

REVISTA DE

PSIC0TERAPIA

Ética y Psicología

ΨΨΨΨΨΨ€

113

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 30, Número 113, Julio, 2019 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

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

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

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

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

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

Úrsula Oberst

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

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

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

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

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

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, España

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

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

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

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

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

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

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

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

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

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

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

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

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

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

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

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

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

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

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

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

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

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

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

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

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

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

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

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

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

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

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

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCRP (MECyD), WORLD CAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Depósito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

NOTACIÓN NUMÉRICA

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

Proceso de evaluación y selección de originales:

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

Copyright:

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

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

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Director:

director@revistadepsicoterapia.com

Editor:

editor@revistadepsicoterapia.com

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)

Revista de Psicoterapia

C/ Hurtado, 29

08022 - Barcelona

Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

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

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

Fecha:

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

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

País:

Forma de pago: ☐ Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)

☐ Adjunto cheque bancario núm.:

☐ Contrareembolso

☐ VISA

☐ MasterCard



Tarjeta N°:

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

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Precio de la
suscripción anual:

Países comunitarios 55 EUR

Países extracomunitarios .. 70 EUR

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

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

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad:

--	--	--	--

 Oficina:

--	--	--	--

 DC:

--	--

 Cuenta:

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

Banco/Caja Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

País:

Fecha y Firma:



CONTENIDO

Monográfico: Ética y Psicología Manuel Villegas Besora

Editorial: Ética y Psicología	1
Manuel Villegas Besora	
Ética y desarrollo moral	3
Manuel Villegas Besora	
La dimensión moral en el desarrollo según la óptica cognitivo-constructivista y evolutiva: Un modelo de tres ejes	51
Furio Lambruschi	
Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural	73
Isabel Caro	
Sentimiento de culpa deontológico y sentimiento de culpa altruista: Una tesis dualista	93
Francesco Mancini y Amelia Gangemi	
Evaluación de la culpa en psicopatología y psicoterapia: Instrumentos disponibles	119
Marta González González, Jairo Voces Oviedo y Juan Manuel García-Haro	
Test de Autonomía Psicológica (TAP). Una prueba en construcción	141
Albert Vidal Raventós, Alejandro Garcia-Gutierrez y Víctor Rouco	
Recensión: Psicología de los siete pecados capitales	153
Blanca Anguera Domenjó	
<p>——Artículos del monográfico de Libre Acceso—— (disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)</p>	
Ethics and psychotherapy: A socio-cultural perspective	155
Isabel Caro	
La Contribución de Kant a la Psicoterapia	173
Lorena Sánchez Blanco	
Procesos Sensoriales y Emocionales implicados en la Actitud Solidaria	179
Ramón Rosal Cortés	

——Artículos de Libre Acceso——

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

Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones	197
Eva Font Domènech	
Condicionantes del Diagnóstico en la Demanda de Ayuda Psicológica en una Unidad de Atención Psicológica en un Campus Universitario	213
Alfred Tejedo García	
Tratamiento Grupal para la Ansiedad y la Evitación Conductual en Exámenes Orales	239
Luis Alberto Furlant	
Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico relacional	259
Ignacio de la Fuente Blanco, Yolanda Alonso y Raquel Vique	
Modelo Psicoterapéutico Complejo para el Diagnóstico y Tratamiento de la homofobia Internalizada	275
Daniel Rzondzinski	

CONTENTS

Monographic: Ethics and Psychology

Manuel Villegas Besora

From the Editor: Ethics and Psychology	1
Manuel Villegas Besora	
Ethics and moral development	3
Manuel Villegas Besora	
Moral dimension in the development according to the constructivist and developmental cognitive perspective: A three-axes model	51
Furio Lambruschi	
Ethics and psychotherapy: A socio-cultural perspective	73
Isabel Caro	
Deontological guilt and altruistic guilt: A dualistic approach..	93
Francesco Mancini y Amelia Gangemi	
Guilt assessment in psychopathology and psychotherapy: Available instruments	119
Marta González González, Jairo Voces Oviedo y Juan Manuel García-Haro	
Psychological Autonomy Test. A tool in construction	141
Albert Vidal Raventós, Alejandro Garcia-Gutierrez y Víctor Rouco	
Review of the book : Psicología de los siete pecados capitales..	153
Blanca Anguera Domenjó	
——Open Access Monographic Articles——	
(accessible only through http://revistadepsicoterapia.com)	
Ethics and psychotherapy: A socio-cultural perspective	155
Isabel Caro	
Kant's Contribution to Psychotherapy	173
Lorena Sánchez Blanco	
Sensory and Emotional Processes Involved in Solidary Attitude	179
Ramón Rosal Cortés	

——Open Access Articles——

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

Borderline Personality Disorder: Systematic Review of Interventions	197
Eva Font Domènech	
Determinants of the Diagnosis in the Demand for Psychological Aid in a Psychological Care Unit in a University Campus	213
Alfred Tejedo García	
Group Treatment for Anxiety and Behavioral Avoidance in Oral Test	239
Luis Alberto Furlant	
Solution-Focused Brief Therapy: A relational theoretical model	259
Ignacio de la Fuente Blanco, Yolanda Alonso y Raquel Vique	
Complex Psychotherapeutic Model for Assessment and Treatment of the Internalized Homophobia	275
Daniel Rzondzinski	

EDITORIAL / *FROM THE EDITOR*

ÉTICA Y PSICOLOGÍA

ETHICS AND PSYCHOLOGY

Manuel Villegas Besora

Universidad de Barcelona. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5584-8469>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2019). Ética y Psicología. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 1-2. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.301>

Asociar estos conceptos en el título de un monográfico de la *Revista de Psicoterapia* puede llevar a pensar en la utilización de la palabra ética como adjetivo que acompaña a problemas o dilemas éticos planteados por nuestros pacientes en el contexto del *setting* terapéutico, o bien a cuestiones de deontología profesional, relativos a la praxis terapéutica. Sin descuidar, no obstante, la importancia de esta dimensión adjetival, queremos abrir el foco a la dimensión sustantiva, planteando cuestiones como la (inter)dependencia entre ambas disciplinas, tan legítimas como por ejemplo las que se podrían proponer entre antropología, sociología, filosofía, teología o derecho.

Estas cuestiones tienen que ver con fenómenos psicológicos tales como la formación de la conciencia moral, la aparición del sentimiento de vergüenza o la construcción del de culpabilidad. La pregunta que podría formularse al respecto sería, por ejemplo, la siguiente: ¿Sería posible hablar de ética, sin el referente de una conciencia moral? Y ¿sería posible hablar de conciencia moral, sin la referencia a un proceso de construcción psicológica de la misma?

Remitiéndose al mito de Prometeo, Manuel Villegas en su artículo titulado Ética y desarrollo moral, recuerda la función de la conciencia moral como reguladora del comportamiento humano en sociedad, a la vez que evoca la dimensión genético-estructural en su proceso de gestación como neoestructura resultante de un proceso dialéctico entre tendencias ego- y alo-centradas, a través del desarrollo evolutivo. Si la ética prescribe la necesidad de hacer el bien (procurar el bienestar) y evitar el mal (eliminar el malestar), ¿cómo llega a formarse la distinción entre ambos si no se postula la función constitutiva y constituyente, a la vez, de la conciencia moral? Superada la explicación metafísica y/o teológica del origen de la moral, solo restaría

Fecha de recepción: 22 de febrero de 2019. Fecha de aceptación: 14 de marzo de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: manuelvillegasbesora@gmail.com

© 2019 Revista de Psicoterapia



la naturalista o evolucionista como alternativa, reductible, en último término, a la etología como disciplina, pero no a la ética que solo puede entenderse desde una perspectiva antropológica y psicosocial.

La perspectiva psicológica se hace particularmente evidente a propósito del estudio de la formación de las estructuras de regulación moral a través de las dinámicas relacionales de la primera infancia. En efecto, así es como Lambruschi describe en su artículo el proceso de formación de la dimensión moral, tanto en sus implicaciones “normales” como psicopatológicas, cuyas raíces subjetivas encuentra en la configuración de identidad del individuo, o sistema organizado de significados personales, a partir de los vínculos primarios de apego.

Isabel Caro sitúa la psicoterapia en un contexto sociocultural, ejemplificando la influencia bidireccional entre psicoterapia y sociedad. Esto se relaciona con una perspectiva ética puesto que determina qué está, o no, permitido hacer a terapeutas y clientes y cómo se construyen, socialmente, las metas y los medios adecuados de la psicoterapia. Su trabajo se centra en los tres desafíos éticos principales de la psicoterapia, es decir, confianza, cuidado y poder.

El tema del sentimiento de la culpabilidad asume un papel central en el artículo de Francesco Mancini y Amelia Gangemini. Los autores plantean la tesis de la existencia de dos sentimientos de culpa bien distintos entre sí: el sentimiento de culpa deontológico y el sentimiento de culpa altruista. Una posible implicación importante de esta tesis de los dos tipos de sentimientos es que su origen puede provenir de dos recorridos evolutivos diversos. El sentimiento de culpa altruista (derivado de la moral altruista) podría provenir de la motivación por el cuidado, mientras que el sentimiento de culpa deontológico (derivado de la moral deontológica), podría provenir del asco.

Culpa y vergüenza constituyen dos categorías psicológicas que bien merecen el desarrollo de instrumentos de evaluación, orientados a un uso particularmente clínico, dada su estrecha relación con muchos síntomas ansiosos o depresivos. Los autores, Marta González, Jairo Voces y Juan García-Haro han llevado a cabo una revisión sistemática de los instrumentos propuestos para la medida de la culpa en psicopatología y psicoterapia, detectando un total de 10 cuestionarios, la mayoría con escaso o nulo apoyo psicométrico. Son pocos los que han sido adaptados y validados en población española, lo que limita aún más su aplicabilidad en la práctica clínica y la investigación, por lo que se anima a clínicos e investigadores a intentar contribuir con su trabajo en este campo a llenar este vacío.

Siguiendo con las propuestas de evaluación Albert Vidal Raventós, Alejandro García-Gutiérrez, Víctor Rouco, presentan el Test de Autonomía Psicológica (TAP), una prueba psicológica todavía en desarrollo. Su objetivo es evaluar el sistema de regulación moral de un individuo, estableciendo un perfil de autonomía psicológica acorde con el Modelo del Desarrollo Moral, accesible online (<http://www.autonomiapsicologica.com>). Se aportan evidencias sobre la validez estructural del modelo a partir de una recolección de datos con 2032 sujetos.

ETICA Y DESARROLLO MORAL

ETHICS AND MORAL DEVELOPMENT

Manuel Villegas Besora

Universidad de Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5584-8469>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2019). Etica y desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 3-50.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.302>

Resumen

En este artículo se plantea la relación entre ética y desarrollo moral. La ética, como disciplina filosófica, no puede ignorar la dimensión psicológica de la conciencia sobre la que se sustenta. Pero esta conciencia, desde el punto de vista psicológico, no puede garantizar el conocimiento del bien y del mal, puesto que no es innata, sino adquirida. De esta relación entre filosofía y psicología nacen varias preguntas: ¿Cómo se forma la conciencia moral? ¿Cómo la conciencia moral llega a distinguir entre el bien y el mal? ¿Ejerce la conciencia moral un efecto coercitivo sobre la conducta? Estas y otras cuestiones son examinadas en el artículo desde una perspectiva metafísica, epistemológica y psicológica.

Palabras clave: *ética, psicología, desarrollo moral, bien, mal, conciencia moral.*

Abstract

This article considers the relationship between ethics and moral development. Ethics, as a philosophical discipline, cannot ignore the psychological dimension of conscience on which it is based. But conscience, from the psychological point of view, cannot guarantee the knowledge of good and evil, since it is not innate, but an acquired structure. This relationship between philosophy and psychology give rise to several questions: how is moral conscience developed? How does moral conscience differentiate good and evil? Has moral conscience coercive effect on behavior? These and other issues are examined in the article from a metaphysical, epistemological and psychological point of view.

Key words: *ethics, psychology, moral development, good, evil, moral conscience.*



INTRODUCCIÓN

Plantear la cuestión de la ética desde el modelo de la Teoría del Desarrollo Moral es ponerse la cuestión del pasaje de un paradigma psicológico a otro filosófico. La palabra “*ética*” proviene del griego, aunque de dos palabras homófonas ἥθος (hábito, temperamento, carácter, estirpe, morada, de donde “etología”) y ἔθος (costumbre, hábito, de donde “ética” como criterio normativo), pero con significados similares, puesto que ambos terminan por referirse a la regulación del comportamiento humano o animal, individual o social, en un hábitat específico. En general se prefiere la denominación “etología” para la conducta animal instintiva o estereotipada en un contexto natural, y “ética” para la humana, más libre e indeterminada.

El equivalente latino de estos conceptos, sugerido por Cicerón, es “*mos/moris*” (costumbre), de donde *moral*. De hecho en las lenguas latinas “ética” y “moral” son equivalentes o sinónimas, aunque el uso ha ido introduciendo algunas preferencias sobre otras en determinados casos. Por ejemplo, “comportamiento ético o moral”, al igual que “dilema y problema ético o moral”, se pueden usar como intercambiables; mientras que el uso de “conciencia o desarrollo moral,” es preferible al de “conciencia o desarrollo ético”; por el contrario resulta más apropiada la expresión “ética profesional” a “moral profesional”. De este modo se puede inferir un predominio de uso para la palabra *ética* en cuestiones que se plantean en el ámbito teórico, ideal o prescriptivo (lo que debería ser), mientras que se elige preferentemente la palabra *moral* en el ámbito de la aplicación o de la (razón) práctica (lo que puede ser o conviene hacerse).

Si digo que “Ramón tiene un problema moral”, me refiero a un dilema relacionado con la acción (qué hago y con qué consecuencias), más que con el criterio o juicio teórico. Consideremos el caso de la película *Mar adentro* (Bovaira y Amenábar, 2004) donde la opción es el suicidio asistido, tal como en realidad sucedió en el caso de Ramón Sampedro, quien después de 30 años de estar postrado en cama tras el accidente que le dejó tetraplégico, consiguió la ayuda de una mano piadosa para quitarse la vida. En el caso de la película entran varias dimensiones en juego:

- a) La ética, se halla representada por el diálogo entre Sampedro y el sacerdote, donde se discute el principio o criterio universal de la primacía de la vida (particularmente desde los principios éticos de la religión católica).
- b) La legal, donde se plantea la manera de llevar a cabo el “suicidio asistido” (puesto que de esto se trata y no de eutanasia, ni siquiera activa), sin que nadie pueda ser acusado de su ejecución, excepto el propio suicida (Sampedro).
- c) La moral, donde se plantea la decisión de acceder a la petición de Ramón Sampedro desde diversas perspectivas: la heteronómica (los hermanos, que se niegan en virtud de principios morales), la socionómica (la amiga,

que le ayuda a llevar a cabo su plan desde la empatía y llega a facilitar una decisión autónoma, un método para que él mismo pueda administrarse el veneno), la anómica (se satisface su voluntad al margen de la ley: prevalece mi voluntad sobre mi vida por encima de códigos civiles).

Cuestiones semejantes se plantean en la película *Amour* (Ménégoz, Katz, Heiduschka, Arndt y Haneke, 2012), en la que el protagonista Georges, a fin de evitarle sufrimientos, termina por ahogar a su esposa Anne de 80 años que sufre de una parálisis irreversible, que ya no quiere vivir y se niega a comer. Y lo replantean hechos recientes, como el caso de María José Carrasco, mujer de 62 años, diagnosticada de esclerosis múltiple desde los 32, a la que su marido ha ayudado a morir en cumplimiento de su explícita decisión, según informan los periódicos de abril 2019.

La pregunta al respecto es la siguiente: conseguir que se lleve a cabo el “suicidio asistido” en estos casos ¿es un acto justificado moralmente?, ¿está sancionado legalmente?, ¿puede ser penado jurídicamente?, ¿es conforme a los principios éticos?

Probablemente, y a falta de una legislación sobre la eutanasia, el lector se vea inclinado a distinguir en éste y otros casos entre criterio ético, moral y legal que no tienen por qué ser coincidentes. De hecho las leyes pueden cambiar y los criterios éticos y morales pueden discutirse desde perspectivas contrapuestas.

CUESTIONES DE CRITERIOLOGÍA

Las diferencias de apreciación entre el criterio moral y el ético nos ponen sobre aviso acerca de la diferencia en el uso entre la palabra ética y la palabra moral, a pesar de su sinonimia, que no permite una distinción tan clara. La pregunta fundamental, sin embargo, que nos hacemos, no se plantea en el ámbito teórico o filosófico, sino psicológico que hace referencia a la regulación moral. Ésta no es posible sin la formación de un sistema criteriológico, basado en la evidencia y/o en la experiencia, al que llamamos conciencia moral, capaz de distinguir entre el bien y el mal y de dirigir nuestra acción a promover el primero y a evitar el segundo.

La cuestión sobre el concepto de conciencia moral hace referencia a la suposición de la existencia en la mente humana de una estructura epistemológica o de conocimiento, capaz de distinguir entre el bien y el mal, de actuar conforme a esta distinción y de sentir una satisfacción (bienestar) en el caso de haber procurado el bien, y una culpa (malestar ansioso) en el caso de haber causado el mal.

Los dos primeros supuestos (distinguir entre el bien y el mal, actuar conforme a esta distinción) se aplican sistemáticamente como criterios en la declaración de culpabilidad en el ámbito jurídico penal, mientras que el tercero (sentir bienestar o malestar) pertenece al dominio de la psicología, puesto que se trata de un sentimiento, el de culpabilidad, de carácter totalmente subjetivo.

Pero esta suposición implica el esclarecimiento de una serie de cuestiones previas.

- 1) la primera, de carácter metafísico, hace referencia a la definición de lo que es el bien y lo que es el mal.
- 2) La segunda, de carácter epistemológico, hace referencia al modo cómo llega la mente humana a esta distinción.
- 3) La tercera, de carácter psicológico, hace referencia al proceso de construcción de la conciencia moral como dispositivo de regulación del comportamiento humano

1. LA PERSPECTIVA METAFÍSICA: ¿QUÉ ES EL BIEN Y QUÉ ES EL MAL?

La perspectiva metafísica nace de un planteamiento esencialista o idealista. Supone la existencia de un Bien absoluto y, en consecuencia, de un Mal absoluto (maniqueísmo), también, aunque en muchas religiones el Bien antecede y precede siempre al Mal que se define en contraposición al primero y que, en consecuencia, ocupa un lugar subordinado. En la tradición bíblica están representados por Dios y el diablo. Por ejemplo, el libro de Job inicia con un diálogo entre ambos, bajo los nombres de Yaveh y Satanás, a propósito del predominio del bien y del mal en el mundo (Job 1: 7-8): “*Y dijo Yaveh a Satanás: ¿No has considerado a mi siervo Job, que no hay otro como él en la tierra, varón perfecto y recto, temeroso de Dios y apartado del mal?*”

1.1. El árbol de la ciencia del bien y del mal

Las diversas metafísicas, religiosas o no, parten de esta suposición y consideran que toda ética debe remitirse a la preexistencia de tales categorías. Por ejemplo, en el relato inicial de libro del Génesis, Adán y Eva son expulsados del paraíso, no por haber comido una “manzana”, sino por haberlo hecho del *árbol de la ciencia del bien y del mal*, cuyo conocimiento les hacía semejantes a Dios, tal como recogen las palabras que el relato bíblico (Génesis 3: 4-5) pone en boca de la serpiente tentadora: “*De ninguna manera moriréis. Es que Dios sabe muy bien que el día en que comiereis de él, se os abrirán los ojos y seréis como dioses, **conocedores del bien y del mal***”.

Y más adelante pronuncia “Yahveh Dios” (Génesis 3: 22) estas palabras a modo de advertencia y como justificación para expulsarlos del paraíso:

“*El ser humano ha llegado a ser como uno de nosotros, pues tiene **conocimiento del bien y del mal**. Ahora, pues, cuidado, no alargue su mano y tome también del árbol de la vida y comiendo de él viva para siempre*”.

En el mito del paraíso se parte del supuesto que nuestros primeros padres eran inocentes, sin conciencia de pecado ni, en consecuencia, de culpa ni vergüenza. Por eso andaban desnudos y no se cubrieron hasta que no hubieron faltado a la prohibición divina de comer del fruto del árbol de la ciencia del bien y del mal. Este fue el pecado, por el que adquirieron la conciencia moral y al que por esa razón se

le ha otorgado la categoría de “pecado original”, como origen de la conciencia. Ahora el ser humano ya no puede alegar ignorancia (*ignorans*, que no sabe), ni inocencia (*innocens*, que no hace daño), de ahí la vergüenza y la culpa.

Si existe una ciencia del bien y del mal es que estos deben estar definidos *a priori*. Y tal vez por este motivo esta ciencia debe ser “*revelada*” directamente por Dios o a través de sus profetas. Es el caso de Moisés en el monte Sinaí, quien recibe de las manos de Yahvé las Tablas de la Ley o del Corán fruto de las enseñanzas de Mahoma, profeta de Alá. El cristianismo, heredero de la tradición judaica, se instaura sobre una nueva alianza, no basada en una revelación profética, sino en la encarnación del “Logos” mismo, hecho carne en la persona de Jesús. Estas religiones son necesariamente monoteístas, puesto que suponen la preexistencia de un Dios creador, juez supremo y universal, que puede premiar a los buenos y castigar a los malos.

El hinduismo, si es que tal nombre genérico es capaz de designar un pensamiento religioso o filosófico homogéneo, al contrario de las religiones abrahámicas, parte más bien del *panenteísmo* (dios en todo), aunque convive muy bien con el *politeísmo*, las divinidades del panteón hindú, que no son más que personificaciones o manifestaciones de las múltiples potencias de un único dios, por lo que termina siendo un *monismo* metafísico (el ser absoluto).

Aunque tanto el hinduismo, como el budismo que nace en su seno, están llenos de llamadas a la rectitud de acción y a la compasión no disponen de un criterio claro para distinguir el bien del mal, (se habla más bien de error o ignorancia que de pecado). En realidad la distinción entre ambos obedece a un dualismo ficticio puesto que creación y destrucción forman parte del mismo ciclo. Todo es apariencia e ilusión, como afirma Krisna en dialogo con Arjuna en el Bagavadgita:

“La vida y la muerte, el placer y el dolor pasan. Si un hombre piensa que mata a otro y este piensa que se va a morir, ninguno de ellos conoce la verdad. Lo Eterno de un hombre no se puede matar, así como lo que es Eterno de un hombre no puede morir, ni nace ni muere. Es la Eternidad: no se muere cuando se muere el cuerpo”.

En la mitología griega, cuyos dioses, visto su comportamiento licencioso, parecen carecer de cualquier código ético, se nos plantea el tema de la conciencia moral a propósito de la hazaña de Prometeo, que, viendo a los humanos indefensos a causa de la carencia de recursos naturales, robó a Atenea y Hefesto la técnica y el fuego y se los entregó para que pudieran sobrevivir. Pero con las prisas olvidó, o no tuvo en cuenta, que el ser humano no se regula de forma espontánea o natural, sino que precisa de un orden social interiorizado a través de la conciencia moral. Y éste fue su error (Villegas, 2011). A fin de poner remedio a este fallo, Zeus en persona ordenó a Hermes que distribuyera entre los humanos “el sentido moral y la justicia, a fin de que hubiera orden en las ciudades y lazos de unión entre sus habitantes con el objetivo de garantizar su convivencia”.

A través de este mito explica Platón (Protágoras, 320-322) la creación del

hombre en dos estadios sucesivos, uno natural, complementado por los dones divinos de la ciencia y la tecnología, arrebatados por Prometeo a los dioses, y otro sobrenatural, debido a la intervención directa de Zeus que concede al hombre el sentido del pudor y de la justicia, base de la dimensión moral. En la medida en que el pensamiento mitológico griego va derivando hacia el pensamiento racional o filosófico, la cuestión de la fundamentación de la ética aparece como un tema desligado de la religión, aunque en sus inicios continúa siendo idealista. Sócrates, por ejemplo, pregunta constantemente a sus interlocutores sobre la justicia, con la esperanza de que descubran en su fuero interno la idea innata de la misma.

La ética de Platón, al igual que la socrática parte del supuesto que el hombre tiende a buscar el bien, por lo que bastaría conocerlo para obrar correctamente. En el mito de la caverna se plantea la necesidad de descubrir la idea del Bien, que es única y la misma para todos los hombres, para proceder sabiamente tanto en la vida privada, como en la pública.

Aristóteles cambia la perspectiva esencialista por la teleológica. No existe el “bien en sí”, sino que este se define por los fines que persigue, pero muchos de estos están subordinados a otros fines. La pregunta que surge de inmediato es ¿existe entonces un fin último? La respuesta genérica a esta pregunta se puede sintetizar en una palabra: sí, la felicidad. Pero, dado que no existe una definición unívoca para la misma, la ética se convierte en una reflexión práctica encaminada a la acción, por lo que ha de ser en la actividad humana en donde encontremos los elementos que nos permitan responder a esta pregunta:

“Puesto que la virtud es doble –una intelectual y otra moral– la intelectual toma su origen e incremento del aprendizaje en su mayor parte, por lo que necesita experiencia y tiempo; la moral, en cambio, se origina a partir de la costumbre... De aquí resulta también evidente que ninguna de las virtudes morales se origina en nosotros por naturaleza” (Aristóteles, Ética a Nicómaco, libro 2,1).

Esta preocupación ética dominó la filosofía posterior a Aristóteles, en el periodo helenístico, en pos de la consecución de la felicidad. Probablemente, y aun a riesgo de simplificar mucho, estoicos, hedonistas y epicúreos estarían de acuerdo en relacionar la felicidad con el bienestar y éste con la ausencia de dolor. La diferencia estaría en acordar el método por el que se consigue eliminar el sufrimiento. Para los hedonistas podría conseguirse con la obtención de placeres, para los epicúreos con la evitación del dolor, mientras que para los estoicos con la eliminación de sus causas.

En la Edad Media, Tomás de Aquino retoma tanto la posición aristotélica (peripatética), como la estoica:

“Sobre esta cuestión los estoicos y los peripatéticos tuvieron diferentes opiniones, pues los estoicos afirmaban que todas las pasiones eran malas y los peripatéticos decían que las posiciones moderadas eran buenas [...] Por eso las juzgan buenas cuando están reguladas por la razón, y malas

cuando no están gobernadas por ella. Pues las pasiones no se llaman enfermedades o perturbaciones del alma, sino cuando les falta la regulación de la razón” (Suma Teológica, I-II, q. 24).

En particular los estoicos coincidirían con las tradiciones orientales (budismo e hinduismo) que consideran la liberación del sufrimiento y la eliminación del deseo, las claves de la felicidad. La gran preocupación del buda Gautama fue la superación del sufrimiento que buscó por dos vías el ascetismo y la sabiduría, el desprendimiento de lo superficial y la iluminación. En la tradición hindú el concepto de nirvana significa “apagamiento”, como el de una vela que se extingue y, en consecuencia, se entiende la felicidad como la extinción de toda perturbación, cuyo origen es el deseo. Los budas reclinados representan un estado de beatitud, de tranquilidad de la mente, propio del estado del paranirvana.

En el Medievo la opción escogida por Tomás de Aquino está condicionada, naturalmente, por su visión teológica, por lo que, aunque coincide con Aristóteles en que el fin último de las acciones humanas es la felicidad, o, lo que es lo mismo, el bien, éste sólo se halla realizado plenamente en Dios, único bien realmente universal e infinito. Por eso el fin último del hombre será la contemplación divina. Mientras está en la tierra, sin embargo, debe comportarse de acuerdo con la ley natural, reflejo de la eterna, que puede conocer a través de la razón. En consecuencia la bondad moral consiste en la conformidad con la razón humana, la cual es la regla y medida inmediata de la moralidad de los actos humanos, como derivación o irradiación que es de la razón divina o ley eterna, norma primitiva y medida suprema de la moralidad.

A parte del periodo medieval, donde la moral vuelve a postular una fundamentación teológica o revelada, la filosofía moderna deberá responder a la cuestión del fundamento desde una perspectiva antropocéntrica.

En el siglo XVIII, David Hume, en su obra póstuma *Diálogos sobre la religión natural* (1779), plantea el problema en los términos de la (mal) llamada paradoja de Epicuro:

“¿Es que Dios quiere prevenir el mal, pero no es capaz? Entonces no es omnipotente. ¿Es capaz, pero no desea hacerlo? Entonces es malévolo. ¿Es capaz y desea hacerlo? ¿De dónde surge entonces el mal? ¿Es que no es capaz ni desea hacerlo? ¿Entonces por qué llamarlo Dios?”

Con estos virajes del pensamiento filosófico hacia la dimensión práctica y humana (ética) del problema del bien y del mal, el planteamiento esencialista que exigía la preexistencia de estos conceptos y su fundamentación en un orden divino va derivando hacia un planteamiento antropocéntrico.

En este escenario de pérdida de la transcendencia, la filosofía kantiana desplaza el fundamento metafísico de la moral al interior del sujeto (tomando el nombre de imperativo categórico) y la interiorización de la ley moral kantiana se convierte en el último reducto de libertad y de transcendencia capaz de fundamentar la ética. La propuesta de Kant (1946, 1975) resuelve la aporía, desplazando la idea

de Dios o de la naturaleza –carente de sentido, caso de tenerlo, o al menos incognoscible– al interior de la conciencia. La dimensión divina de la moral kantiana se manifiesta en la incondicionalidad del imperativo categórico que rechaza cualquier tipo de utilitarismo y egoísmo, en nombre del universalismo y de la humanidad. Se han invertido los términos: la religión ya no puede ser un fundamento para la moral. La moral es, ahora, el fundamento de la religión.

La razón teórica formula juicios frente a la razón práctica que emite imperativos. Estos serán los pilares en los que se fundamenta la ética formal kantiana. La ética debe ser universal y, por tanto, vacía de contenido empírico, pues de la experiencia no se puede extraer conocimiento universal. Debe, además, ser *a priori*, es decir, anterior a la experiencia y autónoma, esto es, que la ley le viene dada desde dentro del propio individuo y no desde fuera. Los imperativos de esta ley deben ser categóricos y no hipotéticos.

El imperativo categórico se expresa en tres formulaciones:

Obra sólo según una máxima tal, que puedas querer al mismo tiempo que se torne en ley universal.

Obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca solamente como un medio.

Obra como si por medio de tus máximas fueras siempre un miembro legislador en un reino universal de los fines.

Los desarrollos posteriores con Nietzsche (1990) a la cabeza, que declara la muerte de Dios, nos llevan hasta nuestros días en que los términos se han invertido totalmente: “Dios ha muerto. Dios sigue muerto. Y nosotros lo hemos matado”, escribe en *La gaya ciencia* (1882). La muerte de Dios supone el rechazo de los valores absolutos y de la ley moral universal.

Para Wittgenstein (1965) una ciencia llamada “ética”, en respuesta a Moore que la define como “la investigación general sobre lo bueno”, carece de sentido:

“La ética, en la medida en que surge del deseo de decir algo sobre el sentido último de la vida, sobre lo absolutamente bueno, lo absolutamente valioso, no puede ser una ciencia. Lo que dice la ética no añade nada, en ningún sentido, a nuestro conocimiento. Pero es un testimonio de una tendencia del espíritu humano que yo personalmente no puedo sino respetar profundamente y que por nada del mundo ridiculizaría”.

