAVÉS DE UN CASO

Integration of genetic and reproductive counseling with psychotherapy: Considerations through a case

Eugènia Monrós & Assumpta Junyent

YOGA Y DANZA INTEGRADA COMO ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A LA CONCIENCIA CORPORAL EN AMPUTADOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Yoga and dance integrated as strategies targeted at body awareness in amputees of the public force

Oswaldo Alexander Sanabria y Paula Milena Camacho Vásquez

DE LA CONTRATRANSFERENCIA A LAS RESONANCIAS: LAS EMOCIONES DEL PROFESIONAL EN PSICOTERAPIA

From Countertransference to Resonances: The emotions of the professional in psychotherapy

Juan Miguel de Pablo Urban