No solamente la ética debe desarrollarse en un mundo sin Dios, sino que para Sartre, que parte de un humanismo existencialista, “la existencia precede a la esencia”. El hombre se halla desfondado, privado de cualquier apoyo, condenado a ser libre. Esta posición puede leerse desde la perspectiva de una conciencia constitutiva solipsista o de reciprocidad entre conciencias. En sus inicios Sartre (1943) veía al otro como un obstáculo para mi libertad “*l'enfer c'est les autres*”, pero a la vez el otro se convierte en constituyente de mi existencia, “puesto que si no hay otro, yo no existo. “*Si existe un Otro, quienquiera que sea, si es que existe, cualesquiera que sean sus relaciones conmigo... entonces tengo un afuera, una*

naturaleza; mi pecado original es la existencia del otro”.

En su época madura, la posición de Sartre (1980) vira de la conflictividad inherente a esta concepción a la reciprocidad:

“Dicho de otro modo, toda conciencia me parece actualmente a la vez constitutiva de sí misma como conciencia y, al mismo tiempo, como conciencia del otro y como conciencia para el otro. Y esa realidad, ese considerarse a sí mismo como uno mismo para el otro, teniendo una relación con el otro, es lo que yo llamo conciencia moral”.

1.2. La lucha por la vida

Dejando a un lado la relación de las interminables discusiones entre escuelas filosóficas a lo largo de la historia sobre la naturaleza del bien y del mal, que aunque sea de una manera breve, somera y sintética acabamos de repasar, se podría concluir de una manera muy simple con esta afirmación: “el bien es ser y el mal, negación de ser”. El bien es creación o preservación del ser y el mal es destrucción del ser. Antes que el bien o el mal moral, estaría el ontológico y, si acaso, el primero se debería evaluar en función del segundo.

Sin embargo, esta consideración no se sostiene en el ámbito del mundo físico, donde no se puede determinar ni el bien, ni el mal: ¿Es un bien o un mal que el universo se expanda o se contraiga? ¿Es bueno o malo que los seres vivos nazcan, crezcan y mueran? ¿Es justo o injusto que unos seres se nutran de otros y que para ello tengan que destruirlos? ¿Es equitativo el reparto de las calamidades geológicas o meteorológicas entre las distintas regiones de la tierra?

Estos bienes o males ontológicos no están sujetos a un juicio moral. Para que pudieran estarlo, deberían ser causados intencionadamente por seres humanos (o sobrenaturales, capaces de intencionalidad) para causar daño vital a otros seres humanos, aunque fuera indirectamente (por ejemplo, daños ecológicos). De este modo, todo cuanto esté orientado a la explotación de los bienes materiales “Umwelt” en beneficio propio y en perjuicio ajeno puede ser considerado moralmente malo, aunque solo en la medida en que, fruto de la acción humana, perjudica a otros o al conjunto de los seres humanos “Mitwelt”.

En términos muy básicos, la distinción entre el bien y el mal, a escala humana, se podría reducir a la antinomia vida-muerte. La vida es ser, la muerte es no ser. En este sentido, y por derivación, se consideran “bienes” aquellos elementos que contribuyen a la vida (recursos energéticos, alimentarios, etc.) y “males” aquellos que contribuyen a la muerte (enfermedades, sequías, inundaciones, etc.).

En efecto, tomado en abstracto, el concepto de ser siempre es bueno, porque su contrario es el no ser. Pero el problema se plantea a nivel de los seres concretos, cuyo aumento puede resultar una amenaza para la vida de otros seres. Por ejemplo, una de las plagas bíblicas, la de las langostas migratorias, suponía una destrucción masiva de las cosechas y, en consecuencia, hambruna para todo el pueblo egipcio. El bien de las langostas, o en su caso, el de los mosquitos transmisores de la malaria

en los países donde proliferan, o el de las ratas portadoras de la peste en el Medioevo, genera con frecuencia un perjuicio para los humanos, dando lugar a un conflicto de intereses.

Albert Schweitzer (1965) escribe en su autobiografía, fechada en 1931, en referencia a su trabajo como médico en el hospital de Lambarené (Gabón):

“Me considero afortunado al poseer los nuevos remedios contra la enfermedad del sueño que me permiten conservar la vida en los casos en que antes tenía que asistir a una dolorosa e inexorable enfermedad. Pero cada vez que veo los microbios de la enfermedad del sueño por el microscopio, no puedo evitar el reconocer que tengo que matar estas vidas para salvar otras”.

Sin embargo, ese mismo conflicto se vuelve mucho más complejo cuando nuestros enemigos no son microbios, insectos o ratas, sino otros seres humanos, dando lugar a la aparición de conflictos entre iguales.

Arjuna

Tal es el dilema del príncipe de los *pandava*, Arjuna, que, en el poema Bhagavadgita del Mahabharata, se enfrenta a uno de los grandes conflictos morales que implica la lucha entre hermanos por la recuperación del reino. El dilema de Arjuna se produce cuando reconoce ante sí en el campo de batalla, uno por uno, los rostros de las personas queridas, familiares y maestros, y siente que no puede luchar contra ellos. Ante esta situación a Arjuna se le plantea tener que escoger entre sus legítimos derechos y ambiciones, en-frentándose a familiares y amigos, o renunciar al trono e incluso aceptar la muerte, si se niega a entrar en combate. Finalmente, Arjuna, convencido por los argumentos de Krishna, divinidad que le guía en la lucha, resuelve la situación por la vía del medio, reconociendo sus obligaciones como guerrero, que han de permitir el cumplimiento del destino, la victoria de los *pandava* y el restablecimiento del orden cósmico y social.

“Piensa en tu deber y no tengas dudas. No existe gloria más grande para un guerrero que luchar en una guerra justa. Hay una guerra que abre las puertas del Cielo, Arjuna. Felices son los guerreros que tienen la suerte de luchar en esta guerra... Si mueres, tu gloria estará en el Cielo, si ganas, tu gloria estará en la tierra”.

Pero el argumento definitivo que utiliza Krishna al final de la discusión nos lleva al plano metafísico; solo los cuerpos pueden ser destruidos, el alma es eterna; es una ilusión la que nos hace ver asesinos y víctimas, por tanto no hay que temer matar, ni morir:

“La vida y la muerte, el placer y el dolor pasan... Si un hombre piensa que mata a otro y este piensa que se va a morir, ninguno de ellos conoce la verdad... Lo Eterno de un hombre no se puede matar, así como lo que es Eterno de un hombre no puede morir. Él ni nace ni muere. Es la Eternidad... no se muere cuando se muere el cuerpo”.

Estos dilemas morales suponen la aceptación de la individualidad y, en consecuencia, de la alteridad. Evidentemente el conflicto moral no existe, si no se admite la multiplicidad de los seres, la distinción entre tú y yo, o si se cree que todo es pura apariencia, como supone la visión védica en el hinduismo. En la visión occidental los dilemas morales se plantean justamente cuando se produce un conflicto de intereses entre seres individuales o sujetos: cuando mi bien es tu mal o mi mal es tu bien.

1.3. La moral de la alteridad

Queda claro, pues, que el tema de la moralidad es una cuestión de intereses, no de ideas abstractas y que las relaciones de interés solo se pueden dar entre humanos. Al pasar de la consideración del Umwelt (mundo natural) al Mitwelt (mundo social o relacional) los primeros conceptos que aparecen en nuestra mente son los de una ética humanista o moral de la alteridad, como criterios que rigen nuestros comportamientos sobre la base de los principios de *igualdad* y *reciprocidad*.

A los principios antes enunciados de *igualdad* y *reciprocidad* cabría añadir el de *beneficencia* en el sentido literal de la palabra de *hacer el bien*, por lo que en formato categórico podría enunciarse como “procurar el bien y evitar el mal”, entendido no como obligación, sino como alternativa de elección frente a la comisión o evitación de un daño. Nadie está obligado a hacer el bien, ni siquiera a evitar un mal, si no tiene una responsabilidad directa sobre la situación. Puedo desentenderme de las consecuencias de un acontecimiento, si no puedo hacerme cargo de él o no es de mi incumbencia. Hacer el bien es moralmente virtuoso, pero no obligatorio. Causar el mal, en cambio, es moralmente reprochable, por lo que el precepto derivado del principio de beneficencia solo puede enunciarse de forma negativa, no causar daño (“no matarás, no robarás, no levantarás falso testimonio, etc.”).

Los dos grandes preceptos que podrían derivarse de una ética humanista serían, pues, los de promover el bienestar y evitar el malestar: haz el bien y no hagas el mal. Al primero corresponde el concepto de solidaridad, al segundo los de pecado por comisión o por omisión.

1.3.1. El bien moral o la solidaridad

El principio de procurar el bienestar se puede desplegar a través de las prácticas solidarias o altruistas. El sentimiento de solidaridad propio de la especie humana, puesto de manifiesto en innumerables ocasiones, como las acciones de salvamento marítimo, llevado a cabo por organizaciones humanitarias (Aquarius, Open Arms); la asombrosa proeza de Mamoudou Gassama, que el 26 de mayo de 2018 escaló por la fachada de una casa para rescatar a un niño que colgaba de un balcón en un cuarto piso de un apartamento en París; o la arriesgada expedición de rescate protagonizada por un equipo de submarinistas en el interior de la cueva de Tham Luang, (norte

de Tailandia), donde el 23 de junio 2018 quedó atrapado un grupo de adolescentes, y en la que perdió la vida uno de los miembros del equipo de rescate, son muestras fehacientes de solidaridad altruista.

Pero seguramente no basta con la buena voluntad, al menos en todas las ocasiones, puesto que hay muchos otros casos en que las personas se han visto obligadas a abandonar a las víctimas de accidentes compartidos, cuando su rescate resultaba imposible o totalmente desaconsejable por su peligrosidad. Así sucedió a mediados de agosto de 2009, en el caso del Latok II, cuando un grupo de alpinistas abandonó a su compañero Oscar Pérez, malherido a 6.300 metros de altura, debido a las condiciones de tiempo tanto atmosférico como cronológico que hacían prácticamente imposible y totalmente desaconsejable la misión de su rescate a causa de su peligrosidad y la alta probabilidad de llegar y encontrarse a su compañero ya muerto.

En efecto, no existe la obligación moral de hacer el bien. Este será siempre el efecto de una intervención profesional en el campo de la salud o del salvamento, por ejemplo, o resultado de un acto voluntario, amoroso o generoso en el ámbito de las relaciones interpersonales, familiares, amistosas o simplemente humanas, según el principio que reza: “haz el bien y no mires a quién”. El altruismo requiere siempre un acto generoso en beneficio ajeno, aunque conlleve un coste personal en tiempo, dinero, esfuerzo, salud o, incluso, la propia vida.

Dar la vida por el prójimo

A fines de julio de 1941 se produjo la fuga de un preso del campo de concentración de Auschwitz. Como represalia, el sargento polaco Franciszek Gajowniczek, de 40 años de edad, con el número de inscripción 5659, tatuado en su brazo, fue escogido con otros nueve más para ser ajusticiado. Cuando Franciszek fue señalado por el comandante del campo, para el diezmo de la muerte, musitó estas palabras: “pobre esposa mía; pobres hijos míos”. El sacerdote polaco Maximiliano Kolbe, que estaba a su lado, lo oyó y dando un paso al frente exclamó: “Soy un sacerdote católico polaco, y ya soy viejo. Querría sustituir a ese hombre que tiene esposa e hijos”. El oficial nazi, aunque irritado, aceptó su ofrecimiento y Maximiliano Kolbe, que tenía entonces 47 años, fue recluido en una celda subterránea, con los demás prisioneros, en substitución del sargento polaco, sometido a ayuno continuado hasta la muerte. Quince días más tarde, el padre Kolbe y el resto de compañeros, supervivientes al ayuno, fueron asesinados con una inyección de fenol y sus cuerpos incinerados en el crematorio del campo.

1.3.2. El pecado o la maldad

La introducción del concepto de pecado en este punto, tiene especial relevancia para la comprensión del mal moral (Villegas, 2018). Culpas y pecados, sin embargo, son conceptos derivados de un proceso de evolución moral, que supone el surgimiento de una conciencia individual, cosa que ha tardado muchos siglos y

seguramente milenios en tomar cuerpo como tal, y no en todas las culturas al mismo tiempo. Así, por ejemplo, escribe Kapuscinski (2000):

“la religión tradicional de los ibo, al igual que las de la mayoría de las sociedades africanas, no conoce la noción de pecado. En la tradición africana no existe la noción del mal metafísico, abstracto, el mal en sí mismo. La acción solo adquiere rasgos de mala, en primer lugar, cuando se descubre; y en segundo lugar, cuando una comunidad o una persona lo consideren como tal. Además, el criterio no es axiomático, sino práctico, concreto: el mal es aquello que perjudica a otros. No existen malas intenciones (ni pensamientos ni deseos), porque el mal no lo es hasta que se materializa, hasta que cobra una forma activa. Sólo existen malas acciones... Sin embargo, tal vez lo más importante radique en el hecho de que el mal no descubierto no es ningún mal, con lo cual tampoco despierta un sentimiento de culpa. Puedo engañar con la conciencia limpia durante todo el tiempo que transcurra hasta que alguien se dé cuenta de que lo he estado engañando y me señale con el dedo...

En las sociedades en que el individuo existe no para sí mismo, sino en tanto que elemento de una comunidad, éste queda liberado de la responsabilidad personal, lo que hace que la culpa individual desaparezca, y con ella, el sentimiento de pecado... Pues bien en la manera africana de afrontar el problema planteado... no hay lugar para el pecado. Una de dos: o no hago nada malo –puesto que no se ha descubierto– o bien, cuando el mal es revelado, enseguida, en ese mismo instante es castigado y, por lo mismo, aniquilado. El pecado y la culpa forman un conjunto inseparable”.

Con el afianzamiento de las culturas neolíticas en el continente euroasiático surgieron mitos y religiones que dieron origen a la idea de pecado como transgresión de una ley divina o la de un tabú, por ejemplo el pecado original, entendido como desobediencia a Dios. Esta concepción tradicional es posiblemente uno de los motivos por el que ha caído en desuso la palabra *pecado* en nuestra sociedad laica, que se ha ido sustituyendo por o equiparado a la palabra delito en el ámbito legal.

En el mundo clásico grecorromano y en el seno de religiones no teístas, como el budismo, se gestó la idea del pecado como un fallo, error o vicio, como un acto contrario a la virtud, producto de la ignorancia o de defecto del carácter. El término griego para designarlo (*hamartia*) hace referencia al “fallo del objetivo o a no dar en el blanco”, del arquero. En latín “peccatum” viene a significar algo así como “tropiezo o mal pie”.

El héroe trágico, Edipo por ejemplo, comete un “error fatal” al no reconocer a su padre en el viajero al que mata: “*que si llegué a las manos con mi padre y le maté, sin saber nada de lo que hacía, ni contra quien lo hacía, ¿cómo este involuntario hecho me puedes en justicia imputar?*” (Edipo en Colono).

El punto de mira del fallo está puesto en la persona que se equivoca, no en los efectos de su error. Deberá corregirse, aprender, mejorar “la puntería”, pero no se

dejará invadir por el sentimiento de culpa, si acaso por el de vergüenza: lo he hecho mal, podría haberlo hecho mejor. Esta perspectiva, sin embargo, nos aleja de la visión intersubjetiva y, por tanto, psicológica y moral.

La distinción entre el concepto de fallo y el de pecado es importante tanto desde el punto de vista moral, como psicológico. El fallo remite al error, el pecado a la culpa o a la responsabilidad. Como un fallo o falta indica un error, no podemos atribuir culpa sino, en todo caso, ignorancia, incompetencia, descuido o falta de destreza a quien lo comete, de ahí la vergüenza. El error hace referencia a lo correcto o incorrecto de un planteamiento, una decisión o una acción. El pecado, a las consecuencias perjudiciales para un tercero de nuestros planteamientos, decisiones o acciones. La culpa, en consecuencia, supone una conciencia del daño infligido a un tercero, de un mal causado por acción u omisión (Villegas, 2018).

1.3.2.1 El pecado de comisión

El pecado de comisión lo podemos definir como causar un daño a terceros en beneficio propio. Los motivos siempre son egocéntricos y pueden saciar necesidades o deseos de muchos tipos: venganza, poder, dominio, placer, dinero. En este contexto la idea de pecado, despojada de cualquier reminiscencia religiosa, resulta totalmente adecuada, pues no es otra cosa que el reconocimiento del “daño causado a los demás, a partir de motivaciones egocéntricas” (Villegas, 2018). No basta, en efecto, concebir el mal moral (pecado) como un daño provocado a un ser humano, sino que requiere ser el producto de una acción intencional de otro ser humano, de lo contrario la caída de un meteorito o la explosión de un volcán que causara centenares o miles de muertos podría ser considerado un daño moral. Por esa misma razón en la naturaleza, sea de tipo físico o biológico, no existe el mal moral ni el derecho, puesto que los fenómenos que en ella se producen carecen de intencionalidad. La acción humana, en cambio, es siempre voluntaria e intencional, aunque no necesariamente intencionada (daños colaterales) y, por eso, responsable.

El daño causado a terceros puede ser directa o indirectamente querido. Puedo buscar directamente mi beneficio, por ejemplo, económico, aunque eso sea en perjuicio de otro, tal como le comenta su jefe a Jordan Belfort (2010), según el diálogo extraído del guión de la película *El lobo de Wall Street*:

“-Tu trabajo consiste en pasar el dinero del bolsillo de tu cliente al tuyo. Tu única responsabilidad es llevar comida a la mesa...”

-Ya, replica Jordan, pero si puedes hacer que el cliente también gane dinero, todos salimos beneficiados...

-No...! Primera regla de Wall Street, responde el jefe, nadie, aunque seas Warren Buffet o Jimmy Buffet, nadie sabe nunca si una acción va a subir, bajar, irse para un lado o dar vueltas. Y menos los corredores de bolsa... Si tu cliente compró acciones a 8 y ahora están a 16, está contento. Quiere agarrar el dinero e irse corriendo a casa. No se lo permites. Porque eso lo vuelve real. ¿Qué haces? Se te ocurre otra idea brillante. Una idea

especial. Otra acción para reinvertir sus ganancias y más. Y lo va a hacer siempre. Porque son adictos. Y lo hará una y otra vez. Mientras tanto él cree que se está forrando y es cierto sobre el papel. Pero los corredores nos llevamos a casa verdadero efectivo, las comisiones. No creamos nada, no construimos nada..., hay que seguir sonriendo... Mantén a los clientes en la rueda de la fortuna. El parque está abierto las 24 horas, 365 días, todas las décadas, todos los malditos siglos. Es todo. En esto consiste el juego. El dinero entra por la ciudad y baja a borbotones por Broadway en una sola dirección”.

El sicario

Hacer daño a un tercero puede ser un medio indirecto, pero necesario para mi propio beneficio, aunque no salde con ello ninguna cuenta personal con la víctima, como se puede colegir del relato que sigue a continuación:

Julio Santana, de 64 años de edad, sicario de profesión, cometió su primer asesinato en 1971 con 17 años. Lo hizo como un favor a su tío a quien admiraba y con quien tenía muy buena conexión, que en aquel momento estaba en cama enfermo de malaria y no podía llevar a cabo su cometido. Posteriormente, y a pesar de sus reticencias iniciales, ha continuado ejerciendo de sicario durante 35 años, habiendo matado a 492 personas por todo el Brasil. Desde 2006 vive retirado con su esposa en una pequeña localidad del país. Solo pasó en una ocasión una noche en un calabozo, del que salió al día siguiente mediante un soborno.

En un libro escrito por el periodista Klester Cavalcanti (2018) a partir de largas entrevistas con Julio Santana se producen diálogos como los siguientes:

“No puedo negarlo, fueron 35 años muy emocionantes. Valieron la pena... Usted no se puede hacer una idea, pero matar es algo grande. Genera una enorme sensación de poder. Tener la vida de alguien en tus manos... Tienes poder sobre la vida... Yo nunca pregunté (por los motivos), aunque algunos tomaran la iniciativa de contármelos. Mi única exigencia era cobrar por adelantado... Yo era un simple trabajador, como usted o como cualquier otro. Haces el encargo y te lo pagan. No es que me gustara lo que hacía, pero es que era verdaderamente bueno. No conocí a nadie tan bueno como yo... Nadie sabía a qué me dedicaba en realidad. Pensaban que era policía militar. Por estos lares, la policía no se mete con los sicarios... Aunque he vivido siempre con miedo de ser detenido, el miedo a ir al infierno siempre ha sido mucho mayor... Yo no banalizaba la muerte. Solo hacía mi trabajo. En algunas situaciones, el corazón se me aceleraba y sentía muchas cosas; en otras, todo era normal, no sentía nada. No sé explicar qué hacía que unos trabajos me emocionaran y otros no, pero así era... La culpa siempre me acompañó después de cada trabajo. Si no la sintiera, no rezaría. En mis pesadillas, las personas a las que maté vuelven para hablar conmigo. Entonces hago lo que siempre

hacia: rezo diez avemarías y veinte padrenuestros, y todo se tranquiliza... Cada encargo lo llevaba a cabo con tranquilidad y paz, sin odio y sin maldad en el corazón. Yo sabía que estaba libre de pecado, que Jesús me había perdonado, porque rezaba y el dolor y la tristeza se iban. Sentía el alivio. Nunca he sido una persona peligrosa. Jamás. Siempre he sido un buen hombre, de buen corazón, que ha tratado a todos con mucho respeto. La gente siempre me ha tenido aprecio”.

En el texto de Santana podemos detectar la equiparación del asesinato a un trabajo cualquiera. La evaluación narcisista de su trabajo: “soy muy bueno”, como tirador a distancia. Un sentido de grandiosidad que le da el poder sobre la vida ajena. La ausencia de empatía con las víctimas. Las reacciones emocionales que oscilan entre la excitación y la indiferencia. Miedo al castigo eterno en el infierno (atrición, sin propósito de la enmienda). Sentido de culpabilidad, que calma con rezos (diez avemarías y veinte padrenuestros), lo que le produce finalmente tranquilidad de espíritu.

Por un “quítame allá estas pajas”

Finalmente, el daño a terceros puede ser pretendido explícita e intencionadamente, para colmar un deseo de venganza, usurpación, dominio, escarmiento, etc., produciendo una satisfacción, solamente en el caso de llegar a efecto.

Patrick Nogueira, joven brasileño de 19 años, mató a su tía Janaina, sus dos sobrinos de 4 y 1 años y más tarde, la misma noche, a su tío Marcos, a la vuelta del trabajo en un chalet de la localidad de Pioz (provincia de Guadalajara), con un cuchillo de grandes dimensiones, el 16 de agosto de 2016.

Llegó a la urbanización con dos pizzas para invitar a su tía y sobrinos a la hora de comer. Después de la comida y mientras la tía recogía la cocina se acercó a ella por detrás y la degolló. A continuación mató a los niños con el mismo cuchillo y del mismo modo. Luego intentó deshacerse de los cadáveres, excavando en el jardín, pero no lo consiguió por la dureza del subsuelo, por lo que decidió trocearlos y meterlos en bolsas de plástico. Luego lo lavó todo y se duchó.

Esperó hasta las diez de la noche a que llegara su tío del trabajo, lo recibió en la puerta y entró tras él y lo acuchilló igualmente en la yugular. Había buscado en internet la forma más rápida de degollar a alguien. Luego descuartizó también al tío. Lo limpió todo y se quedó a dormir en la casa. Al día siguiente cogió un autobús para la vuelta, sin que nadie le viera entrar ni salir de la casa.

Los cadáveres no fueron descubiertos hasta un mes después, el 18 de septiembre, a causa de la alarma de los vecinos por el hedor que provenía del chalet. En un primer momento la policía pensó que esta matanza era obra de sicarios. Alertado por las noticias que salían en la tele, tomó dos días después del descubrimiento de los cadáveres, un avión de regreso al Brasil, donde se refugió en casa de los padres a quienes ocultó los hechos. Se justificaba diciendo que había huido, pensando que los asesinos eran unos sicarios, que luego irían a por él.

Los móviles del crimen no han sido revelados por el joven confeso, pero por los antecedentes de la matanza pueden sospecharse. A su llegada a España para poder jugar en algún equipo de fútbol, fue acogido por sus tíos en un piso en Torrejón, antes de que la familia decidiera trasladarse al chalet de Pioz. No se lo llevaron consigo porque le había caducado el permiso de residencia y tenía una conducta poco apropiada. Tuvo que irse a vivir a un piso compartido, cuando él pensaba que se lo llevarían con ellos a la nueva casa. Esto fue motivo de un insoportable desaire: “Sentí un *odio irrefrenable*; algo me decía que tenía que matarlos”. Y desde este sentimiento planeó su venganza.

Las pruebas del crimen que acusan a Patrick de manera incuestionable, hasta el punto que la han llevado a la confesión y reconocimiento de la autoría del mismo, se basan en una serie de mensajes que mandó ese mismo día a Marvin Henriques, su mejor amigo del Brasil, narrando casi en directo la secuencia de los hechos a través de *whatsapp* y acompañándolo con *selfies*. En ellos puede leerse:

“Yo no me iba a echar atrás nunca. [No iba a] salir por aquella puerta sin el deber cumplido... Hace unos días, pensaba que iba a vomitar. Pero he empezado riéndome... Pensé que me daría asco; ahora llega el mejor momento: el descuartizamiento; abrir a alguien por la mitad da demasiado trabajo... No sabes lo difícil que es limpiar; solo huelo a sangre y eso que me he duchado... nunca había sentido esto antes...

Cuando dieron las 18.45 horas aún estaba enjuagando el suelo. Estoy feliz”... (Ya de madrugada): “He acabado. Son las 02.35. Yo me voy a dormir”.

En su defensa ha aprovechado para presentarse como una víctima de los *impulsos* que le empujaron a matar a sus familiares, según él:

“Me desequilibro cuando intento guardar la rabia. Empiezo a tener ansiedad. Siento que la manera en que reacciono no es igual a la de los demás. Si lo pudiera controlar, sería maravilloso. Es la única forma de quitarme la frustración y el miedo... Sabía lo que quería, pero no sabía exactamente cómo iba a pasar todo”.

La isla del diablo

En términos psicológicos el mal es reductible a la percepción de pérdida, el bien a la de ganancia. Es un balance psicológico: si gano es bueno, si pierdo es malo. De ahí vendría el criterio de clasificación de los actos morales, aquellos actos que estuvieran dirigidos a generar o conservar el ser (que suponen una ganancia) serían buenos, y aquellos que estuvieran dirigidos a destruirlo (que suponen una pérdida) serían malos. La forma más básica de hacer daño es atentar contra la vida y los bienes de alguien, como hemos visto hacerlo a Julio o a Patrick, para quienes el daño ajeno redundaba en beneficio propio (dinero o venganza).

Pero la vida del ser humano va mucho más allá de la existencia material o la preservación de la vida, porque en el ámbito de la interacción social aparece la

subjetividad, la individualidad, la persona. Por ejemplo, la dignidad, el respeto, la fama son características humanas no materiales, pero sí sustantivas o esenciales para mantener su ser social; lo que va dirigido a aumentar estos atributos es bueno, lo que va dirigido a disminuirlos es malo. El daño que se puede hacer a las personas atacando su buen nombre, prestigio o fama sobre la base de rumores, calumnias o falsos testimonios, puede acarrear consecuencias muy graves para toda su vida y es de difícil reparación.

Alfred Dreyfus, un ingeniero politécnico de origen judío-alsaciano, capitán del ejército francés, fue acusado injustamente, a finales de 1894, de haber entregado documentos secretos a los alemanes. Sometido a juicio por un tribunal militar, fue condenado a prisión perpetua y desterrado a la colonia penal de la Isla del Diablo situada a 11 km de la costa de la Guayana Francesa (al norte del Brasil), por el delito de alta traición. Su caso levantó una enorme agitación política y social en Francia entre defensores y detractores de su inocencia. La intervención del novelista Émile Zola en el debate público con el famoso alegato *J'Accuse*, a favor de Dreyfus, llevó a cambiar de opinión a muchos franceses. Descubierto el auténtico espía que había pasado los documentos al ejército enemigo, Ferdinand Walsin Esterhazy, su caso fue revisado a instancias del Tribunal Supremo, por otro tribunal militar, que, a pesar de las evidencias, reafirmó la condena de Dreyfus, esta vez más atenuada, por no dar su brazo a torcer. Finalmente el presidente de la República le concedió el indulto. Dieciocho años más tarde, en 1906, fue rehabilitado e reintegrado en el ejército con el grado de comandante, con el que participó en la primera guerra mundial. Murió en 1935.

1.3.2.2. El pecado de omisión: la omisión del bien

Pero no es solo la comisión del mal, sino también la omisión del bien, la que puede causar daño a terceros. Por ejemplo, en la llamada “omisión de auxilio” en caso de haber provocado un accidente; o, teniendo el deber profesional de hacerlo, dejar de socorrer a la víctima (*dejación*). En efecto, muchas son las ocasiones en que tal vez podríamos haber actuado para evitar un daño a una persona y no lo hemos hecho, como en situaciones de *bullying* o de *mobbing* que afectan a terceros, y nos hemos mantenido al margen sin intervenir, de donde se ha derivado un mal mayor para la persona afectada. Más grave todavía puede considerarse la *negligencia* continuada o el *abandono* de nuestras responsabilidades en el cuidado de los otros.

Amazona

Clare Weiskopf (2016), nos presenta en un documental titulado *Amazona* la historia de su madre, Valerie Meikle, una superviviente de la época hippie. Escritora, viajera, maestra de reiki, artesana y música, nació en Inglaterra en 1937 y llegó a Colombia en 1960, siguiendo a su marido, con quien tuvo dos hijas, Liliana y Carolina. Más tarde después de separarse de su primer marido, Valerie retornó a Inglaterra y conoció en una comuna hippie a Jim Weiskopf, su segundo esposo, que

sería padre de Clare y Diego. Tras la muerte trágica de su hija mayor, Carolina, en el desastre natural de Armero por la erupción del volcán Nevado del Ruiz, donde perdieron la vida más de veinte mil personas, Valerie emprendió un viaje a la selva colombiana para superar el duelo y encontrarse a sí misma, dejando atrás a sus otros tres hijos.

Clare Weiskopf, la primera hija del segundo matrimonio, que en el momento del rodaje espera su primer hijo, se propone en ese documental reencontrarse con su madre Valerie en la selva, donde todavía vive a sus 80 años, precisamente porque su propio embarazo le plantea cuestiones sobre aquella decisión de su madre de dejar a los hijos para irse a vivir a la selva. Valerie la justifica como la salida natural al propio camino que todos debemos emprender en la vida, incluso a costa de tus propios hijos, como el único modo para:

“romper con la espiral de sacrificios a los que se ven sometidas las mujeres... Lo más importante en la vida de uno es la vida de uno. Ser mamá es más difícil en ese sentido porque muchas veces uno se sacrifica... pero hay cosas que no se pueden sacrificar. ¿De qué sirve una mamá, una mujer sacrificada?” (Weiskopf, 2016).

Pero lo que para Valerie fue un episodio vital de aprendizaje y de libertad, para su hija fue una forma de abandono. En el documental, Clare ahonda en los efectos nocivos de la libertad de su madre sobre ella y su hermano Diego y cuestiona sus decisiones:

“Sí, entonces me planteé lo que significaba ser madre, esa delgada línea entre la responsabilidad y la libertad. Mi madre escogió su propia vida por encima de la de sus hijos... Hay dos perspectivas: cómo lo veo ahora siendo adulta y cómo me sentía siendo niña. Me sentía sola, asustada, insegura, sin tierra bajo mis pies. Por un lado agradezco esas experiencias, muy pocos niños tienen la oportunidad de experimentar las cosas increíbles que te da vivir viajando por el mundo o en la selva, pero por el otro sufría la falta de estabilidad y de centro. Fue muy egoísta, mi madre ¿pero dónde está el punto para poder ser una mujer libre sin que eso afecte a tus hijos?... Me parece terrible juzgar, pero esa falta de límites asusta. Yo sentía muchos vacíos, desde educativos hasta psicológicos. No tuve un lugar seguro. Pero sin esas experiencias no sería quien soy... Yo prefiero una estabilidad, darle a mi hija ese centro que yo no tuve” (Weiskopf, 2016).

2. LA PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA: CÓMO ESTABLECE LA MENTE HUMANA LA DISTINCIÓN ENTRE EL BIEN Y EL MAL.

Aun en el supuesto que existiera una distinción ontológica entre el bien y el mal (dios ↔ el diablo, ser ↔ no-ser) todavía quedaría en pie el problema de explicar cómo la mente humana llega a su conocimiento. Esta hipótesis supondría, además de esta distinción teórica, la posibilidad de conocer o deducir la clasificación moral

de todos y cada uno de los actos humanos posibles. Tal conocimiento habría sido otorgado a los seres humanos por revelación directa o indirecta de los dioses, como postula Platón en el Protágoras, a propósito del mito de Prometeo (Villegas 2011), mediante la dotación innata o congénita a la especie del sentido del pudor y de la justicia, aunque no fuera capaz de asegurar de forma inequívoca, siempre y en cualquier circunstancia, un comportamiento de acuerdo con dichos criterios.

Sin embargo, las cosas no son tan simples. Baste considerar cualquier condición que afecte a una acción humana, influyendo en sus intenciones, sus características relacionales o sus consecuencias, entre otras muchas variables, para que nuestro juicio se vea cuestionado. ¿Actuó noblemente Bruto al asesinar a César, según consideró más tarde Plutarco en sus “vidas paralelas”, o hay que considerarlo un malvado traidor que merece el lugar que le otorgó Dante en el infierno al lado de Judas y Casio?

Las preguntas podrían, naturalmente, ampliarse hasta el infinito, sin llegar nunca a respuestas plenamente definitivas. Para poner solo un ejemplo, supongamos una situación como la siguiente, propuesta por Haidt (2001) y retocada literariamente por nosotros:

“Julia y Marcos son hermanos, de 22 y 25 años respectivamente. Ambos son solteros y acaban de dejar sendas relaciones con sus parejas temporales. Por eso han decidido viajar juntos. Están de turismo por Francia durante las vacaciones de verano. Una noche plantan la tienda de camping en un rincón solitario de una playa. La noche es suave y luminosa. La luna se refleja sobre un mar casi en calma. Han cenado marisco y bebido ‘champagne’ en un restaurante del paseo marítimo. Se sienten relajados y próximos uno al otro. Han tenido ocasión de repasar sus juegos y recuerdos de infancia. Se sienten atraídos sexualmente. Se acarician y estimulan hasta el punto de plantearse qué pasaría si se dejaran llevar y tener una relación sexual completa. Son conscientes de que ambos usan métodos eficaces de protección. Finalmente se abandonan a la situación con gran satisfacción mutua. Han vuelto a jugar como hermanos, pero a un juego de mayores en el que han experimentado intensos “placeres prohibidos”. Luego se relajan y duermen abrazados toda la noche. Al día siguiente, mientras desayunan en un bar del paseo entre miradas y sonrisas cómplices, se juran guardar este secreto que les unirá todavía más afectivamente de por vida.”

2.1. Moral inmanente vs. moral trascendente

Situaciones como ésta nos ponen ante un conflicto epistemológico. ¿Cuál es el criterio que nos permite juzgar la bondad o malicia de este comportamiento? ¿Existe una norma conforme a principios morales universales (trascendentes) que prohíbe esta conducta (el tabú del incesto, por ejemplo), o bien se regula por consenso (moral inmanente)? Si no existen normas universales, ¿la moral se reduce

a una cuestión de consenso interpersonal o de convención social? Y, si este es el caso, ¿consensos y convenciones justifican automáticamente cualquier opción de comportamiento, independientemente de cualquier otro criterio?

2.1.1. Los límites del consentimiento

Consideremos algunos casos donde el consenso parece entrar en conflicto con principios superiores que trascienden de alguna manera la relación consensual entre los implicados en una situación determinada.

Eros y thanatos

La película *El imperio de los sentidos* (Dauman y Oshima, 1976), dirigida por Nagisa Oshima, ambientada en Tokio en 1936, cuenta la historia de Sada Abe, ex prostituta, que trabaja como parte de la servidumbre de un hotel. Conoce allí al propietario, Kichizo Ishida, casado con la ama y ambos se hacen amantes de una manera tan intensa que buscan experimentar tanto en lo sexual como en el consumo de bebidas alcohólicas y en muchas otras autocomplacencias. Rodeados de otras geishas que cumplen el papel de familiares, celebran un simulacro de boda que termina en una fiesta desenfadada. Los amantes se van a vivir a una casa alquilada, donde el amor y los contactos sexuales se hacen cada vez más exigentes y absolutos, generando una relación que oscila entre el erotismo y la ritualidad. La historia se basa en un hecho real, protagonizado por la prostituta Sada Abe que asfixió de forma erótica (pero real, hasta la muerte) a su amante para, posteriormente, amputarle sus genitales, un delito por el que fue encarcelada durante seis años.

No es una película de acción, apenas sucede nada más allá de la repetición monótona de las mismas escenas de sexo, sino de pasión. De una pasión absoluta, desenfadada, en la que eros y thanatos se hacen al fin inseparables en una relación sexual llevada a sus límites, que sólo culminará con la entrega máxima, definitiva. Después de cortarle los genitales, Sada escribe con el cuchillo todavía ensangrentado en el pecho de él: “Sada y Kichi, ahora uno”. La fusión total solo llega a su culminación con la inclusión del objeto, como forma de posesión radical, pero como eso no es posible, la alternativa es la destrucción del mismo hasta la muerte, mediante la amputación de los genitales.

El informático de Rotenburg

En Alemania se registró un caso parecido, canibalismo incluido, en 2002. Armin Meiwes, técnico informático de 42 años residente en Rotenburg, puso un mensaje en varios foros de Internet que decía: “Busco un hombre apuesto de entre 18 y 30 años dispuesto a ser devorado”. A los pocos minutos, el ingeniero berlinés Bernd Jürgen Brandes, de 43, respondió. Ambos empezaron a intercambiar mensajes. Brandes quería ser comido vivo. Se citaron para un encuentro. Llegado el día Meiwes recoge a Brandes en la estación de tren y los dos van a su casa. Después de tener sexo, Brandes le confiesa a Meiwes que la única forma de que él se sienta

totalmente satisfecho pasa por un sacrificio humano, el suyo propio. Meiwes pone una cámara a grabar. Según el testimonio del mismo Meiwes, Brandes le suplica que le corte el pene, cosa que ya había propuesto a otros hombres que se habían negado en rotundo. Su anfitrión accede y se lo comen entre ambos en una especie de ritual canibalístico. Con el paso de las horas Brandes termina por desangrarse y muere. El ritual canibalístico continúa durante días, en este caso en solitario, en el que Meiwes va alimentándose del cadáver, previamente descuartizado, de Brandes.

Este caso, comenta Margaryta Yakovenko (2016), generó problemas jurídicos a la hora de ser evaluado por los tribunales alemanes. Dado que no existía el delito de canibalismo ¿cómo debía considerarse lo sucedido? ¿Se trataba de un asesinato o de un homicidio consentido? Al haber sido un acto consensuado, consentido por las partes, ¿era aquello una caso de eutanasia? En el juicio, los psiquiatras determinaron que ni Meiwes ni Brandes padecían ningún trastorno mental. En su defensa, Meiwes trató de diferenciar el asesinato del canibalismo. Explicó que no quería matar a Brandes, sino comérselo. La sentencia del tribunal le condenó finalmente a cadena perpetua por asesinato con motivos sexuales.

2.2. La moral naturalista

Más allá de la truculencia de los casos y de su resolución judicial como asesinato, se plantea la cuestión ineludible de la evaluación de su naturaleza moral. Desde el punto de vista de los paradigmas éticos trascendentes de origen divino no cabe duda de la inmoralidad de los mismos. Se trata de una infracción del precepto divino o categórico: “no matarás”. Sin embargo, desde el punto de vista de una ética inmanente, la respuesta no resulta tan sencilla. En efecto, una ética inmanente puede acogerse por un igual a las leyes de la naturaleza o a las nacidas de las convenciones sociales. Pero ¿existen de modo inequívoco leyes naturales que nos permitan distinguir lo correcto de lo incorrecto? (Hauser, 2006). Y si existen ¿de qué lado están, del fuerte o del débil?

La defensa a ultranza del predominio de la ley natural sobre las convenciones sociales se encuentra ya muy bien reflejada en el Gorgias de Platón (2010) donde el sofista Calicles, defiende la ley del más fuerte, como expresión de la ley de la naturaleza:

“Pero, según mi parecer, los que establecen las leyes son los débiles y la multitud. En efecto, mirando a sí mismos y a su propia utilidad establecen las leyes, disponen las alabanzas y determinan las censuras. Tratando de atemorizar a los hombres más fuertes y a los capaces de poseer mucho, para que no tengan más que ellos, dicen que adquirir mucho es feo e injusto, y que eso es cometer injusticia: tratar de poseer más que los otros...”

Pero, según yo creo, la naturaleza misma demuestra que es justo que el fuerte tenga más que el débil y el poderoso más que el que no lo es. Y lo demuestra que es así en todas partes, tanto en los animales como en todas

las ciudades y razas humanas, el hecho de que de este modo se juzga lo justo: que el fuerte domine al débil y posea más...”.

Kant y Sade se apuntan también a la tesis naturalista, aunque en los extremos opuestos: una “moralidad humana”, regida por una voz interior, absoluta y universal, la de la conciencia (el imperativo categórico de Kant), frente a una “(a)moralidad animal” regida por las leyes naturales del cuerpo individual. Sade, por ejemplo, podría integrar perfectamente el razonamiento de los protagonistas de estas historias en su sistema moral. La máxima sadiana —como dice Lacan (Écrits II, p. 340)— “a la moda kantiana de regla universal” se puede enunciar así:

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

Según este principio Meiwes tendría derecho a satisfacer su capricho y más todavía si Brandes consentía en ello (aunque con este consentimiento seguramente disminuía el placer definitivamente). En la última parte de “Justine o los infortunios de la virtud”, el marqués de Sade (2004) expone en síntesis su teoría a este propósito:

“Te equivocas si supones que la belleza de una mujer es lo que provoca la lujuria de un libertino: más bien es el crimen que la ley y la religión le confieren al hecho de poseerla. ¿Acaso no es cierto que cuanto mayor es el crimen, más grato resulta el placer del libertino? El trato sexual con una prostituta no presenta el mínimo atractivo para él. Pero fornicar con una mujer “buena” le complace mucho más, desflorar a una virgen todavía más, seducir a una monja muchísimo más que todo lo anterior, y si la víctima se rehúsa al placer final es mucho más grato obligarla, ¿Y si sufre dolor? Más delicioso todavía. ¿Si muere? Éxtasis, niña mía, absoluto éxtasis. Ahora viene el punto crucial de mi filosofía: si el gozo se incrementa por el carácter criminal de las circunstancias; si verdaderamente el placer disfrutado está en proporción directa con la gravedad del crimen que implica —como lo he demostrado hace un momento—, entonces ¿no es la criminalidad misma la que resulta placentera, y el acto que aparentemente satisface sólo es el medio para lograrlo? En realidad lo es, no puede haber otra respuesta”.

2.3. La moral humanista

Sin embargo, si la intuición o el sentido común nos llevan a rechazar la tesis sadiana y a inclinarnos por condenar estas acciones y concebirlas como perversiones morales, ¿cuál es el criterio que, de manera explícita o implícita, se pone en juego para llegar a esta conclusión?

En las tesis sadianas existe un factor fácil de detectar que nos puede llevar rápidamente a rechazar el postulado del que parte: la legitimidad del derecho de dominio del libertino sobre la víctima (¿y por qué no de la víctima sobre el libertino?). La moralidad inmanente humanista puede establecer como criterio

superior al deseo de una de las partes, y que en consecuencia se debe regular por él, la *igualdad* o *paridad* entre los seres humanos. Puesto que nadie es superior a otro por naturaleza, mi deseo no justifica el dominio sobre el otro. Así establezco dentro de la moralidad inmanente una dimensión trascendente, la que nos regula a los dos en cuanto a la *igualdad*. Que la moralidad tenga una dimensión inmanente no significa que lo sea limitada al individuo, sino a la alteridad misma, por lo que trasciende al solipsismo individual.

Sin embargo, en caso de muto consentimiento, donde la igualdad o paridad se considera preservada, ¿cuál es el criterio que nos lleva a condenar este tipo de conductas? Una primera respuesta podría volver al argumento de la *paridad*, señalando que ésta se vulnera inmediatamente después de producirse la muerte de uno de los cómplices del crimen, puesto que uno resulta muerto y el otro queda vivo, con poder sobre el cadáver. La supuesta relación intersubjetiva se convierte en objetual frente a un cadáver, incluso de forma prospectiva ya antes de su muerte.

Pero seguramente no basta con estos argumentos. Parece haber otros aspectos que escapan sutilmente a la observación inmediata, pero que de alguna manera asoman por el horizonte de la valoración moral. Tales sutilezas pueden plantearse en forma de preguntas. ¿Tiene en cualquier caso una persona poder sobre la vida de otra persona? Y, si lo tiene ¿de dónde emana este derecho? ¿Se trasgrede con estos comportamientos la *dignidad* humana, al reducir la función del cuerpo a puro objeto de placer o de satisfacción irreversible de un deseo ajeno de dominio, aunque sea compartido? ¿Se satisface la expectativa de *reciprocidad*, propia de cualquier intercambio humano, cuando el posicionamiento de los sujetos en la relación se establece ya desde el inicio en clara asimetría, puesto que uno es el que come y el otro el que es devorado?

Nueve semanas y media

Salvando las distancias, esta posición de desigualdad asimétrica se pone de manifiesto en las palabras de Elizabeth McNeil, seudónimo con el que su autora publicó en 1978 el libro *Nueve semanas y media*, llevada ocho años más tarde a la pantalla por Damon, King, Louisiana Knop y Lyne en 1986 con el mismo título:

“- Escucha, así son las cosas entre nosotros. Mientras estés conmigo, harás lo que yo te diga... La primera y última pregunta de cierta importancia que me plantearon fue: ¿Me dejas que te vende los ojos? A partir de entonces, no se volvió a plantear mi aceptación o mi protesta por algo; yo no tenía que ponderar prioridades o alternativas, prácticas intelectuales o morales, ni tenía que pensar en las consecuencias”.

Puede suponerse que Elizabeth McNeil consintió a este trato abyecto a partir de sus propias palabras:

“Durante todo aquel período, las reglas diurnas de mi vida siguieron siendo las mismas: era independiente, me mantenía yo misma, tomaba mis propias decisiones, escogía mis opciones. Las reglas nocturnas decreta-

ban que era desvalida, dependiente, encomendada por completo a los cuidados de otro. No se suponía que tomase decisiones, no tenía responsabilidades. No tenía elección... Otra persona controlaba mi vida, hasta el último detalle. Así como me habían privado de control, yo, por mi parte, estaba autorizada a no controlarme. Durante semanas y semanas, me sentí inundada de una abrumadora sensación de alivio por haberme descargado del peso de mi edad adulta... Sólo me quedaba el voluptuoso lujo de convertirme en observadora de mi propia vida, la renuncia absoluta de mi individualidad y el entregado deleite de abdicar de mí misma.

Un poder nuevo y consciente: una vulnerabilidad perversa en cuanto que es total abandono. Nunca se me ocurrió catalogar aquello de patológico. Nunca le puse una etiqueta. No se lo conté a nadie... No necesito controlar, él lo hace todo, lo hará hasta que me mate. No puede, no me matará, ambos somos demasiado egoístas para eso”.

La aceptación o sumisión a un trato dominante y degradante como el que narra Elizabeth en *Nueve semanas y media*, aun en el supuesto que sea consentido de manera plenamente consciente y voluntaria, no justifica ni otorga el derecho al maltratador de llevar a cabo sus sevicias. Es inmoral obtener placer del daño o la humillación sufridos por otro. Pero además, caben serias y fundadas dudas, claramente detectables ya en el texto de McNeil, sobre la *libertad* de tal consentimiento en expresiones como *renuncia* o *abdicación*. Para que el consentimiento pueda considerarse tal, no basta con que sea voluntario, conviene asegurarse además que también sea *libre*.

Comercio carnal

Una cosa es consentir (compartir el mismo sentimiento o sensación), y otra aceptar o acceder al deseo de otro para su placer, aunque sea a cambio de algún beneficio propio. Esta última consideración nos podría llevar a justificar la prostitución sin más cuestionamiento, por ejemplo, puesto que se entiende, a no ser que se trate de esclavitud sexual, que se ejerce con consentimiento libre y voluntario y en el contexto de un intercambio económico, razón por la cual recibe el nombre de “comercio carnal”. Algunas mujeres que han ejercido la prostitución, como Virginia Despentes (2007) la consideran una actividad totalmente legítima:

“Necesitaba dinero para vivir y, entre las opciones que me ofrecía el sistema, la prostitución fue durante dos años la menos mala. Ofrecía mi cuerpo por internet, elegía a mis clientes... Ser prostituta es entender perfectamente en qué consiste vender belleza. En mi caso, el dinero por sexo fue una elección libre”.

Y Valerie Tasso (2003) al final de su libro *Diario de una ninfómana* escribe: “He sido una mujer promiscua, sí. Porque pretendía utilizar el sexo como medio para encontrar lo que todo el mundo busca: reconocimiento, placer, autoestima y, en definitiva, amor y cariño. ¿Qué hay de patológico en eso?”.

Otros testimonios, por el contrario, señalan que aunque el ejercicio de esta profesión (y alguien se podría preguntar si la de muchas otras también según en qué condiciones) sea consentido (en realidad aceptado) y voluntario, no significa que sea libre y deseado. Uno de estos testimonios es el de la danesa Tanja Rahm, de 35 años, que trabajó durante tres como prostituta poco después de cumplir los 20. Actualmente es terapeuta y sexóloga. En una carta abierta (en Norma y Tankard Reist, 2016) a sus antiguos clientes se expresa como sigue:

“Querido cliente. Si piensas que alguna vez me he sentido atraída por ti, estás terriblemente equivocado. Nunca he deseado ir a trabajar, ni siquiera una vez. Lo único en mi mente era hacer dinero, y rápido. Que no se confunda con el dinero fácil; nunca fue fácil. Rápido, sí. Porque pronto aprendí muchos trucos para conseguir que te corras veloz para poder sacarte de encima, de debajo o de detrás de mí.

Y no, nunca me excitaste durante el acto. Era una gran actriz... De hecho, entra en la categoría de multitarea. Porque mientras tú te tumbabas ahí, mi cabeza estaba siempre en otra parte. En algún sitio donde no tuviese que enfrentarme contigo acabando con mi respeto hacia mí misma, ni pasar 10 segundos pensando en lo que ocurría, o mirándote a los ojos.

Crees que tienes derecho. Quiero decir que las prostitutas están ahí de todas formas, ¿no? Pero solo son prostitutas porque hombres como tú se interponen en el camino para una relación saludable y respetuosa entre hombres y mujeres. Las prostitutas solo existen porque hombres como tú sienten que tienen el derecho de satisfacer sus necesidades sexuales usando los orificios del cuerpo de otras personas. Las prostitutas existen porque tú y la gente como tú sienten que su sexualidad requiere acceso al sexo siempre que les apetece”.

2.4. Cuestiones de axiología

A lo largo de estas líneas han ido apareciendo una serie de criterios de moralidad que trascienden el deseo individual de los sujetos, aunque sea compartido. Pero en el supuesto que los criterios de *beneficencia*, *igualdad* o *paridad*, *dignidad*, *respeto*, *libertad* y *reciprocidad* fueran universales para evaluar la naturaleza moral de un acto humano, surgirían de inmediato cuestiones muy incómodas o muy difíciles de contestar. Por ejemplo, sobre qué base moral se ha podido justificar durante siglos y siglos la existencia de la esclavitud, de las castas o estamentos sociales, de la pena de muerte, de los regímenes totalitarios, de la discriminación por razones de raza o sexo y un sinfín de atropellos más. Aristóteles por ejemplo, intenta justificar la existencia de la esclavitud con los siguientes argumentos extraídos de su *Política* (libro primero, capítulo II):

“Es preciso ver ahora si hay hombres que sean tales por naturaleza o si no existen, y si, sea lo que sea, es justo y útil el ser esclavo, o bien si toda esclavitud es un hecho contrario a la naturaleza... Algunos seres, desde el

*momento en que nacen, están destinados, unos a obedecer, otros a mandar; aunque en grados muy diversos en ambos casos... Cuando es uno inferior a sus semejantes, tanto como lo son el cuerpo respecto del alma y el bruto respecto del hombre, y tal es la condición de todos aquellos en quienes el empleo de las fuerzas corporales es el mejor y único partido que puede sacarse de su ser, se es **esclavo por naturaleza**. Estos hombres, así como los demás seres de que acabamos de hablar, no pueden hacer cosa mejor que someterse a la autoridad de un señor; porque es esclavo por naturaleza el que puede entregarse a otro; y lo que precisamente le obliga a hacerse de otro, es el no poder llegar a comprender la razón, sino cuando otro se la muestra, pero sin poseerla en sí mismo”.*

Aunque el cristianismo parte en sus principios de una *igualdad* absoluta entre los hombres, puesto que todos son igualmente hijos de Dios, en la práctica no se planteó en sus orígenes la tarea de cambiar el orden social existente. Escribe San Pablo en su carta a los Gálatas (3,26-28): *“Puesto que en Cristo ya no hay judío ni griego; ni esclavo ni libre; ni hombre ni mujer, ya que todos vosotros sois uno en Cristo Jesús”.*

Está claro, pues, que no basta con una declaración de principios para que las convenciones sociales (las leyes) se avengan a regularse por principios trascendentes que vayan más allá de los intereses individuales, de grupo o de clase. En definitiva, tanto las convenciones sociales, como la moral particular, se fundamentan en último término en los intereses del poder, sea éste de carácter público o privado.

Llegados a este punto surge inevitablemente la siguiente cuestión: ¿Conviene plantearse la necesidad o la conveniencia de al menos algunos criterios trascendentes, materia para una axiología, capaces de fundamentar una ética universal humanista?

2.5. Una prueba experimental autoadministrada

La pregunta sobre el establecimiento de los criterios de moralidad sigue pues en pie. Para comprobar por nosotros mismos la dificultad de llegar a una conclusión única podemos realizar el siguiente experimento para cuya realización no es necesario moverse de la silla donde se encuentre sentado el lector en este momento. Se sugiere, con todo, el interés de compartirlo con otros colegas para poder comentar las posibles diferencias de criterio que puedan surgir en el transcurso de su realización.

Foot (1967) propuso un ejercicio sobre las elecciones morales sobre la base del dilema de la carretilla. En su forma original, aunque retocada para hacerla más comprensible, el dilema de la carretilla pide imaginarse una situación en la que una vagoneta de servicio corre desenfrenada y sin conductor por una vía donde hay cinco operarios provistos de cascos y auriculares, trabajando en medio de un ruido estruendoso que no permite percibir su proximidad. Existe, sin embargo, la

posibilidad de desviar el recorrido de la vagoneta desde la torre de control, manipulando el cambio de agujas, solo que, en este caso, la vagoneta continuará su carrera por una vía paralela donde hay un solo operario trabajando en las mismas condiciones.

En ambos casos la vagoneta terminará por atropellar a las personas que estén trabajando en la vía por donde circule. Se pregunta a los participantes en el experimento si llevarían a cabo el cambio de agujas o no, caso de estar situados en la torre de control, con el consiguiente atropello y muerte del trabajador solitario o la de los cinco trabajadores, propiciada por su acción u omisión.

En este experimento se ponen en juego diversos criterios morales. Algunas personas eligen no hacer nada (omisión), para no sentirse responsables de haber causado (comisión) la muerte de un operario. Otros prefieren intervenir para evitar un mayor mal en el resultado: cinco muertos frente a solo uno.

Quienes eligen la primera opción (omisión) parece que se guían por un criterio parsimonioso, afectivamente desapegado y objetivamente neutral. No me implica ningún afecto ni vínculo de proximidad con ninguno de los operarios, ni me considero legitimado para cambiar el curso de las cosas. El resultado es la muerte del grupo de los cinco trabajadores. No aceptan hacerse cargo (responsabilidad) de la comisión de un acto (cambio de agujas) para el que no están autorizados. (Posiblemente sería distinto si una autoridad a su lado les ordenara lo contrario, como sugieren los experimentos de Milgram, 1974).

Quienes eligen la segunda, la de intervenir, (aproximadamente un 90% de los encuestados) en las mismas condiciones de ausencia de vínculo, siguen un criterio cuantitativo que podríamos llamar “específico” o “filogenético”, de salvaguarda de la especie: es mejor que muera uno que cinco. Y, aunque actúen determinando el recorrido de la vagoneta que causará la muerte del trabajador solitario, pueden llegar a sentir que han hecho lo correcto. (También aquí, probablemente, sería distinto si una autoridad a su lado les ordenara lo contrario).

Estas decisiones empiezan a cambiar si se introducen variables en las características personales o sociales de los sujetos que se hallan en las vías del tren. En una prueba exploratoria entre colegas las variables aplicadas a los ocupantes de las vías fueron las siguientes:

- 1) un superviviente del Aquarius trabajando vs. cinco empleados de Adif;
- 2) un ingeniero chino trabajando vs. cinco refugiados sirios trabajando;
- 3) el único superviviente de una patera trabajando vs. cinco asesinos convictos trabajando;
- 4) mi padre obrero trabajando vs. cinco banqueros negociando inversiones en la red ferroviaria;
- 5) mi novio ingeniero trabajando vs. cinco adolescentes bebiendo unas birras;
- 6) mi marido trabajando vs. cinco subcontractados uzbekos trabajando;
- 7) mi ex-pareja trabajando vs. cinco directivos de Renfe discutiendo;

- 8) mi hijo ingeniero de caminos trabajando vs. cinco terroristas islamistas huyendo por las vías después del atentado de Barcelona en agosto 2017;
- 9) el violador de mi hija huyendo vs. cinco políticos con el presidente del gobierno a la cabeza, inaugurando unas obras.

Las respuestas fueron modificándose en un sentido u otro, a medida que variaba la valoración de la situación en función del cambio de las características de los personajes implicados, dando lugar a la aplicación de criterios diferenciales.

El criterio cuantitativo o “específico” (mejor salvar a cinco que a uno) continuó, como en las encuestas, siendo el preferido en condiciones de igualdad categorial (un obrero vs. cinco obreros), sin importar la vía del tren donde estuvieran trabajando. Pero cuando se introdujeron algunos elementos diferenciales, aparecieron nuevos criterios que se imponían mayoritariamente sobre el cuantitativo, como los siguientes:

- Conservador (no intervenir en absoluto: omisión, evitar todo tipo de responsabilidades).
- Compasivo (favorecer al superviviente del naufragio o desfavorecido – frente al aventajado).
- Selectivo (dependiendo del grado de simpatía o antipatía que pudiera suscitar la importancia social de los implicados).
- Afectivo (favorecer a aquellos sujetos con quienes nos pudiéramos sentir vinculados afectivamente de forma positiva).
- Vindictivo (oportunidad para vengarse de aquellas personas con quienes tuviéramos cuentas pendientes individual o colectivamente).
- Proximal (favorecer al endogrupo frente al exogrupo).

Estas y otras características se pueden mezclar o invertir voluntaria o aleatoriamente en la realización del experimento y dar lugar a otras situaciones diferenciadas, siendo posible que se originen nuevos criterios distintos de los que se han considerado hasta aquí, como se ha venido haciendo posteriormente a la propuesta de Foot, por parte de otros autores.

En la actualidad este planteamiento ya ha dejado de ser hipotético para convertirse en un problema real para los fabricantes de coches autónomos (sin conductor), con el agravante que esta vez se introduce una nueva variante en juego, la de los ocupantes del vehículo, que en teoría son los destinatarios de los sistemas de seguridad automatizados del mismo. En efecto, se le plantea al sector de la automoción el mismo dilema moral: en caso de posible colisión o atropello ¿qué debe escoger el programa que regula los criterios de frenado de emergencia, proteger a los ocupantes del vehículo o llevarse por delante indistintamente lo que encuentre? Y, caso de distinguir entre posibles víctimas, ¿cómo podría el programa diferenciar a un niño montado en una moto de juguete de un perro grande, o a un delincuente de un juez?

El fenómeno de la posible variación de criterios según las circunstancias (moral de situación) nos lleva a reflexionar sobre las motivaciones que nos llevan

a decantar el criterio moral según los intereses en juego. Y si el lector se pregunta sobre ellas le invitamos a realizar este ejercicio de forma solitaria o compartida para valorar después los resultados.

2.6. ¿Idealismo o relativismo moral?

Esta diferencia de criterios nos lleva a introducir la cuestión del relativismo frente al idealismo moral. Si el criterio para establecer la distinción entre el bien y el mal no se fundamenta sobre una verdad revelada, ni se puede acudir de modo fiable a una pretendida ley natural o apoyar en un imperativo categórico, sino que termina siendo una cuestión de intereses individuales o colectivos ¿cómo llegamos a formarnos un criterio de acción?

2.6.1. Natura vs. cultura

La suposición de la existencia de una ley natural, podría validarse en el caso que ésta se concibiera en los mismos términos, independientemente de culturas o épocas históricas específicas. Estos criterios, sin embargo, raramente pueden considerarse universales, puesto que dependen de factores culturales, antropológicos, históricos y contextuales.

En efecto, si la naturaleza tuviera un carácter uniforme y homogéneo a lo largo del tiempo y del espacio, es decir una esencia unívoca, probablemente podríamos hablar de su carácter universal y normativo. Podría configurar de manera unívoca formas de comportamiento independientes del contexto histórico, social e incluso geográfico. Sin embargo sabemos por la historia geológica y climática del planeta que éste se comporta como un cuerpo físico que evoluciona y establece las condiciones de vida de sus habitantes a través del tiempo y del espacio, haciéndola posible o imposible, dando lugar a infinitas variedades de hábitats a que los que el *homo sapiens* trata de adaptarse para sobrevivir.

Los somalíes

Ryszard Kapuscinski (2000) en “Ébano”, su libro de crónicas sobre África, describe encuentros con distintos pueblos, como los somalíes, a los que acompaña en sus viajes:

“Hamed me dice que la poesía de su pueblo habla a menudo del drama y la aniquilación de aquellos clanes que, atravesando el desierto, no han conseguido llegar hasta un pozo. Esas peregrinaciones de trágico final duran días, incluso semanas enteras. Las primeras en caer muertas son las ovejas y las cabras. Pueden aguantar sin agua apenas unos pocos días. Luego les llega el turno a los niños. “Los niños”, exclama... “Luego, mueren las mujeres...” y calla. Durante un tiempo siguen con vida los hombres y los camellos. El camello puede aguantar sin beber unas tres semanas... Esas tres semanas son el límite extremo de supervivencia para el hombre y el animal, si quedan solos en la tierra. “Solos en la tierra”,

enfatisa Hamed... El hombre y el camello siguen su viaje en busca de agua, de un pozo... “El hombre y el camello mueren juntos”, sentencia Hamed... Por lo general al nómada y a su animal les quedan aún fuerzas suficientes como para arrastrarse hasta alguna sombra. Se los encuentra más tarde, muertos, en algún lugar sombreado o allí donde al hombre le había parecido ver una penumbra”.

Las condiciones de vida de estos pueblos, su organización social, sus costumbres y sus normas no corresponden a la idea que podemos tener los occidentales de una sociedad justa y libre. Pero es que desde el Paleolítico hasta el nacimiento de la civilización occidental han pasado muchos miles de años en los que el ser humano no se podía considerar liberado de la dependencia del medio y en los que la distinción entre ética y etología, a la que hemos aludido al principio de este artículo, apenas podía establecerse.

En su reciente publicación, *“La mente de los justos”*, Haidt (2019) que ya se viene ocupando de estos temas desde hace años proponiendo el concepto de “ética intuitiva”, escribe: *“En Occidente pensamos que la moral trata del daño, los derechos, la justicia y el consentimiento... Sin embargo, salga de su país y descubrirá que su perspectiva es anómala”.*

A través de la revisión de estudios etnográficos, diversos viajes por el mundo y entrevistas a miles de personas por internet, Haidt (2001) y sus colegas (Haidt y Joseph, 2004) han elaborado una lista de las seis ideas fundamentales (en realidad, valores axiológicos) que sustentan la mayoría de sistemas morales: el afecto, la justicia, la libertad, la lealtad, la autoridad y la santidad. Junto a estos principios, ha identificado otros temas relacionados que poseen peso moral: la divinidad, la comunidad, la jerarquía, la tradición, el pecado y la degradación.

Como escribía Engels (2014) en el *Anti-Dühring*: *“Las ideas de bien y de mal han cambiado tanto de pueblo a pueblo, de siglo a siglo, que no pocas veces hasta se contradicen abiertamente”.*

Partiendo del famoso aforismo que dice: “para muestra, un botón”, proponemos al lector un pequeño recorrido por diferentes culturas de distintos continentes que nos puede ayudar a comprender la diversidad de criterios con los que se han ido regulando los grupos humanos a través del tiempo y según las circunstancias, dando lugar a costumbres que seguramente no encajan con nuestra mentalidad, pero que sin embargo nos ayudan a comprender de dónde venimos y el proceso de emergencia de una ética humanista, ni siquiera uniforme en nuestro mundo actual, a través de laboriosos procesos históricos.

Los aché

Un informe de los antropólogos Hill y Hurtado (1996) nos presenta a los *aché*, cazadores-recolectores que vivieron en la jungla de Paraguay hasta 1960. En él se refiere que cuando un miembro estimado de la tribu moría, era costumbre matar a una niña y enterrarlos juntos. Si una persona de edad no podía mantener el paso de

los demás la abandonaban bajo un árbol para que los buitres la devoraran. Cuando una mujer vieja se convertía en una carga para el resto de la tribu, uno de los hombres jóvenes se colocaba a hurtadillas detrás de ella y la mataba de un hachazo en la cabeza. Un joven *aché* contaba así sus experiencias juveniles a los antropólogos: “Yo solía matar a las mujeres viejas. Maté a mis tías. Las mujeres me tenían miedo. Ahora aquí con los blancos me he vuelto débil”.

Una mujer recordaba que su primer bebé, una niña, fue muerta porque los hombres de la tribu no querían una niña más. En otra ocasión un hombre mató a un niño porque estaba de malhumor y el niño lloraba. Un niño fue enterrado vivo porque era divertido verlo y los demás niños se reían. Los miembros de esta etnia tenían algunos aspectos agradables: eran muy generosos, valoraban las amistades. Fueron perseguidos y aniquilados por los granjeros paraguayos (Marina y Rambaud, 2018).

Las leyes del Narayama

Si cambiamos de continente y nos trasladamos al Japón podemos hacernos una idea de cómo discurría y se regulaba la vida cotidiana en las aldeas japonesas del norte de la isla finales del siglo XIX o principios del XX. La película *La balada del Narayama* (Imamura, 1983) reproduce el contexto social e histórico en el que se desarrolla el drama vivido en el seno de la familia del protagonista Tatsuei, que obedeciendo costumbres ancestrales tiene que acompañar a su madre, Orín, una vez cumplidos los setenta años o tras haber perdido todos sus dientes, hasta la cima del monte para dejarla morir de frío en la nieve. Presenta una estructura trágica donde el destino o la suerte de cada uno están echados desde el nacimiento hasta la muerte. Todos los personajes quedan atrapados por el mito y por las leyes del Narayama, el monte que preside el poblado. En esta sociedad agraria sus habitantes viven de los recursos limitados que pueden extraer de su entorno natural y la muerte de los mayores ejerce de equilibrio para la subsistencia del grupo.

Los protagonistas son los personajes de la historia familiar y los habitantes del pueblo actúan de coro. El mundo vegetal y animal constituye el contexto o telón de fondo donde se asimilan estableciendo constantes paralelismos la vida humana y la animal, regidas igualmente por las crueles leyes de la naturaleza. Los seres humanos, sin embargo, necesitan una explicación simbólica para dar sentido a su experiencia, de aquí la dimensión émica. El mito del Narayama —el dios de la montaña— cubre con una cosmovisión cerrada esta dimensión simbólica: explica el ciclo del nacimiento a la muerte, pero a la vez abre un espacio trascendente para las almas en la reencarnación —de ahí la importancia de los sucesivos nacimientos de hijos y nietos— o en el mundo de los dioses de la montaña donde “habitan las almas”. Todo el ritual de subida al monte de Orín, la madre de Tatsuei, a hombros de su hijo para dejarla morir en la cima del Narayama está lleno de normas amparadas por el mito. Hay comportamientos de carácter casi obsesivo (limpieza y orden en la casa antes de la cena final con que los hijos despiden a la madre).

Los protagonistas no son culpables de sus actos ni de su destino, pero tienen (como es característico de la cultura japonesa) un fuerte sentimiento de vergüenza cuando se apartan de la expectativa social o “émica”. La explicación de este tipo de comportamientos —entre los que destacan el infanticidio y el geronticidio, el asalto y linchamiento de los ladrones hasta la muerte—, es decir la explicación “ética” se halla en la escasez de recursos de una sociedad agraria minifundista, donde cada uno tiene que velar por su propia familia, a la vez que atenerse al bien social. Cada vez que se produce un delito la comunidad actúa sin jueces designados ni abogados defensores de forma coral, diluyendo de este modo la responsabilidad y la culpa en el momento de infligir el castigo. Así, en una auténtica orgía de violencia catártica, todos los componentes de la familia de Amareya, que han robado comida a los otros, son enterrados vivos por el resto de miembros de la comunidad.

El jefe de la tribu de Lambarené

Albert Schweitzer (1965) en su escrito autobiográfico *Mi vida y mi pensamiento* habla de un encuentro con el jefe de una tribu africana en el sanatorio de Lambarené (en Gabón, África), en el que comentando las noticias sobre las víctimas que llegaban de la primera guerra mundial el jefe de la tribu dijo: “¿Cuántas personas han muerto ya en esta guerra? ¿Por qué la tribus (los estados) no se ponen de acuerdo negociando entre ellos?”. Este hombre, añade Schweitzer, estaba convencido de que los europeos mataban por crueldad y no por necesidad “*dado que no se comían a los muertos*”.

Las hijas de Lot

Si nos retrotraemos al libro del Génesis (cap. 19 resumido), encontramos la justificación del incesto a propósito de las hijas de Lot en estos términos:

Después de la destrucción de Sodoma y Gomorra, Lot se refugió en una cueva de la montaña con sus dos hijas. La mayor de ellas dijo a la hermana menor:

- Nuestro padre ya es mayor y no hay nadie más en este territorio con quien unirse, según la costumbre de toda la tierra. Ven, démosle de beber vino a nuestro padre... y después acostémonos con él, así llegaremos a tener descendencia suya. Le dieron de beber a su padre y se acostaron con él, sin que él se diera cuenta.... Así las dos hijas concibieron de su padre: la mayor dio a luz a Moab y la menor a Ben.ammi”.

Los Karamajong

Otra tribu con la que Kapuscinski (2000) tuvo un encuentro en la década de los ochenta, llamada *Karamajong*, habitaba el nordeste de Uganda. La describe en los siguientes términos:

“*Los habitantes de Kampala hablan de sus hermanos de Karamajong de mala gana y con un sentimiento de vergüenza. Los Karamajong van*

desnudos y se obstinan en conservar esta costumbre, pues consideran que el cuerpo humano es bello (y es verdad: se trata de unas gentes altas, esbeltas y de complexión magnífica). Pero esta oposición suya también tiene otra explicación: Todos los europeos que en tiempos pasados habían llegado hasta ellos no tardaban en caer enfermos y morir. En vista del panorama, los Karamajong sacaron la conclusión de que la ropa era la causante de las enfermedades y de que vestirse significaba firmar la propia condena de muerte (y según preceptos de su religión, el suicidio es el mayor pecado imaginable). De ahí que siempre hubiesen experimentado un auténtico pavor ante toda vestimenta”.

2.7. La moral de situación

Canibalismo, geronticidio, infanticidio, incesto, aborto, eutanasia, nudismo, etc. han sido interpretados distintamente según las épocas y las culturas. No siempre se han considerado tabú, sino prácticas mejor o peor adaptadas a la supervivencia de los grupos y a la adecuación a su mundo simbólico. Además los criterios están sujetos a discusión según las circunstancias, como en el caso del accidente aéreo de los Andes, que pueden hacer variar los criterios según influyan de una u otra manera en los fines últimos.

Alpinistas involuntarios

El 13 de octubre de 1972, un avión de las Fuerzas Aéreas del Uruguay, transportaba a los componentes del equipo de rugby *Old Christians* en dirección a Santiago de Chile para jugar un partido. A causa de un error de cálculo de la tripulación, el avión chocó contra un risco de la cordillera de los Andes, en el que murieron 26 personas y solo 16 sobrevivieron.

Los dieciséis supervivientes del accidente del vuelo 571 tuvieron que hacer frente, durante los 72 días que estuvieron aislados del resto del mundo, a decisiones emocionalmente durísimas, como la de practicar la antropofagia o canibalismo, alimentándose de los cuerpos de los veintiséis compañeros muertos en el accidente, dando lugar a fuertes oscilaciones en la regulación moral.

En primer lugar, el predominio de la satisfacción de las necesidades de supervivencia (pre-nomía) que puede llevar a pensar en la conveniencia de alimentarse de la carne de los compañeros muertos. La aparición, de inmediato, de los tabúes de necrofagia y antropofagia (hetero-nomía) que entraba en contraste con los impulsos canibalísticos (a-nomía), favorecidos por la situación. Luego, la emergencia de la distinción compasiva e inclusiva de clan entre familiares, mujeres y niños que llevaría a la conclusión de comerse solo a los varones desconocidos o desvinculados de los supervivientes (socio-nomía). Finalmente la conexión con los propios deseos de liberarse activamente de aquella situación (a-nomía) y la decisión de aventurarse a atravesar los Andes nevados a pie a fin de solicitar ayuda en el poblado que estuviera más cercano (auto-nomía), una vez se hubo descartado

cualquier probabilidad de rescate externo.

Estas evidencias ponen en cuestión la validez de los criterios universales de moralidad. Tal vez el mandamiento más universal sería el de “no matar”. En cambio se mata siempre y por todas partes en nombre de la ley o de Dios. El propio Jesús fue condenado a muerte porque las leyes del sanedrín así lo disponían: “*Nosotros tenemos una ley y según esta ley tiene que morir*” (Juan: 19, 7). El código de Ammurabi disponía igualmente penas de muerte y castigos corporales frente a los delitos más graves, práctica legal que han aplicado sin escrúpulo la mayoría de estados de los más diversos regímenes políticos, a lo largo de la historia y aun en la actualidad.

2.8. Conflictos de intereses: los dilemas morales

Otro campo de tensión ética viene constituido por los conflictos de intereses entre iguales. Cuando las leyes, las tradiciones, las religiones o la cultura marcan la guía de acción frente a las más diversas situaciones no surge la duda, puesto que basta con someterse a las mismas. Sin embargo, cuando el individuo debe elegir entre opciones que implican conflicto de intereses o escoger entre dos males la decisión se vuelve más compleja, como en el caso de la carretilla.

Agamenón

En una de las obras de Esquilo (525-456 a.C.), Agamenón se ve obligado a elegir entre el sacrificio de su hija, Ifigenia, según el mandato de Artemis, o dejar que mueran todos los guerreros griegos, porque la falta de viento impide a sus naves la navegación a Troya, según el designio de Zeus. Agamenón es libre para elegir una de las dos acciones, pero no para inhibirse. La deliberación moral, que se desarrolla en la conciencia de Agamenón, brota de sus labios y la escuchamos en los siguientes versos:

“Grave destino lleva desobedecer, pero grave también si doy muerte a mi propia hija, la alegría de mi casa, manchando las manos de un padre con los chorros de sangre de la virgen degollada junto al altar. ¿Qué alternativa está libre de males?” (vv. 206-211).

La decisión de Sophie

Cualquiera de nosotros estaría dándole vueltas indefinidamente a lo correcto o no de una elección como la que se ve obligada a tomar la protagonista de la película de Alan Pakula y Barish *La decisión de Sophie* (1982), cuando los nazis le conminan a escoger entre llevar con ella al campo de concentración sólo a uno de sus dos hijos: el niño o la niña. Delegar esta elección en la madre forma parte del sistema del terror instaurado por el autoritarismo nazi. Hubiera sido mucho más soportable para Sophie acatar una decisión ajena por muy cruel que fuera, pero sobre la que no tendría ninguna responsabilidad y ante la que podría rebelarse o desesperarse, pero no culpabilizarse.

Cuando las piedras hablan

A finales de 1941, Viktor Frankl recibió un visado para emigrar a Estados Unidos, lo que le permitía escapar del peligro de deportación o internamiento en un campo de concentración, dada su condición de judío, y le abría la posibilidad de desarrollar su modelo terapéutico en el país de acogida. Sin embargo, enseguida aparecieron las dudas. El visado era estrictamente personal, lo cual impedía que ninguno de sus familiares pudiera viajar con él. “Entonces dudé: ¿debería dejar atrás, solos, a mis padres? Sabía qué destino les esperaba: la deportación a un campo de concentración. ¿Debía decirles adiós y abandonarlos simplemente a su suerte? ¿El visado era exclusivamente para mí?” (Frankl, 2016). Esta situación le planteaba un dilema entre la lealtad familiar y la posibilidad de salvar no solamente su obra, sino también su vida: ¿debería poner en riesgo su vida, su futuro y su obra por brindar a sus padres una dudosa protección y un auxilio posiblemente ineficaz?; ¿debería sacrificar a su familia por el desarrollo de una obra a la que había dedicado su vida?; ¿tendría alguna responsabilidad en este caso?

Ante esta terrible duda no se veía capaz de tomar una decisión, para la que necesitaba de una regulación externa o, en sus palabras, de “una señal del cielo” (Frankl, 2016). Salió a dar una vuelta, y en su caminar errante, pasó por delante de la catedral de Viena, entró en su interior, donde estaba sonando el órgano; se quedó meditando un rato y continuó el paseo hasta llegar a casa de sus padres. Al entrar le llamó la atención un trozo de mármol blanco en el escritorio de su padre, que nunca antes había visto. Llevado por la curiosidad, le preguntó al padre qué era aquella piedra, el cual le respondió que la había recogido de los restos de la Sinagoga mayor de Viena, que había sido derruida por los nazis la noche de los cristales rotos (noviembre de 1938). En ella se podía leer una inscripción referente al cuarto mandamiento de la ley mosaica, que reza así: “*Honra a tu padre y a tu madre para que tus días se prolonguen sobre la tierra*”. “*Y así fue que me quedé sobre la tierra junto a mis padres y dejé que caducara el visado*” (Frankl, 2016). Sus padres murieron más tarde, en el campo de concentración. Él sobrevivió y dedicó su vida al desarrollo de la “Logoterapia”.

3. PERSPECTIVA PSICOLÓGICA: LA CONSTRUCCIÓN DE LA CONCIENCIA MORAL

La *ética* (como sustantivo) es una disciplina que pertenece al ámbito filosófico, mientras que el desarrollo *moral* (adjetivo) pertenece al psicológico. La pregunta es pues, ¿cómo se genera una conciencia ética a partir de la formación de estructuras de regulación psicológica? O lo que es lo mismo: ¿se puede fundamentar una ética sobre las bases del funcionamiento psicológico o hay que postular la existencia de unos principios éticos universales independientes del mismo? Plantear la cuestión de la ética desde el modelo de la Teoría del Desarrollo Moral es ponerse la cuestión del pasaje de un paradigma psicológico a otro filosófico o, viceversa, de uno filosófico a otro psicológico.

El planteamiento de esta cuestión nos lleva a preguntarnos sobre el origen de la conciencia moral. Son muchas, como hemos visto hasta ahora, las respuestas que han sido dadas a esta pregunta a lo largo de la historia. Algunas son de carácter sobrenatural: la conciencia moral emana directamente de la divinidad creadora o es inherente al alma humana.

Si damos por válida la primera opción entramos en una lógica creacionista donde es posible plantear la hipótesis de su carácter innato, comparable a la de la existencia de instintos reguladores en el mundo animal. En respuesta a una pregunta de Ima Sanchís (2017) en *La Vanguardia*: “¿La moralidad es consustancial a la vida?”, Carl Safina responde: “*Creo que todos los animales saben cuáles son las reglas y cómo comportarse. Ellos no tienen religión ni filosofía que marque su comportamiento, pero entienden cuál es un comportamiento aceptable y cuál no*”.

Si nos acogemos a la segunda opción, como es el caso, habrá que dar cuenta de su formación en el sistema de regulación de la conducta. ¿Se trata de una estructura innata o, por lo contrario, de una estructura psicológicamente construida en un proceso evolutivo (Piaget, 1954, 1971, 1976; Gilligan; 1993) paralelo al resto de estructuras, como las de tipo cognitivo, por ejemplo?

3.1. La dimensión genético-estructural del desarrollo moral

La Teoría del Desarrollo Moral (TDM; Villegas, 2011, 2013 y 2015) intenta dar cuenta, desde un punto de vista evolutivo, de la formación de los distintos sistemas de regulación moral a través de distintas fases, denominadas en relación al concepto de “nomos” o criterio de acción moral. Estas fases reciben los nombres de pre-, a- hetero-, socio-nomía y encuentran su punto de integración en la autonomía.

Estos sistemas de regulación explican desde qué instancia en concreto se regula una persona. Por ejemplo: desde sus necesidades (prenomía); impulsos o deseos (anomía); ideales o normas externas (heteronomía); expectativas, aceptación o reconocimiento de los demás (socionomía complaciente); necesidad de vinculación (socionomía vinculante dependiente); cuidado de los otros (socionomía vinculante oblativa), etc. Solo cuando consiguen actuar de forma congruente y no conflictiva todas ellas (metáfora del auriga) se obtiene una regulación autónoma.

Pero lo que no establece el modelo es si las acciones resultantes de estos criterios de regulación son éticamente buenas o malas en sí mismas o en función de las circunstancias en que se producen. Al diferencia de los planteamientos de Piaget (1954, 1971, 1976) o Kohlberg (1981, 1991) la TDM no se propone fundamentar un juicio ético a cerca de una acción sobre la base de criterios de una moralidad universal (paradigma filosófico), aunque sea convencional, sino entender los referentes motivacionales por los que se rige una persona concreta en una situación concreta (paradigma psicológico). Una norma para ser moral, tendría que ser universal, en el sentido que se asume que vale no solo para uno mismo, sino para todos los demás, independientemente de contingencias, como por ejemplo en una

relación afectiva (Pollo, 2008).

No es que no se considere importante intentar explicar las posibles relaciones existentes entre desarrollo moral y juicio ético, que es de lo que nos queremos ocupar en este artículo, sino que se prefiere la perspectiva psicológica (evolutiva, clínica, etc.) a la filosófica. Según el paradigma psicológico el juicio ético sobre una acción es extrínseco y posterior a la misma, mientras que es intrínseco y anterior a su ejecución en el paradigma filosófico. Para poner un ejemplo muy sencillo: si un individuo mata a una persona, desde el punto de vista *ético* diremos que su *acción* está mal; mientras que desde la perspectiva *psicológica* tradicional decimos que es el *individuo* quien está (visión patológica) o se regula (visión evolutiva) mal. (Esta perspectiva psicopatológica se acostumbra a usar sistemáticamente como criterio eximente en la administración de justicia).

Más allá de cuestiones imposibles de responder categóricamente, como quién decide lo que está bien o está mal, cuál es el fundamento último para la constitución de una moral universal o si existe un criterio inequívoco con el que regularse moralmente, lo que resulta indiscutible es la existencia de una conciencia moral y que la con-ciencia (actividad reflexiva que acompaña al conocimiento), independientemente de su contenido, es una función psicológica universalmente reconocible (Villegas 2014).

Sin embargo esta conciencia moral no es garantía de un comportamiento ético y eso por diversas razones que hemos ido desgranando hasta aquí y que se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. porque su fundamentación es inmanente
2. porque es construida
3. porque está sujeta a conflictos de intereses
4. porque está influida por múltiples contextos históricos, culturales, sociales e interpersonales

La primera consecuencia de tales premisas es que según como sea el curso de formación de tal conciencia, como estructura reguladora del comportamiento moral, puede darse el caso que ésta presente un desarrollo deficitario o casi inexistente.

Si es delito, está mal hecho

Pedro de 17 años es contactado por Laura de 12 a través de *Instagram* para un encuentro sexual con penetración, que se lleva a cabo en el domicilio de ésta, en ausencia de los padres. Acusado por estos ante el tribunal de menores, manifiesta que no sabía la edad de la chica, ni que esto a nivel legal tuviese implicación alguna. Dice que en su país de origen, este tipo de encuentros son frecuentes. Describe una sociedad altamente machista.

En su descargo, Pedro, manifiesta, igualmente, tener una necesidad sexual muy grande; que no le importa si la chica es más o menos guapa. Lo único que le importa es satisfacerse. Se posiciona como sujeto pasivo, dado que la menor lo

habría buscado, invitado a acudir a su casa y a tener relaciones, etc. Adopta una pose victimista. La menor corrobora que la relación fue consentida y que ella no quería denunciar.

Del relato de Pedro se deduce la existencia de una regulación moral, limitada únicamente por la tipificación delictiva del código penal. No hay conciencia de pecado, de hacer daño o de abusar de un tercero. Desde el punto de vista psicológico se detecta una regulación anómica, que persigue únicamente el placer inmediato, la satisfacción de sí mismo, sin consideración de la presencia del otro, cuyo cuerpo es objetivado y abusado con total ausencia de empatía.

3.1. Concepción moral vs. concepción legal

En la medida en que la sociedad se ha ido secularizando, el concepto de pecado se ha ido sustituyendo por el de delito. Con ello la valoración de un acto humano se vacía de contenido moral para reducirse a su dimensión puramente legal. Las acciones se valoran en función de su inclusión o no en el código penal. Si comparamos ambas concepciones podemos ver las diferencias entre ellas, reflejadas en el cuadro 1.

CONCEPCION MORAL

- Pecado
- Conciencia interna
- Responsabilidad
- Reconocimiento
- Contrición
- Empatía
- Reparación
- Perdón

CONCEPCION LEGAL

- Delito
- Código penal
- Imputabilidad
- Excusas, justificación
- Atrición
- Culpa, vergüenza
- Castigo
- Indulto

Cuadro 1. Diferencias entre concepción moral y legal.

3.1.1. Pecado vs. delito

La concepción moral parte de la idea de pecado, como daño causado intencionalmente a un tercero de forma directa o indirecta. Este es el caso del rey David quien, enamorado de Betsabé, la mujer de Urías, uno de sus más aguerridos soldados, dispuso que luchara en primera fila de combate para que pudiera más fácilmente ser herido de muerte por las tropas enemigas y así poder tomarla libremente por esposa, tal como terminó sucediendo (2 Samuel, 11).

Examinado bajo la óptica del delito, está claro que David no cometió ninguno, puesto que no hubo crimen, pero sí un pecado. El no mató directamente a Urías, ni conspiró con el enemigo para que lo hiciera, pero dispuso las cosas de modo que fuera posible que sucediera por causas atribuibles a las vicisitudes de la batalla, que hacían probable su muerte, aunque no necesaria. Su culpabilidad no podría ser probada en un tribunal de lo penal. Sin embargo, está claro que, desde el punto de vista moral, cometió pecado, no solo porque deseó su muerte para poder tomar a su esposa, sino porque propició la posibilidad de la misma.

Ataque nocturno

Tampoco Erin, de 16 años, la hija mayor de la familia Caffey, participó directamente en la muerte a balazos y machetazos de su madre y dos hermanos, perpetrada por Charlie Wilkinson y un par de amigos más, una noche de agosto del año 2008. Sin embargo, como tuvo ocasión de descubrir más tarde el padre, Terry Caffey, que sobrevivió al ataque, todo fue planeado y ejecutado bajo la dirección de la hija. En una entrevista con Piers Morgan (2016) revela:

“De repente, me di cuenta que la persona que estaba causando esta matanza era el novio de Erin, mi hija mayor, Charlie Wilkinson, que hasta dos días antes había estado saliendo con ella. Había estado en casa muchas veces. Inmediatamente supe por qué estaba allí. Quería vengarse, porque le habíamos prohibido que saliera con nuestra hija”.

Tras la furia del brazo ejecutor se ocultaba la mano resentida de su propia hija Erin, la auténtica instigadora del crimen. Aunque en este caso no existiera conciencia de pecado, no solo lo era desde un punto de vista moral, sino también un delito legal, por instigación al asesinato y, como tal fue condenada.

3.1.2. Conciencia interna vs. código penal

La existencia de una estructura de regulación interna, capaz de distinguir entre el bien y el mal, así como de ejercer un cierto efecto coercitivo sobre su evitación, nos remite al concepto de conciencia moral. Como dice Sartre (1980):

“Entiendo que cada vez que tengo conciencia de algo y cada vez que hago cualquier cosa, hay una especie de requerimiento... que provoca que lo que quiero hacer entrañe una especie de coacción interior, que es una dimensión de mi conciencia... y eso es para mí el punto de partida de la moral”.

La conciencia moral no es solamente un elenco de deberes o prohibiciones, sino sobre todo la capacidad de captar lo bueno o lo malo de nuestras acciones por los efectos reales o potenciales de ellas sobre los demás. Quienes se rigen exclusivamente por criterios legales, o carecen de conciencia moral, o prescinden de ella, cuando deciden causar un daño ajeno en beneficio propio.

La concepción delictiva del daño a terceros, posibilita que no se perciba el sufrimiento del otro (ausencia de empatía), al regirse por un criterio ajeno. En consecuencia solamente se activa si tales acciones pueden conllevar transgresiones de la ley que impliquen penalización legal. Por eso, pederastas y abusadores sexuales no suelen percibir la inmoralidad de sus actos, porque no atienden al daño causado a sus víctimas, sino más bien tienden a minimizarlo, aludiendo al pretendido consentimiento de las mismas o bien a ganarse su acercamiento de forma seductora.

La mayoría de los abusadores se aprovechan de su posición de superioridad para su satisfacción personal. Están tan centrados en su propio deseo o impulso que no son capaces de ver al otro en su alteridad. Con frecuencia, el hecho de que sean

familiares les impide tomar distancia o conciencia de alteridad, legitimando su acción, porque está dentro del ámbito de lo propio, no de lo ajeno. Solo les preocupa encubrir su comportamiento para evitar ser delatados.

3.1.3. Responsabilidad vs. culpa, vergüenza

De ahí la deriva resultante en responsabilidad, culpa o vergüenza según la concepción moral o delictiva que se tenga de la acción. Arturo acude a terapia preocupado por la ausencia de sentimiento moral, relativo a sus acciones. Afirma que, aunque estas puedan ser tachadas de inmorales por quienes llegaran a su conocimiento, él no las vive como tales, si consigue mantenerlas ocultas a los demás. De ahí la ausencia de sentimientos de responsabilidad y culpabilidad hacia sus comportamientos. Teme, sin embargo, la aparición de la vergüenza caso de que llegaren a conocimiento público, puesto que no sabría cómo protegerse de ella.

Responsabilidad significa la capacidad de atribuirnos la autoría de nuestras acciones, hacernos cargo de sus consecuencias y repararlas, caso de que sean perjudiciales para los demás. Culpa es el sentimiento de dolor que acompaña a la constatación de un daño real o potencial y se manifiesta en forma de ansiedad psicológica que puede derivar en múltiples síntomas. Esta ansiedad puede extenderse a diversos ámbitos, dando origen a diversos tipos de culpa:

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

3.1.4. Reconocimiento vs. excusas o justificación

La atribución de la autoría de una acción lleva consigo el reconocimiento de sus motivos e intenciones. Por eso, cuando los efectos son buenos solemos atribuirnos el mérito y aun enorgullecernos de nuestras capacidades. Pero cuando los resultados son malos o dañinos tendemos a excusarnos o a justificarnos atribuyéndolos a factores externos o a estados anímicos transitorios.

Existen tres estrategias básicas para la exculpación o justificación de la culpabilidad, cuyo objetivo es inhibirse o enfrentarse a ella:

- Falta de reconocimiento o negación de la culpa: la acción dañina 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. O se atribuye a circunstancias externas o internas incontrolables la causa de lo sucedido.
- Reafirmación: justificación del mal. Se reconoce la autoría del mal, pero se justifica su ejecución sobre la base de supuestos derechos: “la maté porque era mía”.

Reconocer nuestros fallos, errores e incluso malas intenciones sin paliativo es un acto de humildad, al que se resiste habitualmente nuestro narcisismo meritocrático, pero absolutamente necesario para enmendarnos y perdonarnos.

3.1.5. Contrición vs. atrición

Contrición (literalmente: “compartir la tristeza”) significa empatía con el dolor ajeno, causado por mi culpa. Este sentimiento se llama de contrición, en oposición al de atrición, porque no se centra en el miedo a la pérdida o al castigo, que caracteriza a esta última, 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, estableciendo una condición previa al perdón.

3.1.6. Reparación vs. castigo

La perspectiva moral, en la medida que contempla el daño causado a algo o a alguien, lo asume y se duele del mismo, busca la reparación, es decir, la vuelta al estado de integridad anterior, o al menos, a instaurar un estado equiparable a él. El castigo, por lo contrario, sigue la lógica del delito que se repara con una multa económica, o infligiendo al culpable un daño comparable al causado a la víctima (“ojo por ojo y diente por diente”) o con la privación de libertad (cárcel). La justicia, en general, prefiere la vía punitiva o vindicativa a la restitutiva, puesto que está más bien orientada a reprimir que a reparar, con lo que refuerza más la autoridad del poder establecido, que la convivencia social.

3.1.7. Perdón vs. indulto

De ahí que en el ámbito moral se pueda otorgar el perdón a otros o a sí mismo, como medida de superación de la deuda contraída, sobre todo cuando la reparación ya no es posible. En este sentido el perdón tiene un efecto liberador que permite mirar al futuro, habiendo asumido el pasado. Este pasaje requiere un proceso psicológico personal semejante a un duelo (Villegas, 2017). El indulto, en cambio, dentro de la lógica penal, se reduce a un acto administrativo, por el cual se suspende el cumplimiento de la pena dictada por un tribunal de justicia. 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, fracaso, humillación...), o se beneficia la relación, permitiendo su continuidad o restablecimiento. Si por el contrario, su evocación resultara en perjuicio propio o ajeno, como en caso de maltrato actual y continuado,

es preferible abstenerse siquiera de intentarlo.

3.2. El origen psicológico de la conciencia moral

La afirmación de la existencia de una conciencia moral, a la que incluso en el lenguaje habitual le damos voz, la voz de la conciencia, no explica sin embargo el origen de su formación. En la entrevista de Benny Lévy, a la que ya hemos hecho mención más arriba, Sartre (1980) comenta:

“Hay una dificultad que aparece poco más o menos en todas las morales clásicas, tanto en la de Aristóteles como en la de Kant, que es la siguiente: ¿dónde situar la moral en la conciencia? ¿Es una aparición? ¿Se vive moralmente siempre? ¿Hay momentos en los que no se es moral, sin ser por ello inmoral?... En mi opinión, cada conciencia tiene esa dimensión moral que nunca se analiza y que querría que analizásemos”.

En este texto de Sartre aparece la aporía explicativa de la aparición de la conciencia moral que se le presenta a la filosofía. Por su carácter especulativo la filosofía ha partido siempre de la concepción de una conciencia adulta, ignorando su proceso de formación. Como quiera que Sartre parte del presupuesto nietzscheano de “la muerte de Dios”, no puede postular su infusión divina o un innatismo originario. Su visión dialéctica de la conciencia hace que ésta se desarrolle en una función constitutiva de sí misma: *“Dicho de otro modo, toda conciencia me parece actualmente a la vez constitutiva de sí misma como conciencia...”*.

Y es esta misma conciencia la que se vuelve moral al tomar conciencia del otro, es decir de la “alteridad”:

“y, al mismo tiempo, como conciencia del otro y como conciencia para el otro. Y esa realidad, ese considerarse a sí mismo como uno mismo para el otro, teniendo una relación con el otro, es lo que yo llamo conciencia moral”.

Coincidimos con Sartre en tomar la conciencia de alteridad como origen de la conciencia moral, pero desde el punto de vista psicológico necesitamos explicar cómo se origina esta conciencia de alteridad en un sujeto que experimenta una evolución epistemológica que se va haciendo más compleja, a medida que va madurando física y psíquicamente en el seno de un contexto familiar, histórico, social y cultural determinados.

Sin el otro, real o imaginario, presente o representado, no existiría la moral. Por eso la moral religiosa postula un Dios omnipresente, puesto que aunque yo esté solo en una isla deshabitada, hay una presencia divina que me impone su alteridad, que me puede premiar o castigar por mis acciones aunque no perjudiquen a nadie, pero sí infrinjan sus mandamientos.

Desde el punto de vista psicológico la conciencia moral se articula en función de dos ejes el egocentrado y el alocentrado. Es por tanto, como hemos dicho, una conciencia de la alteridad; sin ella no llegaría a formarse una conciencia moral. Estos ejes se van estructurando en función de las fases evolutivas que posibilitan el

desarrollo hacia la autonomía, es decir hacia la capacidad para regularse por sí mismo, no solo a nivel funcional, sino también social, relacional, interpersonal y, por tanto, moral.

Hemos desarrollado amplia y sistemáticamente este argumento en escritos anteriores (Villegas, 2011, 2013, 2014 y 2015) a los que nos remitimos y no vamos a repetir aquí. Solo subrayar que, de acuerdo con las fases evolutivas allí descritas, la conciencia moral surge como *síntesis* en una relación dialéctica entre las estructuras de regulación egocéntrica (*pre*nomía y *an*omía) que ocupan la posición de *tesis* frente a las alocéntricas (*hetero*nomía y *socio*nomía) que ejercen la función de *antítesis*.

Esta función sintética de la conciencia moral puede ejercerse de modo mejor o peor adaptado a los criterios éticos, pero si fracasa en su aplicación no dependerá de su (in)capacidad de juicio, sino de déficits evolutivos en su proceso de formación o de conflictos estructurales en sus posibles relaciones opositivas presentes. Por ejemplo, el *sicario* sabía que estaba moralmente mal asesinar a centenares de personas por encargo, pero los intereses económicos, la sensación de poder, la autopercepción de eficacia, su narcisismo, el manejo ritual de la culpabilidad, la capacidad de preservar su impunidad, la lejanía empática a través del disparo de larga distancia (unos cien metros), hacían posible que la balanza se inclinara siempre del mismo lado, el de las motivaciones egocéntricas, sin tomar apenas en consideración las alocéntricas. De este modo, y en ausencia de la *antítesis*, no se llevaba a cabo la relación dialéctica que hubiera permitido una síntesis diversa, responsabilidad de la autonomía.

En cualquier caso, la función de la autonomía será siempre la de emitir un criterio integrador de los diversos intereses en juego, como lo es del auriga respecto a la cuadriga (Villegas, 2015). La síntesis que debe conseguir el auriga exige poder satisfacer de forma autónoma las necesidades de la *pre*nomía, sin tener que depender de los demás, a través del “autocuidado” (Foucault, 2016). Tomar en cuenta deseos, impulsos, aspiraciones o ilusiones que constituyen la base del núcleo volitivo, propio de la *an*omía; pero éste exige un compromiso con la realidad, que solo se materializa a través de la “autodeterminación”. Nuestros deseos podrían llevarnos a decisiones destructivas o a fantasías inalcanzables sin la presencia clara y razonable de unos límites *heteronómicos* que nos ayuden a “autorregularnos”. Resultaría igualmente fácil perderse en el ámbito relacional, gobernado por la *soci*onomía, sin la presencia de una fuerte autoestima que nos sostenga. Finalmente, la autonomía es el resultado del desarrollo de las funciones de autocuidado, autoestima, autorregulación y autodeterminación, llevadas a cabo bajo la responsabilidad del auriga en una función de síntesis integradora, de la que surge la posibilidad de la regulación moral.

EPÍLOGO

Después de un largo recorrido por la historia de la filosofía, desde los presocráticos a los movimientos sociales del siglo XX, en relación al origen y naturaleza de la conciencia moral, Richard Sorabji (2014) extrae entre otras las siguientes conclusiones:

- La conciencia no es innata ni congénita, se adquiere
- Se basa en valores que no necesitan enunciarse en forma de leyes, sino que se hallan en constante riesgo de reflejar únicamente valores locales y que requieren por tanto una reflexión constante y la toma en consideración de otros valores.
- No es la voz de Dios, ni sus valores dependen de los que pudieran derivar de ella.
- No es infalible
- La conciencia crea una obligación, pero no es una obligación imperiosa, puesto que existen otras obligaciones que puede oponerse a las primeras, por lo que se halla sometida con frecuencia a un doble vínculo.

Descartados el origen divino o innato de la conciencia moral nos vemos llevados a buscar su génesis en un proceso de construcción epigenético. Desde el punto de vista psicológico se construye a partir de la toma de conciencia de las propias necesidades, impulsos y deseos que se establecen como criterios de regulación egocentros: estoy legitimado a satisfacerlos (derecho) y ellos constituyen la base de regulación (premisia y anomía) de mi comportamiento. Estos criterios no alcanzan una dimensión moral hasta que no entran en contacto dialécticamente con las necesidades y deseos de los demás, tomados en su conjunto (heteronomía) o individualmente (socioonomía). Como dice Antonio Damasio (2005): *“Nuestras vidas deben regularse no solo 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”*.

En ausencia de un criterio universalmente válido para determinar los criterios de distinción entre el bien y el mal, la perspectiva psicológica nos permite distinguir si un comportamiento obedece a criterios egocentros (premisios o anómicos) o alocentros (heteronómicos o socioonómicos), pero no evaluar su valor ético universal. Éste será el resultado de una operación constitutiva de la propia conciencia por la cual sea capaz de extraer aquellos principios que, siendo inmanentes a la propia dialéctica entre los criterios egocentros y alocentros, sean capaces de trascender a las situaciones concretas para derivar en enunciados humanistas universales.

Entre ellos hemos podido identificar, aunque sin pretensión de exhaustividad, los de *beneficencia, igualdad o paridad, dignidad, respeto, libertad y reciprocidad*. Una característica común a todos ellos es que han de ser bidireccionales: lo mismo vale de mí para ti, que de ti para mí. Así, volviendo a casos anteriores, como el de

Ramón Sampredo, podemos formarnos un criterio ético en función de tales principios y de la situación. Se trata de preservarlos en la ejecución de un suicidio asistido, dado que no se trata de eutanasia, puesto que la persona no está en fase terminal. Se preserva la *beneficencia*, puesto que la persona considera la muerte como un bien deseable, frente a una vida insufrible, sin esperanza y sin sentido. Se protege la *igualdad o paridad*, puesto que nadie asume una posición de poder sobre él, sino de asistencia en su desvalimiento. Se busca preservar su *dignidad*, dado que para Sampredo el balance es claro, no hay dignidad posible en la continuación de una vida que se va degradando día a día. Se *respet*a su decisión, como estrictamente personal y consciente. Se permite la ejecución de un acto decidido *libre y autónomamente* ante la imposibilidad de ejecutarlo por sí mismo, posibilitando la única capacidad de acción que le queda a la persona, la deglución. Aunque la *reciprocidad* no es aplicable en el mismo acto, ni entre las mismas personas, se entiende que se reconoce recíprocamente el derecho a disponer de intercambios sociales parecidos, orientados a preservar dichos principios.

Los mismos criterios se podrían observar en el diálogo entre Ángel Hernández y su mujer, María José Carrasco, caso al que hemos aludido más arriba, en el momento de suministrarle el pentobarbital sódico a su esposa, a fin de hacer factible su decisión de morir, diálogo que puede recuperarse en el video accesible a través de la red.

Estos postulados permiten salvar dos principios esenciales, para poder fundamentar una ética humanista: la immanencia y la trascendencia. Son immanentes a la propia actividad constructiva de la conciencia humana, en cuanto no tienen un origen anterior o ajeno a ella. Y son trascendentes, en cuanto se originan en la interacción de las conciencias, puesto que la dimensión moral (la posibilidad de hacer el bien o causar el mal) solo aparece en la dialéctica entre ellas. La síntesis resultante de esta dialéctica concluye que únicamente las relaciones humanas basadas en tales principios pueden ser objeto de una evaluación ética y que sobre su protección y preservación se basa el derecho que regula la sociedad civil, con lo que quedan afectadas también las relaciones entre los individuos y los estados.

Así, ante el falso dilema que plantea Rorty (1994) de preferencia entre filosofía y democracia, otorgando prioridad a la segunda sobre la primera, a partir de una conciencia frívola y superficial, “*que hace más pragmáticos a los habitantes del mundo, más tolerantes, más liberales, más receptivos a las apelaciones de la razón instrumental*”, queda en pie la legitimidad de unos postulados éticos que, siendo humanos en su origen y desarrollo, trascienden la banalidad del mal (Arendt, 1998, 2001), en que desembocaría inevitablemente la concepción de una sociedad carente de fundamento moral. La democracia no se reduce al recuento de votos, sino a la promoción de los valores y derechos humanos, único fundamento de la legitimidad de un estado, obligado a preguntarse constantemente y a responder indefectiblemente a la pregunta socrática sobre lo que es o no es justo, y a legislar y gobernar en consecuencia.

Referencias bibliográficas

- Arendt, H. (1998). *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid, España: Alianza.
- Arendt, H. (2001). *Eichmann en Jerusalén*. Barcelona, España: Lumen.
- Aristóteles (1985). *Ética nicomáquea*. Madrid, España: Gredos.
- Aristóteles (1990). *La Política*. Madrid, España: Gredos.
- Belfort, J. (2010). *The Wolf of Wall Street*. Nueva York, NY: Bantam.
- Bobaira, F. (Productor) y Amenábar, A. (Productor/Director). (2005). *Mar adentro* (Película). España, Italia y Francia: Sogecine e Himenóptero.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona, España: Crítica.
- Damon, M., King, Z., Louisiana Knop, P. (Productores) y Lyne, A. (Director). (1986). *Nueve semanas y media* (Película). Estados Unidos: MGM.
- Dauman, A. (Productor) y Oshima, N. (Director). (1976). *El imperio de los sentidos* (Película). Japón: Argos Films.
- Despentes, V. (2007). *Teoría King Kong*. Barcelona, España: Melusina.
- Engels, F. (2014). *Herrn Eugen Dühring's Umwälzung der Wissenschaft (Anti-Dühring)*, (original, 1878). Madrid, España: Fundación Federico Engels.
- Foot, P. (1967). The problem of abortion and the doctrine of double effect [El problema del aborto y la doctrina del doble efecto]. *Oxford Review*, 5, 5-15.
- Frankl, V. E. (2016). *Lo que no está escrito en mis libros. Memorias*. Barcelona, España: Herder.
- Foucault, M. (2002). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. En C. Gómez, *Doce textos fundamentales de la ética del siglo xx* (pp. 256-264). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108, 814-834. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.4.814>
- Haidt, J. (2019). *La mente de los justos. Por qué la política y la religión dividen a la gente sensata*. Barcelona, España: Deusto.
- Haidt J. y Joseph C. (2004). Intuitive ethics: How innately prepared intuitions generate culturally variable virtues. *Daedalus*, 133, 55-66. <https://doi.org/10.1162/0011526042365555>
- Hauser, M. D. (2006). *Moral minds: How nature designed our universal sense of right and wrong*. Nueva York, NY: Ecco/Harper Collins.
- Hill, K. y Hurtado, M. (1996). *Ache Life History. The ecology and demography of a foraging people*. Nueva York, NY: Routledge.
- Hume, D. (1942). *Diálogos sobre religión natural* (1942). México, México: FCE.
- Imamura, S. (Director). (1983). *La balada de Narayama* (Película). Japón: Toei.
- Kant, I. (1946). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Kant, I. (1975). *Crítica de la razón práctica*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Kapuscinski, R. (2000). *Ébano*. Barcelona, España: Anagrama.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development, moral stages and the idea of justice, essays on moral development*. San Francisco, CA: Harper and Row.
- Kohlberg, L. (1991). *My personal search for universal morality. The Kohlberg Legacy for the helping professions*. Birmingham, Inglaterra: Doxa Books.
- McNeil, E. (1978). *Nueve semanas y media*. Barcelona, España: Tusquest.
- Marina, J. A. y Rambaud, J. (2018). *Biografía de la humanidad*. Barcelona, España: Ariel.
- Ménégoz, M., Katz, M., Heiduschka, V. (Productores) y Haneke, M. (Director). (2012). *Amour* (Película). Austria, Francia y Alemania: X-Filme Creative Pool.
- Morgan, P. (Director). (2018). *Killer women, with Peter Morgan* (1,1). Estados Unidos: Netflix.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority: an experimental view*. Nueva York, NY: Harper and Row.
- Nietzsche, F. (1990). *La gaya ciencia*. Caracas: Monte Ávila (Trabajo original publicado en 1882).
- Norma, C. y Tankard Reist, M. (2016). *Prostitution Narratives: Stories of Survival in the Sex Trade*. Melbourne, Australia: Spinifex Press.
- Pakula, A. (Productor y Director). y Barish (Productor). *La decisión de Sophie* (Película). Reino Unido: Incorporated y Keith Barish.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Piaget, J. (1971). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris, Francia: PUF.
- Piaget, J. (1976). *The grasp of consciousness*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Platón (2010). *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes*. Madrid, España: Editorial Gredos.
- Pollo, S. (2008). *La morale della natura*. Bari, Italia: Laterza Editore.
- Preston S. D. y de Waal F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, 25, 1–72. <https://doi.org/10.1017/s0140525x02000018>
- Rorty, R. (1994). La prioridad de la democracia sobre la filosofía. En G. Vattimo, *La secularización de la filosofía. Hermenéutica y posmodernidad*. Barcelona, España: Gedisa.
- Sade, D. A. F. (1994). *La filosofía en el tocador*. Barcelona, España: Tusquets.
- Sade, D. A. F. (2004). *Justine o los infortunios de la virtud*. Barcelona, España: La Sonrisa Vertical.
- Sanchís, I. (2017, julio, 5). Los otros animales también sienten y piensan (Entrevista a Carl Safina). *La vanguardia*. Recuperado de: <https://bit.ly/2LaOYlj>
- Sartre, J. P. (1943). *L'Être et le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris, Francia: Gallimard.
- Sartre, J. P. (1980, abril, 19). Conciencia moral es ser uno mismo para el otro (Entrevista con Benny Lévy). *Le Nouvel Observateur*.
- Schweitzer, A. (1965). *La mia vita e il mio pensiero*. Milán, Italia: Comunità.
- Sorabji, R. (2014). *Moral Consciences through the ages*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Tasso, V. (2003). *Diario de una ninfómana*. Barcelona, España: Plaza.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*, Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*, Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2014). Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 25-40. Recuperado de: <https://bit.ly/2KPMYor>
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2017). Culpas y perdón en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 149-167. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/1469/s/rp108-09/category/3/>
- Villegas, M. (2018). *Psicología de los siete pecados capitales*. Barcelona, España: Herder.
- Weiskopf, C. (Directora). (2016). *Amazona* (Película-Documental). Colombia: Cameo.
- Wittgenstein, L. (1965). Conferencia sobre ética. *The Philosophical Review*, 74(1), 3-12.
- Yakovenko, M. (2016, febrero 11). Él quería sacrificarse. Quería ser comido vivo. *Play Ground*. Recuperado de: <https://bit.ly/2ROeVhm>

LA DIMENSIÓN MORAL EN EL DESARROLLO SEGÚN LA ÓPTICA COGNITIVO-CONSTRUCTIVISTA Y EVOLUTIVA: UN MODELO DE TRES EJES

MORAL DIMENSION IN THE DEVELOPMENT ACCORDING TO THE CONSTRUCTIVIST AND DEVELOPMENTAL COGNITIVE PERSPECTIVE: A THREE-AXES MODEL

Furio Lambruschi

Psicólogo, Psicoterapeuta, Director SBPC Scuola Bolognese de Psicoterapia Cognitiva,
Centro de Terapia Cognitiva Forlì, Italia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Lambruschi, F. (2019). La dimensión moral en el desarrollo según la óptica cognitivo-constructivista y evolutiva: Un modelo de tres ejes. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 51-72. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.303>

Resumen

El artículo propone un modelo de tres ejes del funcionamiento humano de tipo cognitivo-constructivista y evolutivo sobre cuya base trata de describir como la dimensión moral (tanto en sus implicaciones “normales” como psicopatológicas) encuentra sus raíces subjetivas en la configuración de identidad del individuo, es decir en su sistema organizado de significados personales, tal como se ha ido plasmando en el seno de los vínculos primarios de apego.

Palabras clave: *Desarrollo moral, perspectiva post-racionalista, perspectiva cognitivo-evolucionista, modelo de dinámica maduracional, sistema motivacional interpersonal, metacognición.*

Abstract

The article proposes a three-axes model of human functioning, based on a constructivistic and developmental cognitive perspective and, on this bases, it tries to connect the subjective roots of moral dimension (both in its “normal” and psychopathological implications) to the individual identity structures, that is, to the organized personal meanings system, shaped within the primary attachment bonds.

Keywords: *Moral development, post-rationalist perspective, cognitive-evolutionist perspective, dynamic maturational model, interpersonal motivational system, metacognition.*

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2019. Fecha de aceptación: 14 de marzo de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: furio.lambruschi@gmail.com

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

Este artículo propone una lectura del desarrollo y del funcionamiento moral, sobre la base de una perspectiva conceptual de tipo cognitivo-constructivista y evolutivo, y trata de describir cómo la dimensión axiológica y moral, tanto en sus implicaciones “normales” como psicopatológicas, puede encontrar su alimento y sus raíces subjetivas en la configuración de identidad del individuo, es decir en su sistema organizado de significados personales, tal como se ha ido plasmando en el interior de su específico itinerario evolutivo.

Vittorio Guidano y Giovanni Liotti, en su ya mítico escrito del 1983, *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, abrieron el campo a una nueva perspectiva psicopatológica y terapéutica de tipo cognitivista, centrada en tres elementos fundamentales:

a) una visión estructuralista del funcionamiento humano, no focalizada sobre creencias particulares disfuncionales sino sobre la más amplia *organización del conocimiento*, resaltando dentro de este marco el sentido, el valor funcional (podríamos decir “identitario”) del síntoma;

b) una profunda atención a los *procesos de desarrollo* en cuyo seno se forma este sistema cognoscitivo, integrando de manera original y coherente la teoría del apego dentro del modelo clínico cognitivista de base;

c) y, finalmente, una concepción *relacional*, interpersonal del funcionamiento humano que, siguiendo la lección bowlbiana, ve la representación de sí mismo, como inevitablemente conectada con la representación del otro y busca la salud y la patología psíquica en las vicisitudes de los lazos afectivos a través de todo el arco vital.

Las trayectorias teóricas y de investigación posteriores de estos dos geniales pensadores clínicos, se han ido explícitamente diferenciándose, a lo largo del tiempo. Por un lado, hacia un enfoque *post-racionalista*, orientado a una concepción del *Self* como proceso autorreferencial, donde la investigación sobre la construcción de la identidad personal y los procesos psicopatológicos se entiende primariamente como ciencia del significado personal (Arciero, 2002, 2006; Arciero y Bondolfi, 2009; Guidano, 1987, 1991; Nardi, 2007, 2013, 2017; Reda, 1986). Por la otra parte, un importante filón de investigación *cognitivo-evolucionista* (Liotti, 1994, 2001; Liotti y Farina, 2011; Liotti y Monticelli, 2008, 2014), fuertemente anclado en el enfoque etológico y evolucionista en el que el análisis de los diversos sistemas motivacionales interpersonales humanos se convierte en central para la comprensión de la psicopatología.

La posición del autor de estas líneas se ha orientado siempre, en realidad, a explorar las amplias posibilidades de integración existentes entre ambas perspectivas (Lambruschi, 1996; Lambruschi y Lenzi, 2014; Lambruschi y Muratori, 2013) hasta llegar a la definición de un modelo integrador *de tres ejes* (Lambruschi, 2018) suficientemente complejo y respetuoso con la actual investigación en el ámbito de la psicopatología del desarrollo, capaz de dar cuenta de las relaciones entre configuraciones de apego, desarrollo y organización del *self* y de sus posibles

derivaciones psicopatológicas correspondientes. Entre otras cosas, el modelo integra el interesante trabajo de revisión efectuado por Nardi (2007, 2013, 2017) sobre las organizaciones de significado personal que, además de subrayar el valor adaptativo, relativo a su específico contexto de aprendizaje, también ha propuesto coherentemente una redefinición desvinculada de las salidas psicopatológicas más comunes que la caracterizan: *Desapegada* (para la organización de tipo “depresivo”), *Controladora* (para las de tipo “fóbico”), *Normativa* (per las de tipo “obsesivo”) y *Contextualizada* (para las de tipo *Dápico* “trastornos alimentarios psicógenos”).

El eje primario de la reciprocidad física

Los modelos de apego primarios son descripciones de configuraciones interpersonales que, como sabemos, pueden caracterizar las más variadas estructuraciones personológicas y cuadros psicopatológicos, a través de las particulares modalidades de regulación/desregulación emocional y comportamental que determinan.

De hecho, nos dicen:

a) cómo un individuo ha aprendido a *regular los propios estados emocionales* en su contexto primario de aprendizaje, a lo largo de un *continuum* que va del estilo más desactivante (en los modelos de apego de tipo evitativo) hasta el más marcadamente hiperactivante (en los modelos de tipo ansioso-resistente);

b) cómo sus figuras de apego le han enseñado a *usar la mente*, es decir sobre el plano procesual, a qué fuentes de informaciones (*cognitiva/emotiva*) y sistemas de memoria dar importancia en el leerse a sí mismo y la realidad (preferentemente imágenes sensoriales y lenguaje connotativo o bien principalmente memorias de

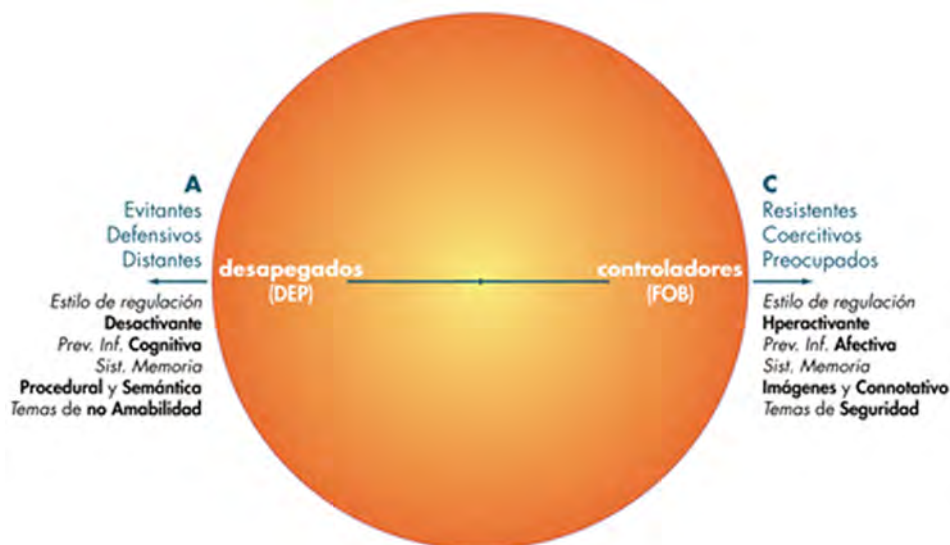


Figura 1. Eje evolutivo primario de reciprocidad física.

tipo procedural y semántico) (Crittenden, 2008; Crittenden y Landini, 2011).

Este eje fundamental de la *reciprocidad física* (figura 1) expresa la llamada función *afectiva* y primaria de la crianza, conectada a las competencias básicas de *sensibilidad* y *capacidad de respuesta* expresadas por la figura de apego (mantenerse en el plano afectivo/emotivo del progenitor en respuesta a las señales y demandas del niño) y pone las bases para la estructuración del sentido de sí mismo en términos de *amabilidad/no amabilidad* y *seguridad/inseguridad* en las relaciones. Aquí se configuran los programas fundamentales para el mantenimiento del estado de relación con el otro, bajo forma de esquemas interpersonales sensorio-motrices primarios (*Implicit relational knowing*, Lyons-Ruth, 1998). Como se sabe, lo que caracteriza, a pesar de la variabilidad de las formas expresivas, el estado mental y el comportamiento parental, es:

a) en un polo, la constancia en la ausencia de respuesta afectiva (un déficit estable en los registros afectivos), en algunos casos con evidente dejación (madres con estilos retirado y depresivo), en otros casos con fría intrusividad y/o hostilidad y en consecuencia con resultados evolutivos muy diversos en edad preescolar, escolar y adolescente (Crittenden, 2008), lo que dispone en cualquier caso a un estilo regulador *desactivante*;

b) en el otro, una mayor o menor discontinuidad, imprevisibilidad en su comportamiento de cuidado, que predispone por el contrario a un estilo regulador hiperactivante y a una estructuración de modelos relacionales de tipo controlador, en la idea de no tener que “perder de vista” el inestable estado mental parental y tener que garantizar previsibilidad, visibilidad y control de la relación. En medio, obviamente, está la posibilidad de experimentar tanto seguridad (previsibilidad) como amabilidad (proximidad afectiva), de regular de manera relativamente equilibrada los propios estados internos y los propios comportamientos e integrar de manera armónica la información cognitiva y afectiva y, en consecuencia, los varios sistemas de memoria que van estructurándose gradualmente¹

A partir de estos vínculos primarios, se pueden ya razonablemente configurar dos distintas polaridades organizadoras del *self*: las organizaciones de significado de tipo *Desapegado* y de tipo *Controlador*. Estas se han definido como organizaciones *inward*, en las que se va gradualmente estableciendo una focalización interna (“soy lo que siento que soy”). Llevan a organizar el comportamiento sobre la percepción de en qué medida nos sentimos protegidos o solos, a través por tanto de los *estados internos* de bienestar/seguridad o viceversa de malestar/miedo. Son nuestras primeras orientaciones perceptivo-motrices para la seguridad y la supervivencia, los primeros vínculos organizadores que van estructurándose no solo sobre el plano *onto*, sino presumiblemente también sobre el *filogenético* (Nardi, 2007, 2013).

El eje secundario de la reciprocidad semántica

La otra función importante de la *crianza*, estrechamente vinculada con la primera, es la llamada *educativa*, orientada a la definición de los límites, a la adhesión a las reglas morales, sociales, de guía en las estrategias de socialización y de afiliación al grupo y al contexto cultural y social de pertenencia.

La figura de apego, obviamente, ya desde la primera infancia introduce estructuración y límites mientras responde a las señales de confort del hijo, sin embargo esta función permanece como fondo más o menos hasta la transición neurológica de la edad preescolar, con el desarrollo de las correspondientes competencias cognitivas y sociales, para manifestarse después, de forma cada vez más marcada, en la primera edad escolar y en la adolescencia. Villegas (2011, 2013, 2015) propone profundizar en la descripción del desarrollo de tal función, entre *Physis* (natura) y *Nomos* (regla, norma, ley) (figura 2), que prevé una integración gradual de diversos subsistemas de regulación moral desde la primera infancia hasta la consecución de la plena regulación autónoma en el adulto: fase *Prenómica* (regulación basada sobre las necesidades), *Anómica* (basada sobre los deseos), *Heteronómica* (basada sobre las normas), *Socionómica* (basada sobre las relaciones interpersonales), *Autónoma* (con la construcción de un criterio moral personal capaz de integrar armónicamente criterios egocentros y alocentros).

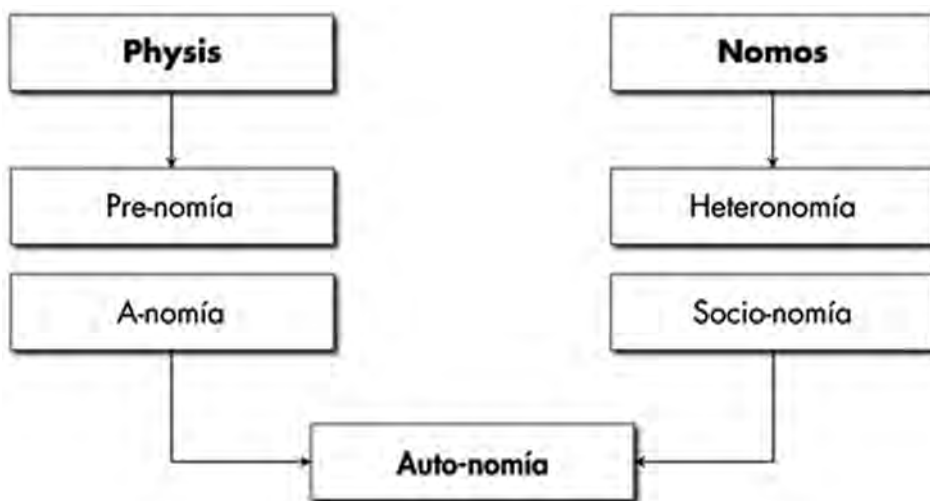


Figura 2. La regulación moral entre *Physis* y *Nomos* (Villegas, 2015).

En este punto, los esquemas interpersonales interiorizados durante la actuación del sistema motivacional primario del apego (central en el curso de la primerísima infancia, en que la condición de vulnerabilidad del niño se halla en su estado máximo) se van integrando gradualmente, de manera más o menos armónica o distorsionada, con los adquiridos bajo la actuación de los otros sistemas motivacionales interpersonales (el agonista, a partir de la típica “fase del No”, el de

cuidado y posteriormente el sexual e igualitario).

De este modo, cruzándolo con el primero, podemos delinear el otro eje importante, definido como de *reciprocidad semántica* (figura 3): es decir el eje relativo a la aceptación/no aceptación, confirmación/no confirmación, en base a la confrontación del propio comportamiento con los modelos ambientales, las reglas, las prescripciones, los valores (parentales y sociales) tomados como referencia. Si sobre el eje primario se define lo que un individuo consigue sentirse, seguro/inseguro y amable/no amable, sobre el eje secundario se define lo que subjetivamente un individuo puede sentirse: aceptado, apreciado, valorado, considerado, capaz, notando o no sentido de valor y de pertenencia al grupo. Las emociones en juego, en este nivel, son las llamadas *secundarias*, mediadas cognitivamente, de autovaloración frente a los estándares morales o sociales que median la afiliación y la pertenencia al grupo: vergüenza, sofoco, humillación, sentimiento de culpa, arrepentimiento, sentimiento de indignidad moral, desprecio hacia sí mismo o hacia los demás.

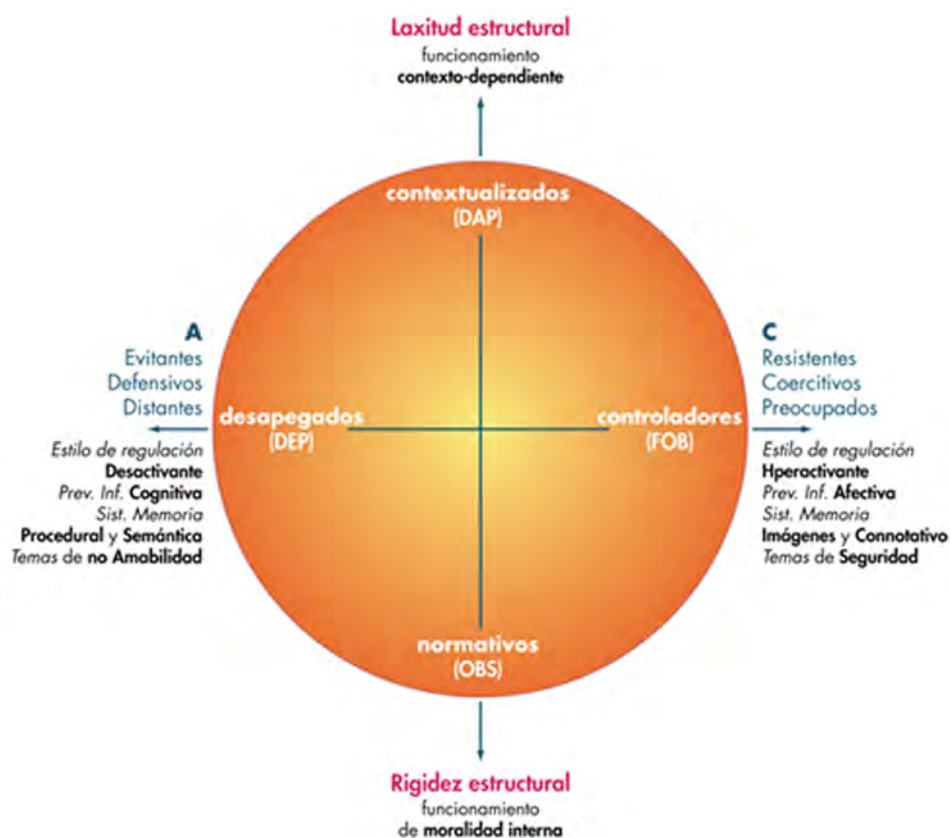


Figura 3. Eje evolutivo secundario de la reciprocidad semántica.

Este eje termina por caracterizar el nivel de *rigidez/laxitud* estructural del *self*, es decir en qué medida los constructos del sistema cognoscitivo elaboran de forma “estricta”, o sea con una fuerte interdependencia recíproca (se puede ser solo rígidamente de una manera, con escasas articulaciones y posibilidad de diferenciación); o, viceversa, con escasas o vagas correlaciones entre ellas (se puede ser de una manera, pero también de la otra, y aún de muchas otras), hasta el punto de derivar en vaguedad o casi “liquidez” en el plano estructural, con crecientes dificultades en llegar a una definición clara y unívoca de sí mismo. En medio, obviamente, está la *flexibilidad*, con perfiles suficientemente definidos pero también con la posibilidad de acceder a representaciones alternativas o más articuladas del *self*.

En un extremo de este eje, podemos colocar las organizaciones de significado de tipo *Normativo* en referencia a valores morales rígidos, con el desarrollo de esquemas interpersonales nucleares impregnados de un fuerte sentido de responsabilidad personal. En el extremo opuesto, las estructuraciones del *self* de tipo *Contextualizado*, en referencia a reglas sociales variables en función de la situación y del contexto, llevan al desarrollo de un sentido de sí vago e indefinido, constantemente dependiente del “pensamiento fuerte” externo.

En estos marcos organizadores secundarios prevalece una focalización desde el exterior, *outward* (“soy lo que los otros me hacen entender que soy”) y se asimila la experiencia para obtener informaciones sobre sí mismo a partir de los criterios morales a que se adhiere o de las demandas percibidas, provenientes de las figuras significativas del propio ambiente. La cualidad de la experiencia de relación con nuestras figuras de apego y las prioridades emocionales presentes en su estado mental nos llevan a resaltar un eje u otro en la organización de nuestra percepción de nosotros mismos y del mundo y de nuestra identidad, privilegiando, por tanto, un funcionamiento en que resulta más importante para nuestra adaptación orientar el comportamiento sobre la base de las señales internas de seguridad o de peligro; o bien un funcionamiento en que, al ordenar nuestra experiencia, se afina principalmente la habilidad de prestar atención a los mensajes externos, anticipando los juicios y opiniones de los demás para gestionar el consenso social o adherir a reglas y valores morales.

El equilibrio/desequilibrio entre los dos ejes

Mientras el primer eje, coincide de alguna manera con lo que Villegas (2015) define como *Physis* (el área de la Prenomía y de la Anomía), el segundo eje coincide en cambio con el *Nomos* (el área de la Heteronomía y de la Socionomía). La buena integración entre estos elementos, en un sano equilibrio entre las necesidades propias y las de los demás, lleva a la *Autonomía*.

Una observación, en mi opinión, importante: en la realidad evolutiva, estas fases (*Physis* y *Nomos*) no pueden distinguirse de manera tan neta, porque ya en la primera infancia y en la edad preescolar empiezan a tomar forma tanto las instancias

heteronómicas como *socionómicas*. Elliot Turiel (1983), del grupo de investigación de Kohlberg, subrayaba que ya a partir de los 39 meses se diferenciaban dos respectivos dominios (ámbitos): las *convenciones sociales* y los *imperativos morales*. Las acciones en el ámbito de la moralidad presentan efectos intrínsecos más marcados, mientras que las acciones que se refieren a la esfera social no tienen efectos intrínsecos interpersonales y es por esto que transgredir las convenciones generalmente se considera menos grave que desobedecer las normas morales universalmente reconocidas. Pero, como se sabe, en algunos sistemas familiares llegan a ser más importantes en términos de identidad las formas (las apariencias, lo que los otros saben que he hecho o piensan que soy) que no la sustancia (lo que he hecho o soy realmente). Por ejemplo: “sabemos que no hay que comer con las manos, pero lo importante es que no te vean en público, porque haces quedar mal a mamá; en el restaurante no se transige, en casa no importa”. En otros términos, lo que se convierte en moralmente adecuado es lo que funciona en términos de coherencia, centralidad y estabilidad identitaria.

O bien, para algunos niños, aunque de forma extrema, podría resultar esencial ya a los dos años y medio de edad corresponder sistemáticamente a las expectativas de la propia madre (y convertirse por tanto en un “buen chico”), los que en el modelo dinámico madurativo del apego de Patricia Crittenden (2008) se definen como patrón *compulsivamente complacientes* (A4). Para otros puede resultar importante cuidarla amorosamente para tener con ella un estado mínimo de relación: estos se definen como patrón *compulsivamente cuidadosos* (A3). Estos son niños, cuyo contexto afectivo primario ha forzado a descentrarse resaltando precozmente el punto de vista parental, ya a los 4/5 años, muestran sobre el plano relacional y moral un exceso de criterios *alocentrados* respecto a los *egocentrados*.

Por tanto, en términos de *buena adaptación y salud psíquica*, es evidente la importancia del equilibrio integrativo entre las dos dimensiones relacionales y evolutivas, que se concreta en el concepto de *disciplina sensible* (Juffer, Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2008, 2014), en que el empujoncito del padre hacia la adhesión a los valores morales o sociales *no es vista por el niño como amenazadora del mantenimiento del estado de relación afectivo*. Sobre esta base, algunos interesantes estudios muestran cómo es posible prever ya hacia los dos años de edad el posible desarrollo posterior de un trastorno de la conducta, observando el modo en que el cuidador está en condición de tratar (de manera “sensible” o “dura”) las manifestaciones fisiológicas opositivas típicas de la edad (Kochanska y Kim, 2012). Poner límites y reglas morales y sociales implica, inevitablemente, *cargar* el estado de relación con el propio hijo con la activación de sentimientos de frustración, vergüenza, miedo, malestar, tristeza. Caso de que la relación se connote en términos de relativa seguridad, las estructuras representativas de sí mismo y del otro, suficientemente positivas y cohesivas, ya interiorizadas por el niño, junto a la cualidad positiva perdurable del vínculo de apego, permiten reconocer e integrar tales estados emocionales de manera no amenazadora y destructiva.

El cuidador deberá ser capaz de empatizar con tales estados internos secundarios del niño, ayudándole a tolerarlos, a regularlos y a “resolverlos” adecuadamente, en la confianza y garantía recíproca de que este conflicto momentáneo no constituye una amenaza irreparable al mantenimiento del estado de la relación. Dentro de un vínculo connotado de buenos niveles de sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador, el niño se dará cuenta que las emociones de miedo, tristeza, frustración o vergüenza (adaptativas por sí mismas desde el punto de vista evolucionista), no corren peligro de transformarse en ansia y amenaza, sentido de desesperación, rabia desregulada o sentido intolerable de humillación. El no identificar el conflicto con el progenitor (la autoridad) como amenazador del estado de la relación, representa la base para una adecuada (y no solo teórica) interiorización de las reglas morales y sociales y de las estrategias más adecuadas de socialización. En los modelos de apego inseguro, al contrario, precisamente la rabia y el oposicionismo pueden llegar a ser paradójicamente la única modalidad de gestión activa y de regulación del estado de relación (Lambruschi y Muratori, 2013).

Por otro lado, la correlación entre modelos inseguros de apego y desarrollo de comportamientos opositivo-provocadores y agresivos en edad preescolar y escolar se halla ampliamente documentada (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, Lapsley e Roisman, 2010; Groh, Roisman, van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Fearon, 2012). De modo parecido, Barone y Bacchini (2009) en su trabajo sobre las emociones en el desarrollo relacional y moral, ponen de manifiesto claramente el papel de la empatía en el desarrollo de los comportamientos prosociales y por tanto en el desarrollo moral y enfatizan la relación afectiva con los padres como fundamento para el desarrollo de la conciencia moral: una relación de apego mutuamente correspondida hace a los niños más receptivos a las iniciativas de socialización de los padres y suministra el sustrato de experiencias de comunalidad y de compartir con los demás.

La conceptualización presentada por Gianni Liotti y colaboradores (Liotti, 1994, 2001; Liotti y Farina 2011; Liotti y Monticelli, 2008, 2014) de la motivación humana en términos de Sistemas Motivacionales Innatos (SMI), puede ayudarnos a comprender mejor la relación entre natural/innato y cultura/aprendizaje sin colocar estas dimensiones, como suele suceder, en una relación antitética la una con la otra, con el riesgo de reproponer la dicotomía freudiana entre Principio de Placer (procesos primarios) y Principio de Realidad (procesos secundarios), según la cual el niño vendría a este mundo con una dotación solo instintiva (como ser polimorfo perverso), privado totalmente de una dimensión “ética” y solo posteriormente, se vería obligado a adaptarse al principio de realidad, a las reglas sociales y morales. La teoría del apego, y de modo más amplio la teoría de los SMI, nos ayuda en cambio a comprender que desde el principio existe una relación dinámica entre estas instancias. Los SMI, presentes desde el nacimiento, representan la *síntesis evolucionista de lo que está “bien”* para nosotros, para nuestra especie, en términos de regulación emocional y comportamental, en términos de adaptación, evitación

del conflicto destructivo, reproducción, etc. Por lo que, en realidad, no venimos al mundo como una *tabula rasa* respecto a la dimensión ética sino, podríamos decir, con un *bagaje ético sensorio-motor innato, ya evolucionistamente socializado y teleológico* (esto es *orientado a metas*, valores, fines, bastante importantes, aunque todavía no explícitos).

Desde una perspectiva evolutiva moderna, la fase primaria de desarrollo en la que prevalece la función afectiva de la crianza (en la que se activan, acoplándose estructuralmente, los SMI de apego del niño y de protección y cuidado del progenitor) no se debe entender de ningún modo como una fase de “anarquía” sobre el plano ético del niño. Más bien, el objetivo evolutivo, para ambos, en esta fase es el de la *regulación* de los estados de activación emocional (Hill, 2015) y de la consecución de una organización diádica (sensorio-motriz) suficientemente regulada y adaptada, que resulta extremadamente costosa para ambos porque implica ciclos continuos de búsqueda de sintonización, frecuentes rupturas fisiológicas, movimientos de reparación. El objetivo del sistema motivacional del apego en esta fase, llamada precisamente de *regulación fundamental* (0-3 meses), es el de facilitar al niño la construcción de un programa adecuado para el mantenimiento del estado de relación con el cuidador, con sus prioridades emocionales específicas. Lejos de una condición o de un hipotético principio del placer, en esta perspectiva evolutiva el niño debe trabajar bastante duro para alcanzar este objetivo.

De la misma manera, cuando empiezan a activarse los otros sistemas motivacionales, no se activa el placer agonista como deseo de abuso, o el placer sexual como impulso desregulado. Los SMI son ya *de por sí sistemas regulados*, valores innatos, cosas “buenas” que sentir y hacer, pre-disposiciones a percibir y a actuar de manera regulada la agresividad (canalizándola y regulándola en relaciones de rango definidas) o la sexualidad (con toda una serie de señales codificadas de disponibilidad para la cópula, el cortejo, etc).

Desde esta perspectiva, pues, el famoso *Error de Prometeo* evocado por Villegas (2011)² en el título de su libro, se vuelve tal vez un poco más perdonable, si nos lo imaginamos desde la comprensible y confiada expectativa de que el género humano tuviese que poseer estas dimensiones reguladoras “éticas”, en términos embrionarios, ya por naturaleza. Más bien, el problema (difícil de imaginar para Prometeo) es que para los humanos es fácil perderlas. Las relaciones afectivas inseguras pueden fácilmente complicar o destruir (ya en los primeros años de vida) aquel *saber ético implícito* que la evolución ha pacientemente construido a través de millones de años.

Naturalmente entre estos valores innatos (SMI) están las relaciones de supra-subordinación, con una decidida centralidad en las primeras fases del desarrollo del sistema de apego hacia los otros. Cuando las cosas van bien en el eje primario y se reestructuran modelos suficientemente seguros de apego, todo el pentagrama motivacional acaba funcionando de manera más armónica y con un equilibrio ético extraordinario. Usamos, por ejemplo, la competitividad de manera equilibrada,

consequimos descentrarnos y en consecuencia salir del egocentrismo cognitivo primario colaborando más fácilmente, porque descentrarnos y mirar las cosas desde el punto de vista del otro no es afectivamente peligroso, a saber no amenaza el mantenimiento del estado de la relación.

Por el contrario, como sucede en los patrones de apego definidos coercitivos (Crittenden, 2008), con un exceso de criterios *egocéntricos* respecto a los *alocéntricos*: en estos casos el niño siente que perseverar en su comportamiento tiránico (a pesar de todos los “efectos colaterales” y punitivos que conlleva) es el modo más eficaz para evitar que el otro, en su inestabilidad e imprevisibilidad, pueda olvidarse de él. No lo hace porque sea intrínsecamente “malo” o porque no haya interiorizado adecuadamente las reglas morales, sino para percibir un sentido mínimo de seguridad afectiva, de estabilidad en la relación y por tanto de consistencia identitaria.

Por tanto, podemos sostener que el equilibrio en el desarrollo de un adecuado sentido moral se halla estrechamente ligado al grado de seguridad percibida en los vínculos de apego, como contexto de transmisión del *Nomos* (figura 4). Cuando la regla se vehicula a través de vínculos afectivos suficientemente seguros, el niño la acepta e incorpora con mayor facilidad, y se convertirá con mayor probabilidad en un estímulo hacia la autonomía. Cuando, por el contrario, se encuentre en contextos de protección/cuidado afectivamente distanciados tenderá a provocar más probablemente en el niño una tendencia alocéntrica. Si en cambio, se desarrolla en contextos relacionales de tipo ansioso resistente, connotados por la imprevisibilidad y discontinuidad en la permanencia del cuidador, se inclinará más fácilmente hacia una regulación egocéntrica.

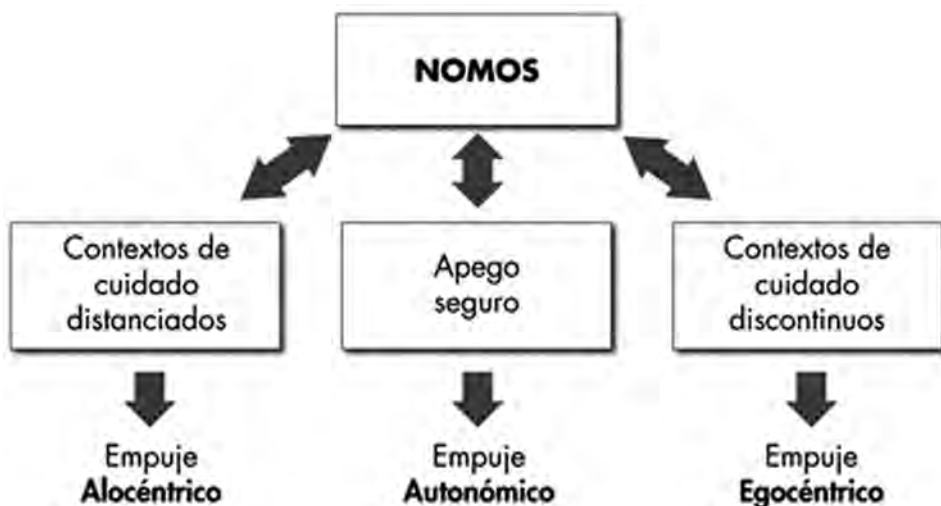


Figura 4. *Nomos* y contextos afectivos primarios.

Las posibles configuraciones identitarias

En la figura 5 se representa el espacio de las innumerables posibilidades organizadoras que derivan de la articulación evolutiva de dos ejes de reciprocidad (primario y secundario) y por tanto de aprendizaje familiar, con todas las posibles articulaciones internas a cualquier organización particular y con todas las posibles configuraciones organizadoras mixtas, sobre cada una de las cuales se podrían hacer interesantes razonamientos, tanto en términos clínicos como de declinación del sentido moral. Nos vamos a limitar aquí solo a algunas reflexiones a modo de ejemplo.

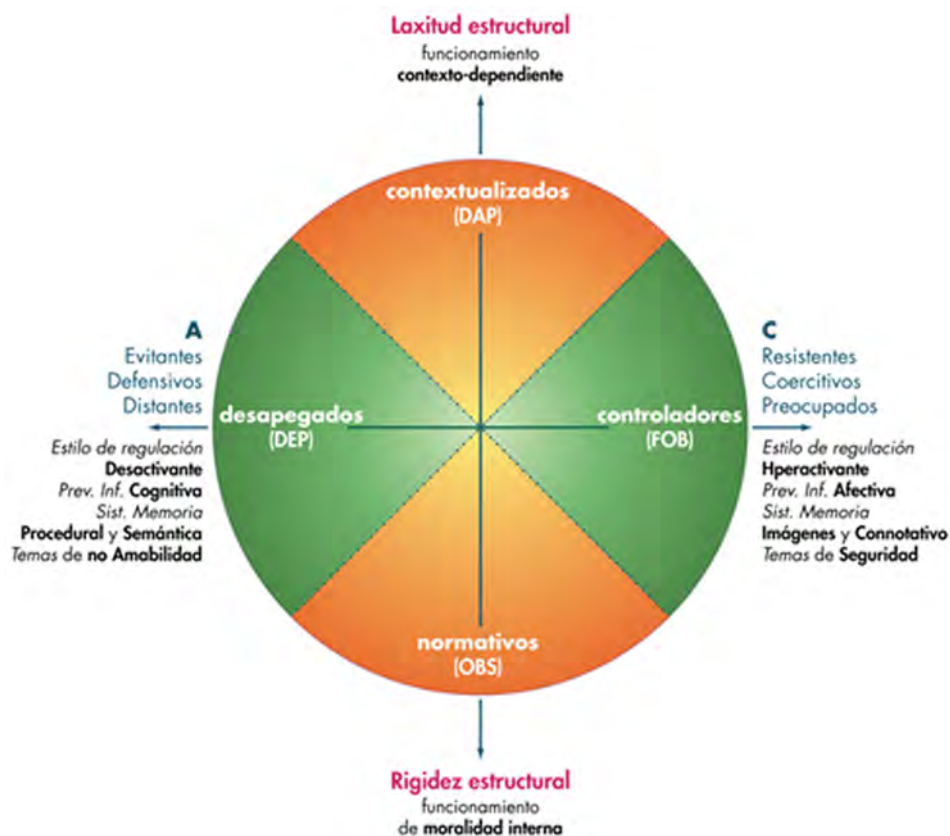


Figura 5. El espacio de las posibles organizaciones del self.

Una buena y equilibrada “regulación moral” del propio comportamiento se debe colocar obviamente en la parte central de nuestro modelo: el área caracterizada por una conducta adecuadamente regulada sobre el plano emocional y conductual; y bastante flexible, con perfiles suficientemente definidos del *self*, pero también con la posibilidad de acceder a representaciones alternativas o más articuladas de sí.

Si nos ponemos en el punto de vista de quien vive la experiencia, podemos hallar sobre cada punto del modelo una serie de diversas posibles elaboraciones subjetivas de la moral y de un sentido de sí en el mundo en términos éticos, donde cada organización específica identitaria asume de manera cada vez más polarizada una particular *configuración moral propia*. Resulta aquí evidente lo importante que es pasar de un enfoque *nomotético* de la moralidad, a una aproximación *idiográfica*, basada en *la unicidad de los significados personales* que cada uno de nosotros se atribuye a sí mismo y al mundo, en términos de “lo que es justo/bueno y lo que no lo es”.

Organizaciones de significado personal *outward* y moralidad

Obviamente, a las organizaciones de tipo *outward*, contextualizados y normativos, que se convierten en centrales en definir los perfiles identitarios del sujeto, las llamamos más explícitamente reglas morales, culturales, sociales. En particular, en el área *normativa*, podemos encontrar una *hipertrofia del sentido de responsabilidad moral*. Toda la vivencia subjetiva propia, desde la orientación perceptiva a los procesos inferenciales y evaluativos, hasta a las disposiciones neurofisiológicas y motrices, gira entorno a esta rígida configuración identitaria, con la posibilidad por tanto de experimentar profundos sentimientos de indignidad moral y desprecio hacia sí mismo, caso de percibir la invalidación de tales esquemas.

El dilema moral vivido por Victor Frankl (el fundador de la Logoterapia) presentado por Villegas (2015), pone de manifiesto este tipo de funcionamiento moral específico. A finales de 1941, Victor Frankl recibió un visado para emigrar a los Estados Unidos, lo que le permitía escapar del peligro de deportación o internamiento en un campo de concentración, dada su condición de judío, y le abría la posibilidad de desarrollar su modelo terapéutico en el país de acogida. El visado era estrictamente personal, lo cual impedía que ninguno de sus familiares pudiera viajar con él. Para salir de este angustioso dilema tenía necesidad de “una señal del cielo”.

Al llegar a casa de sus padres, después de una larga meditación en la Catedral de Viena, le llamó la atención un trozo de mármol blanco en el escritorio de su padre, que nunca antes había visto. En él se podía leer una inscripción referente al cuarto mandamiento de la ley mosaica, que reza así. “Honra a tu padre y tu madre para que tus días se prolonguen sobre la tierra”. Y así Frankl dejó que caducara el visado.

Toda la elaboración interior de Frankl remite claramente a significados personales del área normativa con una neta centralidad del sentimiento de responsabilidad moral y potenciales sentimientos activos de culpa de tipo deontológico. El futuro y su obra profesional más que en términos de satisfacciones personales se viven y se narran como deber ético y un bien para la sociedad. Del mismo modo, la posibilidad de dejar solos a los propios padres se muestra lacerante no ya en términos primariamente afectivos (como se podría esperar si prevaleciesen los temas organizativos y las emociones primarias relativas al primer eje), sino siempre

en términos de responsabilidad personal: “¿Tendría alguna responsabilidad en este caso?”. Su búsqueda de soluciones se produce a través de la meditación religiosa y la apelación a la ley divina. Como bien saben los clínicos expertos del área normativa, los pacientes obsesivos encuentran frecuentemente alivio (aunque solo temporal por desgracia) en sus rumiaciones y rituales si consiguen quitarse de encima la responsabilidad de las posibles consecuencias negativas que imaginan para los demás y para sí mismos. Esta es exactamente la piedra angular en el caso de Victor Frankl, perfectamente coherente con su organización identitaria: una solución que me libera de la responsabilidad de elección, pero que yo pueda sentir no superficial (como sería echar una moneda al aire), que pueda ser vista como una señal del cielo, una indicación divina.

Disponemos de interesantes datos de investigación (Doron y Kyrios, 2005; Doron, Moulding, Kyrios y Nedeljkovic, 2008; Doron, Moulding, Kyrios, Nedeljkovi y Mikulincer, 2009; Doron, Moulding, Nedeljkovic, Kyrios, Mikulincer y Sar-El, 2012; Doron, Sar-El, Mikulincer y Talmor, 2012; Seah, Fasnacht y Kyrios, 2018), que entre otras cosas recuperan y valoran de manera explícita el modelo de la organización cognitiva obsesiva de Guidano y Liotti del 1983 y que ofrecen hallazgos empíricos sobre esta área organizadora del *self*, poniendo de manifiesto cómo la inseguridad del apego, tanto preocupado como distante, pueda desarrollar un papel importante de mediación entre una alta sensibilidad moral y la aparición de la sintomatología TOC. En estos contextos no es el aspecto de rigidez educativa por sí mismo el que va a determinar el riesgo psicopatológico, sino más bien la articulación de los dos ejes, es decir la manera cómo la rigidez llegue a impactar sobre la dimensión afectiva.

Un sentimiento hipertrofiado de responsabilidad moral, originado en un contexto de inseguridad en los vínculos de apego, de amenaza percibida al estado de la relación (sí, culpablemente, no me comporto de manera atenta, juiciosa y responsable), lleva a captar en el rostro del otro el desprecio y una seria amenaza de ruptura del estado de la relación. Es la mirada despectiva del progenitor la que hace imperdonable el error e intolerable el sentimiento de *culpa moral* (Tenore, 2016). En efecto, los sujetos estructurados en sentido normativo son los únicos capaces de experimentar un sentimiento de culpa auténticamente *moral*.

A este propósito resulta interesante observar que cuanto más nos alejamos de las dimensiones de significado típicas del área normativa, hacia las del área desapegada, tanto más se vuelven centrales en términos identitarios los temas típicamente “depresivos” de no amabilidad personal, y más retrocede hacia el fondo el sentimiento de culpa llamado *deontológico* o moral, con todos sus correlatos representativos, neurofisiológicos y comportamentales. Si dejamos espacio, en cambio, a una tonalidad de culpa de tipo *altruista*, que parece caracterizar en particular las configuraciones desapegadas *compulsivamente cuidadoras*, las cuales fundamentan los mecanismos de recuperación de la propia falta de amabilidad percibida y en consecuencia de la propia autoestima precisamente en el bienestar

y el cuidado del otro (Crittenden, 1997, 1999, 2008).

Desde la perspectiva de los sistemas motivacionales interpersonales, en el primer caso destacan las emociones, los contenidos representativos y las disposiciones a la acción, típicas del sistema agonístico, dado que el sentimiento de culpa moral parece tener en la base “una única familia de fines caracterizados por el respeto a las jerarquías del grupo de pertenencia, orientadas al mantenimiento del orden interpersonal” (Mancini, 2008). En el sentimiento de culpa altruista, en cambio, cobran mayor relieve identitario los fines interpersonales de tipo afectivo conectados al primer eje, es decir al operar de los sistemas motivacionales de apego-cuidado, con un dominio de pertenencia limitado habitualmente a pocas figuras de relieve afectivo para el *self*.

Si nos desplazamos desde el área de la normatividad hacia el lado opuesto del eje, al mundo de la laxitud estructural, característico de las organizaciones del sí mismo de tipo contextualizado, el sentido subjetivo de moralidad se desplaza *de la sustancia al envoltorio*, del valor interior a las apariencias. En estas organizaciones del *self* está constantemente presente la distinción interior/exterior y una capacidad increíble de manejarla con mecanismos de autoengaño muy refinados. En términos absolutos saben lo que sería “justo”, pero consiguen mantenerlo en el fondo, otorgando más relieve a preservar el envoltorio.

Villegas (2015), relata diversos casos interesantes ilustrativos de este funcionamiento, entre los cuales ciertamente el más vistoso e inquietante es el de Jean-Claude Romand, (en cuya historia se ha basado la novela y posteriormente el film, “*El adversario*” de Sarde y Garcia, 2002). Hombre, aparentemente serio y formal, padre de familia, bien integrado en el propio contexto social, asesinó en enero de 1993 a sus padres, su mujer y sus dos hijos y trató de suicidarse a continuación. Todo esto antes que se descubriera que desde los 18 años de edad su vida se basaba en un “bluf”: no se había licenciado en medicina como todo el mundo creía, ni trabajaba para la OMS en Ginebra. Mantenía un tipo vida burgués, engañando a los familiares a través de falsas inversiones. Toda su vida era un continuo cúmulo de mentiras, hasta que una relación sentimental, de nuevo, obviamente, clandestina, le puso en riesgo de derrumbar todo el falso *self* construido como un envoltorio perfecto, con el peligro de hacerlo caer en los sentimientos de vergüenza y de humillación más hirientes. El área emocional crítica central en estas estructuras de personalidad es precisamente la de la vergüenza (nunca adecuadamente reconocida, validada, articulada y expresada en estos sistemas familiares), área por tanto difícil de atravesar por parte de estas personas y de regular en la relación con el otro y, en consecuencia, objeto de constante evitación experiencial.

Se da, aquí, una actitud hacia el propio mundo interno, diametralmente opuesta respecto a los marcos identitarios de tipo normativo, para los que pensar una cosa adquiere de *per se* un carácter de realidad, es casi como haberla hecho (hasta llegar a los conocidos mecanismos de fusión pensamiento/acción). En el funcionamiento contextualizado, en cambio, *el mundo interno no alcanza valor de realidad hasta*

que no se hace público: si una cosa no llega a saberse es como si no se hubiera hecho (como si no existiese). Esto, evidentemente, tiene enormes implicaciones sobre el propio sentido subjetivo de moralidad. Al carecer de una referencia moral interna, estas estructuras pueden oscilar rápidamente entre puntos de vista diversos, en función del interlocutor más significativo del momento. Si, para los primeros, decir siempre la verdad es un *deber* (aun a costa de herir al otro, o de arriesgarse a un juicio negativo por parte de los demás), para los segundos podría ser justo no decir la verdad (o mejor todavía, calibrarla adecuadamente según el momento y el contexto) “a fin de bien”; donde “bien” según las circunstancias podría ser evitar conflictos inútiles o hirientes, hacer estar mal a alguien inútilmente, etc.

Se dan, a veces, casos interesantes en esta área de organización que curiosamente traen consigo una sensación de alivio a propósito de la muerte del propio progenitor (el que representaba para el sujeto el “pensamiento fuerte” externo, el validador autorizado de la propia experiencia interna):

“desde luego que me sabe mal por mamá... era la persona más importante para mí... pero de repente, he notado también como un suspiro de alivio... De este modo no llegará nunca a saber que soy gay...; o “que no he terminado la universidad”; o bien, “así finalmente podré separarme de mi mujer y juntarme con Franca”... mamá nunca habría estado de acuerdo”.

Organizaciones de significado personal *inward* y moralidad

Las organizaciones de significado personal *inward* (controladoras y desapegadas) tienden, en cambio, de acuerdo con su marco identitario, a vivir y, podríamos decir, a “explicarse” como “bien”, como moralmente bueno cuanto se refiere a las necesidades y fines relativos a la seguridad afectiva primaria. La “moralidad” aquí asume un valor mucho más concreto y afectivo, estrictamente conectado con las necesidades primarias de apego.

En el área *controladora*, como ya hemos indicado anteriormente, las experiencias relacionales primarias de discontinuidad llevan a enfatizar las tendencias de tipo “egocéntrico”. A veces la rabia coercitiva ejerce una función de “ansiolítico” y de gestión de los sentimientos subyacentes de abandono no reconocidos adecuadamente. En los departamentos de psicología se pueden encontrar frecuentemente pacientes o cuidadores de este tipo, enfadados con todos, con los médicos que no saben encontrar la terapia adecuada para ellos, con el personal sanitario que no está nunca lo bastante atento, con la mala suerte, etc.; donde la rabia cubre sentimientos inconfesados de miedo por el duelo anticipado. Hablando con estas personas se tiene la sensación de que para ellos enfadarse o “hacerla pagar” a alguien es visto como algo profundamente ético, casi un deber moral.

Aquí, en términos morales, el bien supremo acaba siendo la familia, los vínculos familiares, más allá de cualquier otro vínculo o regla (“injustamente”) establecido por la sociedad: “Por mi madre redactaría documentos falsos, me saltaría incluso la ley o los protocolos sanitarios”; o bien: “es absolutamente

perdonable hacerse hacer un certificado médico falso para evitar un traslado laboral indeseado al extranjero”.

En las organizaciones *desapegadas*, por el contrario, el “bien” es la autonomía, la realización personal, espabilarse solo, no molestar, no resultar un estorbo, no ser una carga para los demás, ser válidos, competentes y de valor en algún campo laboral o profesional. En otros términos, experiencias relacionales primarias de tipo distante, llevan a diluir el valor evolucionista de la relación.

Así pues, cada organización de significado personal acaba por “estirar”, por adaptar de algún modo la moral a sí mismo, en función de los propios vínculos identitarios. Y cada uno, para sus adentros, sostiene que lo que está sintiendo, pensando y haciendo representa la modalidad moralmente más congruente y adecuada. Pero si las estrategias identitarias fallaran, todos podrían declarar sentirse culpables, pero, como ya se ha dicho, con significados personales subyacentes bien diversos.

Para las estructuras de tipo obsesivo el sentimiento de culpa sería claramente de tipo *deontológico* y se tiñe emocionalmente de desprecio hacia el *self* y de sentimiento de indignidad moral.

Para las controladoras el sentimiento de culpa declarado se tiñe en realidad de miedo y de inquietantes ansias de abandono y, podríamos decir, se caracteriza como afectivamente *egoísta* (por ejemplo, “no me atrevo a marchar de casa... y dejar a mi madre sola...; no soporto verla envejecer, ¡pobrecita!”).

En las organizaciones contexto-dependientes el sentimiento de culpa es de *fachada* y se detecta primariamente con sentimientos de vergüenza, un sentimiento no de *ser*, sino de *ser visto*, *señalado*, juzgado por los demás como algo inadecuado, equivocado, etc.

En las estructuraciones *desapegadas* el sentimiento de culpa se tiñe en cambio de dolorosos sentimientos depresivos, vivencias de no amabilidad, y puede caracterizarse primariamente como *altruista* (no soporto ver que el otro este mal por mi causa) siempre que prevalgan perfiles identitarios de tipo compulsivamente cuidadores (A3), e incluso tal vez como *ontológico* (“no debería ni existir, y el mismo hecho de haber nacido es constitutivo de culpa”), en los patrones llamados inhibidos (A1-2), o incluso como *existencial* (mi vida es un fracaso total, es un desastre y por tanto no merezco vivirla), donde la configuración de identidad explícita, adecuada para compensar los sentimientos subyacentes de no amabilidad está estructurada en términos de disposición activa al esfuerzo (patrón A4). Todo ello, naturalmente, con todas las posibles estructuraciones intermedias y, por tanto, relativa complejidad y articulación emocional.

El tercer eje: niveles de integración del *self* y competencias metacognitivas

Esta articulación, sin embargo, no basta para dar cuenta de la complejidad del funcionamiento humano. ¿Qué hace que, por ejemplo, se manifieste una sensibilidad “normal” al juicio con todo el valor funcional que comporta, y no un trastorno

de ansiedad social propiamente dicho, o bien un grave mutismo selectivo en la etapa evolutiva adolescente, o un trastorno evitativo de personalidad o tal vez un brote delirante con ideas de influencia del pensamiento? La diferencia parece residir en las modalidades procesuales de elaboración de los mismos temas, conectadas a niveles diversos en las competencias autointegradoras del sí mismo, particularmente en relación a las capacidades de mentalización (o metacognitivas), en primera y en tercera persona, que el sujeto esté en condiciones de expresar (Pellecchia et al., 2018; Semerari et al., 2014). Así, se hace necesario un tercer eje ortogonal al plano descrito hasta ahora (que, por sí mismo, sea capaz de representar las derivadas clínicas del área neurótica), que introduzca este tipo de dimensionalidad y que exprese esta variabilidad en las *competencias metacognitivas* (figura 6).

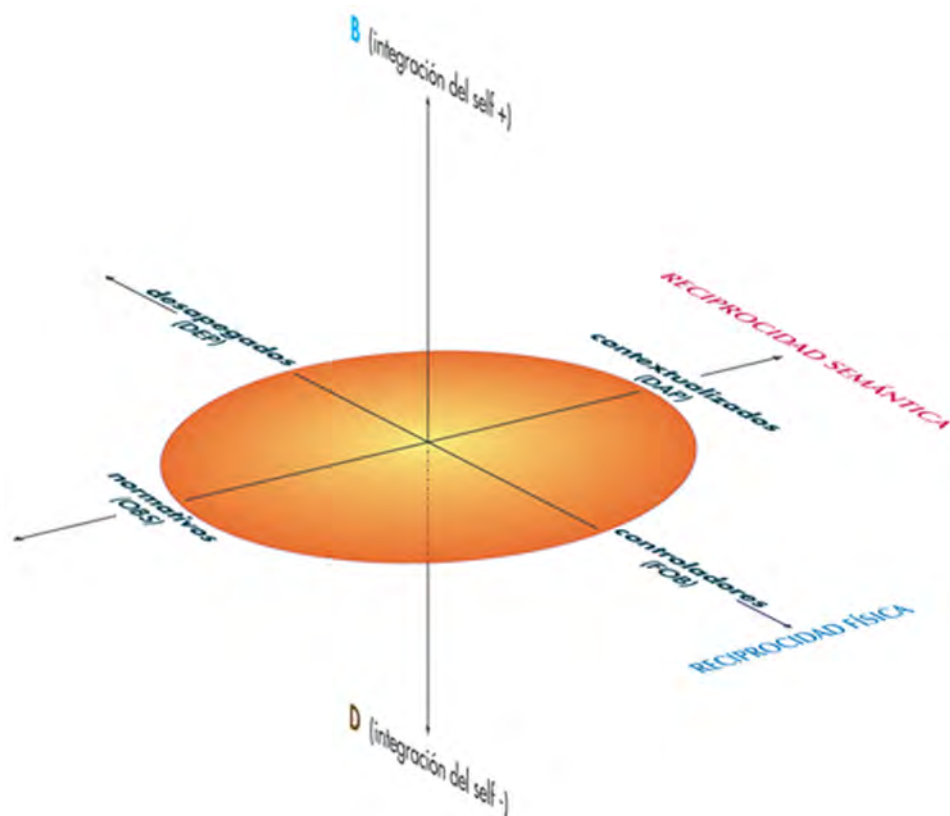


Figura 6. El tercer eje, niveles de integración del *self* y competencias metacognitivas.

La parte superior del modelo representa en sus diversos matices el tipo de elaboración llamada “normal” de las diversas dimensiones de significado. Cuanto más se descende hacia la parte inferior y más se reducen los niveles de flexibilidad y las competencias meta-representativas del sujeto, tanto más las posibles salidas

psicopatológicas adquieren formas graves y complejas.

Las variables de la *crianza* de mayor conexión con esta dimensión son las relativas a la capacidad de *insightfulness* (Oppenheim y Koren-Karie, 2002) o *mind-mindedness* (Meins 1997, Meins et al., 2003), es decir de mentalización en tercera persona sobre el hijo representado como “agente mental”. Esta *orientación a la mente* infantil por parte del progenitor explica la capacidad del niño para comprender la mente ajena, para desarrollar una adecuada capacidad de distinguir entre apariencia y realidad, al igual que entre diferentes visiones de la realidad: en otras palabras de desarrollar unas *competencias metacognitivas* más destacadas (Allen y Fonagy, 2008; Arnot y Meins, 2007, 2008; Fonagy et al., 1995; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Fonagy y Target, 1997; Kaplan, 1987; Lambruschi y Lionetti, 2015; Main, 1983, 1991; Meins, Fernyhough, Russel y Clark-Carter 1998).

Desde el punto de vista de las experiencias afectivas primarias, la parte inferior del modelo representa la que se suele definir, tal vez de forma demasiado genérica, área “traumática”, el área de la desorganización del apego, es decir las condiciones relacionales primarias caracterizadas por miedo y amenaza derivadas de la misma figura de apego, en que se reducen drásticamente para el niño las posibilidades de ser tratado como “agente mental”.

En el modelo dinámico madurativo de Crittenden (1997, 1999, 2008) tales patrones extremos vienen definidos *defensivos en alto grado* por un lado y *coercitivos en alto grado* por el otro o bien A/C. Podemos, imaginar dentro y fuera el “espectro traumático” una *dimensionalidad* y una amplia diferenciación de configuraciones internas y comportamentales. Un *continuum* en los distintos niveles de peligro experimentables a los que la mente reacciona con reservas o escisiones cada vez mayores de la información cognitiva y afectiva, y por tanto con un *continuum* de posibles déficits metacognitivos.

Este es probablemente el eje más importante para el equilibrio y la adaptación del individuo, también respecto a esta dimensión específica de la que estamos hablando, esto es de la *moralidad*. Salud y equilibrio significan también realizar (y sentir emotivamente) que lo que cada uno de nosotros ha construido gradualmente como propio dominio moral *no es la verdad absoluta sino construida subjetivamente*, puede variar por contexto y condición, puede variar en el tiempo, está conectado a variables no absolutas sino a las luces y las sombras que cada uno de nosotros ha vivido a lo largo de su historia personal. En otras palabras, reconozco mi regla o la ajena como “verdadera” y fundamental para mí (para el otro), pero reconozco flexiblemente también los límites y las posibilidades de derogación (por contexto y en el tiempo).

Esto conlleva, obviamente, la capacidad de observar y explorar libremente la mente propia y la ajena, tanto en términos cognitivos como en términos emotivo/afectivos, aceptando las limitaciones intrínsecas y pudiéndose distanciar críticamente. Es a lo que se refiere Villegas (2015) al hablar de integración autónoma de los diversos niveles de construcción moral, que en la vida cotidiana se determina

frecuentemente de manera espontánea y estable, pero que tal vez para su consecución puede exigir un trabajo de tipo psicoterapéutico.

Para concluir un rápida referencia al proceso psicoterapéutico sobre la base de las consideraciones evolutivas compartidas. Podríamos decir que, en terapia, sobre el primer eje se mueve preferentemente la llamada *acceptance* (la participación empática en el sufrimiento del paciente y su legitimación incondicionada). Sobre el segundo eje se mueve, en cambio, el llamado *commitment* (el compromiso y la asunción de responsabilidad, orientada por los propios valores) y es, como decíamos, la articulación armónica de los dos ejes y de las correspondientes disposiciones cognitivas y emocionales lo que hace el equilibrio moral: no puede haber *acceptance* genuina sin *commitment* y viceversa. Por otra parte, ambos se hacen viables para el sujeto, solo a través de descubrir y compartir en terapia su conjunto específico y original de reglas y criterios morales, bien definidos en su historia y dentro de su marco identitario. Sobre el tercer eje se mueve, finalmente, la promoción de la *conciencia*, encarnada en el desarrollo de nuevas y más profundas competencias metacognitivas y reflexivas del sí mismo, capaces de volver el propio sentir moral más relativo y, en consecuencia, más compasivo.

Notas

- 1 Como veremos más adelante, al hablar del tercer eje diagnóstico explicativo, ambos modelos de protección y cuidado pueden, obviamente, expresarse con distinta intensidad y connotarse con grados diversos de peligro y potencial amenaza, derivada de la misma figura de apego (fría amenaza, o peligrosa discontinuidad) (Crittenden, 1997, 1999, 2008).
- 2 Prometeo es una figura mitológica griega, un titán amigo de la humanidad y del progreso. ¿En qué consistió su error? Al dar al ser humano, inerte, el fuego y el poder de la técnica derivada de ella, cometió el error de no tomar en cuenta que el hombre (a diferencia de las otras especies animales) no posee un mecanismo “natural” capaz de regular de forma espontánea la conducta y de garantizar simultáneamente la supervivencia psicofísica y la convivencia social. Como ser social, el hombre necesita un orden convencional que se debe ir interiorizando gradualmente a través del desarrollo de la conciencia moral (Villegas, 2011).

Referencias bibliográficas

- Allen, J. G. y Fonagy, P. (2008). *La mentalizzazione: psicopatologia e trattamento*. Bologna: Italia: Il Mulino.
- Arnott, B. y Meins, E. (2008). Continuity in mind-mindedness from pregnancy to the first year of life. *Infant Behav. Dev.*, 31(4), 647-654. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.07.001>
- Arnott, B. y Meins, E. (2007). *Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 132-149. <http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2007.71.2.132>
- Arciero, G. (2002). *Studi e dialoghi sull'identità personale*. Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*. Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Arciero, G. y Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Crittenden, P. M. (1992). Quality of Attachment in the Preschool Years. *Dev. Psychopathol.*, 4, 209-241. <https://doi.org/10.1017/S095457940000110>
- Crittenden, P. M. (1997). *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Milán, Italia: Masson.

- Crittenden, P. M. (1999). *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milán, Italia: Cortina.
- Crittenden, P. M. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milán, Italia: Cortina.
- Crittenden, P. M. y Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. Nueva York, NY: Norton.
- Doron, G. y Kyrios, M. (2005). Obsessive Compulsive Disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 415-432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.02.002>
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M. y Nedeljkovic, M. (2008). Sensitivity of self beliefs in Obsessive Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 874-884. <https://doi.org/10.1002/da.20369>
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., Nedeljkovic, M. y Mikulincer, M. (2009). Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 1022-1049. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.8.1022>
- Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M. y Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2), 163- 178. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02028.x>
- Doron, G., Sar-El, D., Mikulincer, M. y Talmor, D. (2012). Experimentally-enhanced attachment security influences obsessive compulsive related washing tendencies in a non-clinical sample. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 8(1), 1-8.
- Fonagy, P. y Target, M. (1977). Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization, *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. y Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale, NJ: Analytic Press, Inc.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. y Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo di sé*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self*. Nueva York, NY: Guilford.
- Guidano, V. F. (1991). *The Self in Process: toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. Nueva York, NY: Guilford.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Nueva York, NY: Guilford.
- Hill, D. (2015). *Affect Regulation Theory: a clinical model*. Nueva York, NY: Norton.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. y van Ijzendoorn, M. H. (2008). *Promoting Positive Parenting: An attachment based intervention*. Nueva York, NY: Psychology.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. y van Ijzendoorn, M. H. (2014). Attachment-based interventions: Sensitive parenting is the key to positive parent-child relationships. En P. Holmes y S. Farnfield (Eds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Implications and Interventions* (pp.83-103). Londres, Reino Unido: Routledge.
- Kaplan, N. (1987). *Individual Differences in Six-Year-Olds' Thoughts about Separation: Predicted from Attachment to Mother at One Year of Age* (Tesis doctoral, Berkeley, Universidad de California). Recuperado de la base de datos de ProQuest Information y Learning <https://bit.ly/2xqSK7q>
- Kochanska, G. y Kim, S. (2012). Toward a new understanding of legacy of early attachments for future antisocial trajectories: evidence from two longitudinal studies. *Developmental Psychopathology*, 24, 783-806. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000375>
- Lambruschi, F. (1996). *Il bambino*. En B. Bara (Ed.), *Manuale di psicoterapia cognitiva* (pp.406-445), Turin, Italia: Bollati Boringhieri.
- Lambruschi, F. (2018). Un modello a tre assi di concettualizzazione del caso in un'ottica costruttivista, evolutiva e interpersonale. *Cognitivismo Clinico*, 15(2), 145-159. Recuperado de: <https://bit.ly/2ROYkKr>
- Lambruschi, F. y Lenzi, S. (2014). Sviluppo del modello clinico cognitivista in età evolutiva. En F. Lambruschi (ed.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Turin, Italia: Bollati Boringhieri.
- Lambruschi, F. y Lionetti, F. (2015). Genitorialità: tra valutazione, sostegno e buone prassi. En F. Lambruschi y F. Lionetti (Eds.), *La Genitorialità: Strumenti di Valutazione e Interventi di Sostegno*(pp.xx). Roma, Italia: Carocci Editore.
- Lambruschi, F. y Muratori, P. (2013). *Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta*. Roma, Italia: Carocci Editore.

- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma, Italia: La Nuova Italia Scientifica.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milán, Italia: Cortina.
- Liotti, G. y Farina, B. (2011). *Sviluppi Traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milán, Italia: Cortina.
- Liotti, G. y Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milán, Italia: Cortina.
- Liotti, G. y Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milán, Italia: Cortina.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282-289. <https://bit.ly/2S7Cm5p>
- Main, M. (1983). Exploration, Play and Cognitive Functioning as Related to Child-Mother Attachment. *Inf. Behav. Dev.*, 6, 167-74.
- Main, M. (1991). Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring, And Singular (Coherent) Vs. Multiple (Incoherent) Model Of Attachment: Findings And Directions For Future Research. En C. M. Parkers, P. Marris y J. Stevenson-Hinde *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). Londres, Reino Unido: Routledge.
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo Clinico*, 5(2), 123-144.
- Meins, E. (1997). *Sicurezza e Sviluppo Sociale della Conoscenza*. Milán, Italia: Cortina.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R. Clark-Carter, D. Gupta, M. D., Fradley, E. y Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74(4), 1194-1211. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00601>
- Meins, E., Fernyhough, C., Russel, J. y Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: a longitudinal study. *Social development*, 7(1), 1-24. <https://bit.ly/2LblaE>
- Nardi, B. (2007). *Costruirsi: sviluppo e adattamento del Sé nella normalità e nella patologia*. Milán, Italia: Franco Angeli.
- Nardi, B. (2013). *La coscienza di sé: origine del significato personale*. Milán, Italia: Franco Angeli.
- Nardi, B. (2017). *Organizzazioni di Personalità: normalità e patologia psichica*. Ancona, Italia: Accademia dei Cognitivi della Marca.
- Oppenheim, D. y Koren-Karie, N. (2002). Mothers' Insightfulness Regarding Their Children's Internal Worlds: The Capacity Underlying Secure Child-Mother Relationship. *Infant Mental Health Journal*, 23, 593-605. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.10035>
- Pellecchia, G., Moroni, F., Colle, L., Semerari, A., Carcione, A., Fera, T., Fiore, D., Nicolò, G., Pedone, R. y Procacci, M. (2018). Avoidant personality disorder and social phobia: Does mindreading make the difference? *Comprehensive Psychiatry*, 80, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.011>
- Reda, M. A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma, Italia: La Nuova Italia Scientifica.
- Sarde, A. (Productor) y Garcia, N. (Director). (2002). *El adversario*. París, Francia: Vértigo.
- Seah, R., Fassnacht, D. y Kyrios, M. (2018). Attachment anxiety and self-ambivalence as vulnerabilities toward Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.06.002>
- Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milán, Italia: Cortina.
- Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M. y Pedone, R. (2014). Metacognitive Dysfunctions in personality disorders: correlations with disorders severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 751-766. <https://bit.ly/2xCFEnN>
- Tenore, K. (2016). Il lavoro sulla vulnerabilità storica. En F. Mancini (Ed.), *La mente ossessiva: curare il disturbo ossessivo compulsivo* (pp. 199-218). Milán, Italia: Cortina.
- Turiel, E. (1984). *The developemnt of social knowledge: morality and convention*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo: psico(pato)logia del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder Editorial.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el divan: psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El Proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona, España: Herder.

ÉTICA Y PSICOTERAPIA: UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

ETHICS AND PSYCHOTHERAPY: A SOCIO-CULTURAL PERSPECTIVE

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia. Facultad de Psicología
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro Gabalda, I. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, 30(213), 73-91. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>

Resumen

La meta principal de este trabajo busca comprender la ética en psicoterapia desde una perspectiva sociocultural. Para conseguirla, la psicoterapia, al ser una práctica social de cura, se relacionará con los elementos socioculturales a su base. Esta perspectiva permite ofrecer a los terapeutas algunas reflexiones éticas sobre qué (y por qué) es correcto hacer, o no, en el campo de la psicoterapia. Ejemplificar y deconstruir tales elementos facilita la formación de los terapeutas, al igual que nos permite lograr la necesidad ética de pensadores más críticos. Este artículo desarrolla estas metas situando, en primer lugar, a la psicoterapia en un contexto sociocultural y ejemplificando la influencia bidireccional entre psicoterapia y sociedad. Esto se relacionará con una perspectiva ética puesto que determina qué se permite hacer a terapeutas y clientes y cómo se construyen, socialmente, las metas y los medios adecuados de la psicoterapia. En segundo lugar, el trabajo se centrará en los tres desafíos éticos principales de la psicoterapia, es decir, confianza, cuidado y poder. Existe una gran relación entre estos tres elementos y no se pueden comprender ni desarrollar adecuadamente a menos que se sitúen en el contexto de una práctica socialmente construida.

Palabras clave: *ética, psicoterapia, perspectiva sociocultural*

Abstract

The main aim of this paper is to understand ethics in psychotherapy from a socio-cultural perspective. To fulfill this aim, psychotherapy, as a social healing practice, is related to the socio-cultural issues underlying it. This perspective could offer therapists some ethical reflections about what (and why) is appropriate/inappropriate to be done in the psychotherapy field. Exemplifying and deconstructing such issues could facilitate therapists' training, and could fulfill an ethical need for more critical thinkers. This paper works toward these aims by first placing psychotherapy in a socio-cultural context and exemplifying the bidirectional influence between psychotherapy and society. This will be related to an ethics perspective because it implies what therapists and clients are entitled to do and how appropriate psychotherapy aims and means are socially constructed. Second, it focuses on the three main ethical challenges in psychotherapy; i.e., trust, caring and power. These three issues are closely related and cannot be properly understood and developed unless they are placed in a socially constructed practice context.

Keywords: *ethics, psychotherapy, socio-cultural perspective*

Fecha de recepción: 3 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 10 de mayo de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Isabel.Caro@uv.es

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

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción: Ética, valores y psicoterapia

La ética es un elemento clave en el centro de la práctica terapéutica. Clarkson (2005) la definió como: *“Aquel campo de la filosofía dedicado al estudio de lo bueno y lo malo. Se emplea, igualmente, para describir un conjunto de reglas acordado por un grupo de personas sobre la forma mejor o peor de comportarse”* (p. 102).

Las guías éticas son de gran interés y se regulan por códigos diferentes en distintas culturas y contextos, ofreciendo a los terapeutas normas sobre lo que es apropiado hacer o no, o debe evitarse (Colegio Oficial de Psicólogos, COP, 2018; Gabriel, 2005; Jenkins, 2002; Koocher, 2007; Pope y Vasquez, 2011; Zur, 2007).

Todas estas guías son importantes, contribuyendo a comprender y definir en qué consiste una práctica correcta. Hay que destacar que la práctica de la psicoterapia refleja determinados supuestos éticos, en muchas ocasiones no visibles para nosotros (Tjeltveit, 2004). Al mismo tiempo si, según McLeod (2001), a los psicoterapeutas no se les enseña, sino que se los socializa en determinados enfoques terapéuticos y tipos de investigación, podemos considerar una responsabilidad ética facilitar a los futuros psicoterapeutas ciertas reflexiones sobre su profesión y sobre los elementos principales a su base. Por tanto, es muy importante que los psicoterapeutas se den cuenta de los supuestos filosóficos y teóricos implícitos en los métodos que emplean para tratar a los clientes y para estudiar la psicoterapia (Elliott, 2008; Slife y Williams, 1995).

Si asumimos que la psicoterapia es una práctica de curación social (Wampold e Imel, 2015) será importante delinear y rastrear su origen sociocultural y emplearlo para comprender lo que es correcto hacer en el contexto de la ética. Deconstruir y ejemplificar tales relaciones son las metas principales de este trabajo.

Por ejemplo, si la ética responde a la pregunta sobre lo que es bueno o equivocado hacer en un contexto psicoterapéutico específico, algunas cuestiones éticas aparecerán, de forma continua, en la interacción en sesión de los integrantes de la psicoterapia. Con ello nos referimos a qué consideran adecuado, terapeutas y clientes, para sus respectivos roles, y cuál es la base facilitadora de una práctica terapéutica conjunta.

Indudablemente y en primer lugar, la respuesta será diferente dependiendo del modelo terapéutico. Sin embargo, esta respuesta no surge de la nada. Para desarrollar la meta principal de este trabajo necesitamos relacionar dicha respuesta estando totalmente integrada en un *zeigeist* concreto, o en un momento sociocultural específico. La psicoterapia puede ser cualquier cosa menos apolítica (Cushman, 1992). Esto supone que dependiendo del momento sociocultural, los clientes van a demandar una conducta concreta en sus terapeutas, asumiendo, al mismo tiempo, un papel determinado. Igualmente, los terapeutas asumen un papel específico, ofreciendo a sus clientes un contexto concreto basado sobre determinados supuestos construidos. La forma en la que clientes y terapeutas resuelven su trabajo conjunto está totalmente inmersa en valores, supuestos, sentimientos, actitudes, etc,

pertenecientes a un momento histórico en particular (Caro Gabalda, 1995a, 1999).

Los valores son un tema importante para la psicología (Prilleltensky, 1997). La mayoría de las veces, los profesionales usan su conocimiento de forma equivocada, como si la psicoterapia fuera la aplicación neutra de dicho conocimiento. En este sentido, la psicoterapia se convierte en una ciencia aplicada o en una psicotecnología, predominando un punto de vista objetivista (Woolfolk y Richardson, 2008). Esta perspectiva sobre la psicoterapia no sólo se refleja en las metas y en los medios para el cambio, sino en cómo medimos dicho cambio.

Así, la gran importancia que se da a la tendencia hacia los tratamientos empíricamente validados, una regla de oro (aunque controvertida; Consumer Reports, 1995; Elliott, 1998; Seligman, 1995) para muchos investigadores, tiene importantes conexiones con la ética. Esto es así porque se relaciona con la respuesta a si es bueno recibir terapia, en qué medida lo es y cuáles deben ser las metas en relación a estos posibles beneficios (Smith, 2009). En este contexto, la investigación en terapia tiene más que ver con fuerzas socioeconómicas y culturales que con debates académicos.

Por ejemplo, y tal y como señalaron Woolfolk y Richardson (2008), la terapia cognitivo-conductual desarrolló sus métodos como una psicotecnología, estandarizando manuales, y aplicando los tratamientos como si se estuviera utilizando un fármaco. Esto les permitió formar parte de los ensayos controlados aleatorizados (David, Cristea y Hofmann, 2018; Roth y Fonagy, 1996). Este es un simple ejemplo de cómo la psicoterapia está inmersa en una práctica guiada por los valores del mercado. Desarrollemos, *“una práctica terapéutica breve cada vez más rápida y eficiente, más específica y con categorías concretas del DSM, y con resultados terapéuticos más medibles, para que podamos tecnologizar e industrializar las prácticas terapéuticas”* (Cushman, 2002, pp. 103-104).

Indudablemente, no se está justificando que “todo vale”. Todo lo contrario. Nos gustaría sugerir que la formación del futuro investigador no puede centrarse, exclusivamente, en métodos de investigación y en conceptualizaciones sobre salud mental, técnicas, etc., sino también en reflexiones teóricas sobre las actitudes y valores a la base de estas estrategias clínicas y de investigación. Es decir, en lo que es “correcto”, o “incorrecto” hacer. Por ejemplo, que hacer terapia se puede recoger por completo en un manual; que es adecuado establecer “carreras de caballos” entre terapias; que todos los sujetos dentro de un grupo experimental, por ejemplo, cambian, y lo hacen en igual medida, etc. (Elliott, 1998; Henry, 1998; Wampold, 1997).

Por tanto, si enmarcamos la psicoterapia en un contexto conceptual y sociocultural surgirán distintas preguntas y respuestas, con una conexión muy cercana con la ética. Es decir, cada modelo, al estar emplazado históricamente, regula lo que es bueno o malo, dónde focalizarse y cómo pueden desarrollar terapeutas y clientes sus roles terapéuticos. La psicoterapia se da en un contexto sociocultural que supone diversas ideologías ocultas (Woolfolk, 1992).

Psicoterapia y contexto sociocultural

Es difícil dar una definición general de la psicoterapia, puesto que se define mejor desde perspectivas concretas. Frank, en su definición clásica de psicoterapia, estableció que ésta se considera un tipo de influencia personal que necesita de un agente de cura, de alguien que sufre y busca ayuda de este agente y una relación de cura. Esto es, una serie de contactos, más o menos estructurados entre el que cura y el que sufre, realizados, ante todo, con palabras, actos, rituales, etc. (Frank y Frank, 1991). En cualquier caso, *“una forma de retórica que se basa en métodos hermenéuticos”* (Frank y Frank, 1991, p. 73).

Por consiguiente, la psicoterapia focaliza y analiza los problemas de los clientes desde enfoques terapéuticos concretos, lo que facilita, tanto al terapeuta como al cliente, interpretar y enmarcar las necesidades de éste último. Una vez que dichos problemas se comprenden y se encuadran, se aplican distintas técnicas y estrategias en el contexto de un tipo diferente de relación terapéutica. Cada modelo histórico ofrece una manera específica de comprender los distintos fenómenos clínicos y las relaciones entre ellos. Según cada *zeitgeist* se acordarán las metas, los procedimientos y el foco de la psicoterapia.

De forma más concreta, desde una perspectiva hermenéutica, lo esencial de todas nuestras creencias, experiencias, prácticas, o nuestra propia identidad está mediado por la cultura, el lenguaje y la auto-comprensión (Richardson, 2012).

Desde una perspectiva construccionista social, Berger y Luckmann (1966) establecieron que la sociedad era un producto humano y una realidad objetiva, siendo el ser humano un producto social. De esta manera, su análisis se puede aplicar a la terapia como un producto humano. Para estos autores, lo relevante es el aspecto conceptual de la terapia. En este sentido, y siguiendo a Berger y Luckman (1966):

“Ya que la terapia se preocupa de las desviaciones de las definiciones ‘oficiales’ de la realidad, debe desarrollar una maquinaria conceptual para dar cuenta de tales desviaciones y para mantener las realidades que se están desafiando. Esto requiere un conocimiento que incluya una teoría sobre la desviación, un dispositivo diagnóstico, y un sistema conceptual para la “cura de las almas” (pp. 130-131).

Y añaden más adelante,

“Cuando las teorías psicológicas logran un nivel elevado de complejidad intelectual es muy probable que las administren personal especialmente formado en dicho conocimiento..... Las teorías psicológicas sirven para legitimar los procedimientos de identidad-mantenimiento e identidad-reparación establecidos en la sociedad, ofreciendo el vínculo teórico entre identidad y mundo, ya que ambos están definidos socialmente y son apropiados subjetivamente” (Berger y Luckman, 1966, p. 197).

Desde este punto de vista, podemos entender la psicoterapia asumiendo la influencia bidireccional entre psicoterapia y sociedad. Woolfolk y Murphy (2004) describieron que, en el pasado, las definiciones de los seres humanos se enmarcaban

en conceptualizaciones teológicas, morales o políticas y, en este sentido,

“.... la explicación sobre la naturaleza humana recae, cada vez más, en el tipo de interpretación ofrecida por psicoterapeutas y científicos conductuales. De esta manera, la psicoterapia alcanza un impacto cultural que va más allá de su efecto inmediato en los clientes. La institución de la psicoterapia se convierte en una fuente importante de costumbres, valores y puntos de vista. Igualmente, es un indicador sensible de esas mismas costumbres, valores y puntos de vista. La relación entre psicoterapia y cultura supone una influencia recíproca. La psicoterapia absorbe y refleja la cultura a la que pertenece y, al mismo tiempo, deja una marca distintiva en dicha cultura. La psicoterapia influye directamente en la sociedad, a través de sus efectos en la literatura, el arte, los medios de comunicación y las numerosas instituciones sociales cuyas características básicas dependen de la psicología y la psiquiatría. La institución de la psicoterapia y de sus disciplinas subyacentes responde a las necesidades que tienen las sociedades secularizadas de tener estructuras directivas, ofreciendo marcos cognitivos, “científicamente basados”, para ordenar, racionalizar y normalizar el mundo social. El orden normativo de la psicoterapia se caracteriza por la interrelación entre hecho y valor, a veces hasta el grado de que ambos se fusionen” (Woolfolk y Murphy, 2004, p. 179).

La aparición del mindfulness (o la conciencia plena) ejemplifica esta influencia mutua. Esta tendencia implica una perspectiva psicológica y terapéutica diferente. En primer lugar, debemos reconocer que la psicología, como disciplina científica, forma parte de una tradición modernista (Gergen, 1991; Kvale, 1992) y, por tanto, la psicoterapia se puede considerar como un proyecto de la modernidad, y de tipo Occidental. Por el contrario, la tendencia hacia el mindfulness refleja la aparición de una perspectiva Oriental (Kabat-Zinn, 1990). Esta tradición ha aparecido en un mundo postmoderno, globalizado, con un punto de vista inclusivo sobre diferentes culturas. Al mismo tiempo, el sí mismo aparece como fragmentado y saturado (Gergen, 1991).

Brevemente, mientras que el sujeto Occidental intentaba controlar sus pensamientos y emociones, el sujeto “mindulf” les da la bienvenida. El sujeto implícito en este enfoque ha desarrollado sus posibilidades para vivir en el aquí y ahora, siendo auto-consciente, con conciencia plena sobre lo que está experimentando. Por ello, y siguiendo a Kabat-Zinn (1999), se produce un cambio de lo que es perjudicial a lo que es correcto para un sujeto. Desde una perspectiva modernista, el terapeuta sabe lo que está equivocado, por ejemplo, un pensamiento distorsionado o irracional. Sin embargo, desde la tradición Oriental, el poder para definir lo que es equivocado o deseable y saludable recae en los clientes. Esta tendencia hacia la conciencia plena se hereda de una sociedad que busca nuevas formas de comportarse (y, por tanto, sobre lo que es bueno, o no, hacer en terapia) basadas sobre

tradiciones y culturas valoradas de forma nueva y diferente (como la filosofía Budista).

Lo que comenzó, por ejemplo, en el campo de la terapia cognitiva (Segal, Teasdale y Williams, 2002), y en terapia de conducta (Hayes, 2004), como una forma diferente de enfocar y tratar los problemas de los seres humanos, se ha difundido por todo el mundo. En la segunda década del Siglo XXI, la práctica del mindfulness se utiliza en muchas áreas, desde hospitales a institutos de terapia, en los negocios, en las grandes compañías en Internet, etc. (Brandsma, 2017). Existe una gran variedad de posibilidades “mindful...”. Las técnicas de la conciencia plena nos rodean, no sólo en contextos académicos, sino también en los medios de comunicación. Trabajar en mindfulness está de moda. Una nueva sociedad que divulga estas técnicas de conciencia plena, y éstas contribuyendo de una forma distintiva a la sociedad. Por ejemplo, con una comprensión diferente de las guías éticas para los terapeutas.

En este sentido, existen grandes diferencias entre lo que se puede considerar una guía ética en una perspectiva Occidental vs. Oriental. Según Morgan (2013) un terapeuta debe seguir determinados preceptos, más relacionados con la acción moral que con la ética, tal y como se ha definido previamente. Así, un terapeuta debería seguir normas como no matar (comportarse con compasión y reverenciar la vida); no robar (estar más preocupado por la corrección y la generosidad); no llevar a cabo una conducta sexual inadecuada (manejar la energía sexual con habilidad); no mentir (emplear un habla sincera y habilidosa); y, finalmente, no tomar drogas/fármacos, etc. (ser conscientes sobre el consumo).

Tenemos un segundo ejemplo, si se asume que la práctica de la conciencia plena, basada sobre la psicología Budista, no diferencia entre acciones “buenas” y “malas” ya que éstas son, simplemente, convenciones sociales. Si detener el sufrimiento es la meta general de la práctica del mindfulness (Segovia, 2017), entonces, y según Germer (2013), se debe diferenciar entre acciones “beneficiosas” en todos los sentidos (aquellas que disminuyen el sufrimiento) y las acciones “no beneficiosas” (aquellas que incrementan nuestro sufrimiento). Sin ninguna duda, esto supone una perspectiva distinta sobre cualquier meta psicoterapéutica, con requisitos éticos diferentes.

Cualquier explicación sociocultural debe tener en cuenta no sólo los elementos sociales de cada momento histórico, sino la reflexión que se debe hacer sobre el tipo de sujeto que se desarrolla y surge en dicha sociedad. Por tanto, cualquier persona que aplica o recibe terapia, posee unas características específicas. A la base de cada modelo existe una imagen única del ser humano (Pilgrim, 1997; Rychlak, 2003), al igual que existe en cualquier taxonomía, por ejemplo, el DSM (Cushman, 2002).

Así, y siguiendo con nuestro ejemplo anterior, el ser humano detrás de la práctica de la conciencia plena es muy diferente de la imagen que se tendría de éste en la práctica psicoterapéutica Occidental. Un terapeuta que emplee el mindfulness

debe entender que está asumiendo que existe la posibilidad de dirigir su trabajo a un tipo de sujeto distinto. Esto es, aquel que puede no ejercer control (por ejemplo, en la práctica del mindfulness en la terapia de aceptación y compromiso; Hayes, 2004), vs. uno que sí que puede y debe hacerlo (como en el trabajo en terapias cognitivas clásicas).

Sin embargo, sería conveniente asumir que el surgimiento de esta tendencia, cómo se mantiene, y qué defiende como apropiado para un cliente en concreto, carece, en buena medida, de una reflexión específica sobre los valores, perspectivas, tipo de sujeto implícito, etc., a su base. Indudablemente, se debe reconocer que esta es una dicotomía muy simplificada que no puede integrar las variadas y numerosas características de la práctica Occidental vs. Oriental. La empleamos en este contexto sólo para ayudarnos en nuestra explicación y, simplemente, como un breve ejemplo de lo difícil que es evitar la ética (basada sobre nuestra definición del inicio) en el campo psicoterapéutico y de la dependencia sociocultural de las guías éticas terapéuticas.

En definitiva, podemos asumir que los enfoques psicoterapéuticos integran supuestos explícitos e implícitos, contruidos socialmente, sobre cuáles son las metas y los métodos de la psicoterapia y aquello que es correcto hacer. Esto nos ofrece el contexto para la negociación de los roles terapéuticos y cómo se resuelve, de forma diferente, el poder inherente, a través de la relación terapéutica. Igualmente, nos facilita conocer cuál debe ser el foco psicoterapéutico, y cómo se organiza el trabajo conjunto cliente-terapeuta. Todo ello incide totalmente en el campo de la ética y, por tanto, es importante que forme parte de la formación de los terapeutas.

Los tres desafíos éticos de la psicoterapia

Pope y Vasquez (2011) destacaron que los mayores desafíos éticos para los psicólogos se relacionaban con la confianza, el poder y el ofrecer cuidados, estando los tres interconectados. Por ejemplo, la confianza es básica y facilita un contexto a los clientes desde el cual explorar sus quejas, justificando y aceptando la intrusión del terapeuta en sus problemas. Al ser una profesión regulada, la terapia depende de la sociedad, y la sociedad depende de los terapeutas para que se hagan cargo de los problemas de los clientes. *“A cambio de asumir un papel en el que la seguridad, el bienestar y el beneficio último de los clientes se consideran una confianza sagrada, el terapeuta tiene el derecho de asumir los roles, privilegios y el poder debidos”* (Pope y Vasquez, 2011, p. 34).

Por tanto, los terapeutas obtienen su poder por la confianza que los clientes y la sociedad les otorgan, lo que correlaciona con el cuidado de los terapeutas hacia sus clientes y su única meta: aumentar el bienestar de los clientes.

Es importante señalar que existe un poder diferencial en terapia. Aunque muchos enfoques psicoterapéuticos destacan la necesidad de seguir una perspectiva de iguales, observada de maneras diferentes en la relación terapéutica, la cuestión del poder (sobre todo, como una preocupación ética) va más allá de esta relación

(Pope y Vasquez, 2011). Por ejemplo, la relación terapéutica en la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1957) se puede diseñar desde una perspectiva de igualdad. Sin embargo, el poder, o las diferencias de poder estarían todavía presentes en la terapia. Un participante es el terapeuta, y otro es el cliente, que paga o no (dependiendo del contexto) por el tratamiento profesional que recibe. Entonces, *“un atributo definitorio del profesional es el reconocimiento, comprensión y manejo cuidadoso del considerable poder –y de la responsabilidad personal por dicho poder– inherentes a su papel”* (Pope y Vasquez, 2011, p. 39).

La confianza en psicoterapia

¿Por qué los terapeutas están legitimados para ejercer dicho papel con sus privilegios como profesionales en salud mental? ¿Por qué los clientes confían en ellos para resolver sus problemas? En primer lugar, porque la psicoterapia es una profesión regulada (véase, por ejemplo, una revisión de las normativas europeas, Van Broeck y Lietaer, 2008). Desde sus inicios, la psicoterapia está socialmente sancionada porque las universidades, instituciones, sociedades profesionales, revistas, etc. han dedicado sus esfuerzos a establecer las reglas de una práctica correcta. Por ejemplo, desde el interés de Freud por evitar el “psicoanálisis salvaje” o las regulaciones del Modelo de Boulder, ha existido un interés continuo en la formación y en establecer quién y por qué medios puede ser terapeuta. Esto es básico para la práctica ética, ya que la formación no puede evitar responder a lo que es correcto hacer, o no hacer, en este campo.

La importancia de la formación se observa en todos los enfoques psicoterapéuticos. Por ejemplo, la psicoterapia cognitiva se ha preocupado mucho por describir cuáles son las características deseables de un terapeuta cognitivo (e.g.: Newman, 2010; Rodolfa et al., 2005), y cuál es la mejor manera de emplear esta terapia. Estos trabajos regulan cómo hacer terapia cognitiva, influyendo, sin ninguna duda, en la confianza de los clientes en sus psicoterapeutas cognitivos. En el contexto cognitivo, una buena formación ha sido importante desde sus inicios y cada vez es más relevante (Bennett-Levy, 2006).

En segundo lugar, el supuesto sobre la forma correcta de ser un terapeuta profesional es una herencia de la Modernidad (McNamee y Shawver, 2004). Gracias a características modernistas como la industrialización, la vida en las ciudades y la secularización, apareció un interés nuevo, según Cushman (1992), en el mundo físico, las humanidades, la ciencia, el comercio y la racionalidad. Por tanto, el Estado desarrolló formas de controlar a un nuevo tipo de sujeto, siempre cambiando y desarrollándose, menos regulado y limitado por el papel de la religión y, por ello, menos predecible. Este nuevo sí mismo, más aislado, menos comunitario y más individualista, y más confundido sobre lo que estaba bien o mal, sobre lo que era ético o no, necesitaba de la aparición de un nuevo tipo de experto, el *filósofo moderno* que, con el tiempo, se convirtió en un *científico social* el cual desarrolló técnicas para observar, medir, predecir y controlar la conducta de los sujetos

(Foucault, 1975).

Los terapeutas se corresponden con esta figura, creada socialmente, y convertida en una parte integral de la tradición modernista. Tal y como planteó McLeod (1997), *“la psicoterapia es una forma cultural o el lugar en el que la gente tiene permitido contar sus historias y problemas personales, delante de, o ayudados por otra persona con habilidades y estatus especiales para esta tarea”* (p. 20).

Siguiendo a Berger y Luckmann (1966):

“La terapia supone la aplicación de la maquinaria conceptual para asegurarnos de que los que se desvían, real o potencialmente, permanecen dentro de las definiciones institucionalizadas de la realidad, o por decirlo de otra manera, evita que los ‘habitantes’ de un universo determinado ‘emigren’ de él. Lo hace aplicando el dispositivo legitimado para los ‘casos’ individuales. Puesto que, como hemos visto, cada sociedad tiene que hacer frente al peligro de la desviación del individuo, podemos asumir que la terapia, de una manera u otra, es un fenómeno social, global. Sus acuerdos institucionales específicos, desde el exorcismo al psicoanálisis, desde el consejo religioso a los programas de consejo personal, pertenecen, sin ninguna duda, a la categoría del control social” (p. 130).

Si traspasamos este punto de vista a la psicoterapia, el marco modernista ha contribuido a construir un bagaje de conocimiento, difundido a nivel mundial, que ofrece a la sociedad y a los posibles usuarios de la psicoterapia, guías para saber qué deben pedir y dónde y cómo encontrar un terapeuta. La terapia se ha globalizado. Millones de personas en las naciones y sociedades Occidentales industrializadas poseen cierto conocimiento sobre lo que un psicólogo o un terapeuta pueden hacer por ellas. Estas nociones, más o menos específicas, se adquieren en la escuela, la TV, las revistas, las películas, etc. (McLeod, 1997). Estas guías y conocimiento sobre la terapia, socialmente construidas, facilitan que los clientes confíen en sus terapeutas ya que se dispone de un marco social que le da al terapeuta el poder para curar al estar su profesión socialmente regulada. Es decir, la sociedad depende de los terapeutas para *“cumplir con la confianza dirigida hacia el beneficio de los clientes al igual que al orden social”* (Pope y Vasquez, 2011, p. 34).

Como destacó Howe (1993) *“existe un ‘centro’, un sujeto individual que posee un acceso privilegiado a la verdad y que guarda la llave única que puede abrir los contenidos de la experiencia del cliente”* (p. 185). Así, un futuro terapeuta debe saber que ser el guardián de esta llave conlleva una gran responsabilidad ética.

El rol del terapeuta está sancionado socialmente, al igual que el de los clientes. Es decir, puede ser una cuestión ética, pero en una vía de dos sentidos. Por ejemplo, tanto clientes como terapeutas tienen expectativas terapéuticas sobre el cambio y sobre qué obtener de ese proceso.

Por ejemplo, los clientes pueden esperar que sus terapeutas cumplan con sus expectativas. Esto es importante ya que se puede relacionar con el resultado en terapia (Bohart y Greaves Wade, 2013). Igualmente, los psicoterapeutas pueden

tener expectativas relacionadas con el resultado (Connor y Callahan, 2015). Siguiendo a Feltham (2017):

“.... la atención recibida de un sanador, socialmente sancionado, y en un ámbito regulado, tiene una gran influencia en el establecimiento de expectativas positivas. A la gente le tranquiliza estar en el ambiente adecuado, tratados profesionalmente, con las cualificaciones adecuadas, y con un fundamento explícito para la terapia” (pp. 151-152).

Es decir, que cualquier terapia implica ofrecer a los clientes una sensación de esperanza, de recibir ayuda (Frank, 1974). Indudablemente, esto no significa que todos los clientes (ni los terapeutas) acuden a psicoterapia con el mismo nivel de expectativas. Algunos clientes pueden tener una fe positiva en el resultado, otros pueden estar ambivalentes, y algunos desconfiar del resultado terapéutico (Glass, Arkknoff y Shapiro, 2001).

Aunque muchos posibles clientes pueden pensar que no necesitan un terapeuta, llegandose, incluso, a describir o anticipar prácticas no psicoterapéuticas (Gergen, 2000; Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin y Stowell-Smith, 1995), la mayoría de ellos tiene cierta información para elegir uno u otro tipo de enfoque terapéutico. Si se instruye a los clientes sobre lo que esperar de la terapia y sobre aquello que mantiene todo el dispositivo terapéutico, probablemente, harán elecciones mejor informadas y se ajustarán mejor con sus terapeutas (Glass, Arkknoff y Shapiro, 2001). Se ha visto que los clientes acuden a psicoterapia con un conocimiento, obtenido de Internet y los libros de auto-ayuda, que puede llevar a que traten a los psicoterapeutas como simples asesores y no como figuras de autoridad, como eran en el siglo pasado (Strong y Sutherland, 2007). Por tanto, la evolución de la sociedad supone una exigencia y una actitud diferente hacia estos “científicos sociales”.

Como planteó McLeod (2012):

“... los miembros de sociedades Occidentales están expuestos a un rango de discursos y prácticas sobre cómo dar sentido y resolver las dificultades emocionales, comportamentales, y relacionales. Así, probablemente, cuando una persona acude a terapia estará influida por algunos discursos y prácticas, en relación a su sensación general sobre aquello que le puede ser útil terapéuticamente. Además, tendrá determinadas preferencias sobre el valor de ciertas ideas y métodos terapéuticos, mientras que considerará otros enfoques como carentes de credibilidad” (pp. 23-24).

Sin embargo, los terapeutas son capaces de tomar sus decisiones terapéuticas sobre aquello que piden a sus clientes porque el rol de éstos está sancionado socialmente. Los clientes confían en sus terapeutas y acuden a terapia pudiendo hablar sobre cosas que no le dirían a nadie más, permitiendo que sus terapeutas les hagan todo tipo de preguntas intrusivas (Pope y Vasquez, 2011). ¿Por qué hacen esto los terapeutas? ¿Por qué es correcto inmiscuirse en las áreas más profundas y personales de los clientes?

En primer lugar, porque la psicoterapia ha heredado la idea modernista sobre la necesidad de un científico social, con un papel clave. La metáfora del Panóptico, planteada por Foucault (1975) sería el símbolo perfecto (según Cushman, 1992) de este nuevo orden, necesario desde la perspectiva modernista, tal y como se ha descrito anteriormente. El Panóptico era una prisión, diseñada por Bentham en el siglo XVIII. Su característica principal era que el prisionero podía verse a sí mismo, pero nunca a sus carceleros. La metáfora del Panóptico describe cómo los prisioneros, a) aumentaban su tolerancia para ser observados; b) su tendencia y habilidad para observarse a ellos mismos; c) la presión por ser normales; y, d) aumentaban sus intentos para practicar la auto-observación y el cambio comportamental consciente.

Esta metáfora nos ofrece una descripción clara sobre el tipo de sujeto que demanda este nuevo científico social. Este tipo de sujeto puede justificar, como apropiado, que el terapeuta se inmiscuya en su área más privada. Para hacer posible la práctica de la psicoterapia necesitamos un individuo que sea capaz de ser *auto-consciente* y con capacidad *introspectiva* (Caro Gabalda, 2015). Por tanto, cualquier práctica correcta debe facilitar el acceso al mundo privado, a un tipo de sujeto que espera que lo observen (Cushman, 1992). Los individuos pueden observarse a ellos mismos, preguntar sobre lo que son, pensar sobre lo que esconden o revelan, y especular sobre sus características e identidad verdaderas.

El terapeuta dirige su trabajo hacia este tipo de sujeto, al margen del enfoque que emplee. Aunque podemos establecer diferencias entre modelos, en cualquier caso se necesita un terapeuta que confíe en las posibilidades del cliente para la auto-conciencia, la auto-exploración, etc. Por ello, es fundamental que el terapeuta sea capaz de entrar en el mundo del cliente. Los clientes confían en sus terapeutas para comportarse de una manera concordante con ello.

El cuidado en psicoterapia

Es una responsabilidad ética emplear el poder y la confianza que se les da a los terapeutas en relación a una única meta, el bienestar del cliente. Prestar cuidados es la base de las responsabilidades del terapeuta (Pope y Vasquez, 2011). De esta manera, los terapeutas sustentan su papel en función del beneficio de los otros. Por dicho motivo, esta meta se incluye en los Códigos Deontológicos. Beneficiar a otras personas es una demanda lógica y, por tanto, un principio ético importante (Tjeltveit, 2006).

Según Howe (1993) los clientes cuentan una historia sobre sus experiencias terapéuticas caracterizada por tres temas principales: *acéptame, comprendeme y habla conmigo*. Además, los clientes describen al terapeuta “agradable” en función de seis temas: aquel que conforta; los buenos terapeutas son gente real; la calidad de la relación; gustar y gustarles; verdad y honestidad; y apoyo y estar allí (Howe, 1993, p. 21). Por tanto, los futuros psicoterapeutas deben darse cuenta de que deben satisfacer estas expectativas de los clientes. Por otro lado, esto no es una tarea fácil. La práctica del terapeuta debe guiarse por pensar y planificar cuidadosamente qué

hacer en psicoterapia. Su responsabilidad no recae, solamente, en estar bien formados, como una justificación para la confianza y el cuidado. Cuidar del cliente no se puede desarrollar sin una sintonización sensible y responsiva (Stiles, Honos-Webb y Surko, 1998) a las demandas del cliente. Este trabajo no se puede llevar a cabo sin dolor ni sufrimiento. Por decirlo de otra manera, los clientes primero se sienten peor, para después sentirse mejor (Stiles, Osatuke, Glick y McKay, 2004). Por consiguiente, los terapeutas deben cuidar del cliente considerando, cuidadosamente, sus consecuencias.

De esta manera, podemos asumir que un buen terapeuta es aquel capaz de profundizar en las necesidades de su cliente y tratarlas adecuadamente. Sin embargo, esto significa que los clientes deben sentirse cómodos en terapia, confiando en sus terapeutas, como una forma de justificar profundizar en su sufrimiento (o, sentirse peor, antes de sentirse mejor). Así se abre la puerta a la complejidad de sus vidas (Messer, 2006). La exigencia ética de dar cuidados se logra, sólo, cuando esta puerta se abre.

Hay que cuidar cómo tratamos las necesidades de los clientes, ya que las personas que acuden a terapia están en un estado de vulnerabilidad, o como Frank (1974) afirmó, *desmoralizados*. Esta vulnerabilidad no sólo se relaciona con describir al cliente como “roto”, como un “rompecabezas”, como “vacío”, etc, o como un “alma fragmentada” que necesita ayuda y una guía cuidadosa (Caro Gabalda, 2018). Tiene que ver también con elementos tan importantes para el contexto de la ética, que requieren tratarse con cuidado. Los clientes son la parte que confía, que presenta el problema, que revela información confidencial, idealiza a sus terapeutas, y sufre estrés por el proceso de tratamiento (Gutheil, Jorgenson y Sutherland, 1992).

Aunque se permite que los terapeutas profundicen en el alma del cliente, su bienestar se define de manera diferente según el enfoque. Esto significa que cada foco terapéutico, en diferentes modelos, se construye de forma distinta.

Como ejemplo, podemos comparar las diferencias sobre cómo se resuelve el tema de la razón y la emoción en el campo de las psicoterapias cognitivas. Las terapias modernistas tradicionales, como las de reestructuración, tienden a favorecer la razón frente a la emoción, mientras que las constructivistas favorecen la emoción frente a la razón (Caro Gabalda, 1995b; Mahoney, 1991). Es decir, hay un conflicto entre la tradición filosófica del Romanticismo en la que las emociones son el foco de respeto y preocupación, con la tradición de la Ilustración que considera que las emociones deben regularse (Fowers, 2005). Igualmente, esto se puede relacionar con la manera de tratar emociones y pensamientos en las terapias clásicas (¡logremos su control!) vs. cómo se tratan, como se ha comentado anteriormente, en el mindfulness y en los enfoques contextuales, o en el constructivismo, donde se conceptualizan las emociones como importantes fuentes de conocimiento (Mahoney, 1991). De nuevo, un ejemplo de un foco diferente, apropiado o no según el enfoque.

Estas diferencias sobre razón vs. emoción se pueden comprender desde una

perspectiva ética que implica, al mismo tiempo, un punto de vista sobre un tipo de persona diferente. Si seguimos a Richardson (2012) en sus reflexiones sobre la ética de la virtud, establecida por Fowers (2005), podemos trascender esta dicotomía. Dice Richardson (2012):

“Se supone que las emociones revelan el “tipo de persona que uno es” (Fowers, 2005, p. 44) y el estado actual de sus “puntos fuertes de carácter” (p. 9) o las excelencias vitales. El desarrollo del carácter implica educar las propias emociones, sin juzgar y sin coaccionar, de manera “que sean consistentes con actuar bien” y con organizar una parte importante de la experiencia sobre lo que uno considera que es el mejor tipo de vida. Aquella persona que haya cultivado tales excelencias caracterológicas puede actuar “con la emoción, el pensamiento y la acción estando en concordancia”, haciendo posible un grado de “continuidad, totalidad, y crecimiento” (p. 66) a lo largo de su vida” (p. 28).

Finalmente, no podemos olvidar que la terapia es una teoría. Brevemente, esto significa que está relacionada con elementos culturales y sociales importantes sobre los seres humanos. Como una teoría sobre los seres humanos (Robinson, 1997; Rychlak, 2003) la terapia reflexiona sobre el tipo de vida que los seres humanos deben vivir; cuál es el “mejor” tipo de vida para ellos; cuál es el tipo de identidad que deben buscar y promulgar; los medios permitidos para que algunas personas influyan en las vidas de los demás, y cuáles pueden ser, finalmente, las metas terapéuticas adecuadas. Sin embargo, esta cuestión sobre lo que es bueno o malo se responde de maneras diversas, aunque, desde nuestra perspectiva, está basada sobre un importante supuesto. De esta manera, la terapia es más que el tratamiento de los síntomas de los clientes o de sus trastornos (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; Smith, 2009). Entonces, las cuestiones teóricas y filosóficas implícitas se deben aclarar, en lugar de darlas por sentado (Pérez Álvarez y García Montes, 2017; Woolfolk y Richardson, 2008). Lo que es bueno, malo, cuáles son las obligaciones, virtudes, etc. de los terapeutas, relacionado todo ello con el cuidado de sus clientes, son elementos centrales de la práctica psicoterapéutica (Tjeltveit, 2004).

El poder en psicoterapia

Tal y como se ha definido en los apartados anteriores, a los terapeutas se los trata como estando capacitados para su papel y como profesionales cuyas sugerencias, directrices o guías se deben seguir. Los terapeutas poseen las licenciaturas adecuadas, una formación específica y una licencia profesional que aumenta su credibilidad y autoridad, facilitándoles la posibilidad de servir como agentes del cambio comportamental (Foote, 2011).

Los terapeutas deben usar su poder con destreza al cuidar de sus clientes y al ser responsables de la confianza que los clientes y la sociedad les otorgan (Pope y Vasquez, 2011). Esto es muy relevante cuando “..... al terapeuta se lo nombra y se lo percibe como el que está cualificado, el que sabe, el que posee una super-salud,

cuyos poderes, aparentemente, bordean la telepatía, y que tiene la llave para salir de la desgracia” (Feltham, 2017, p. 150).

Por tanto, los clientes pueden considerar que sus terapeutas poseen un gran poder. Este poder se observa en áreas diferentes. El poder para adscribir palabras y definir, o el poder para adscribir etiquetas diagnósticas, es especialmente relevante. Como describió Cushman (1992):

“cada sociedad o cada era se puede estudiar según los juicios históricos relacionados con, a) la configuración predominante del sí mismo, b) las enfermedades que afectan, de forma característica, al sí mismo, c) las instituciones o medios oficiales responsables de la cura de dichas enfermedades, y d) las tecnologías que las instituciones privadas o los que practican la psicoterapia han empleado para curar las enfermedades características de este sí mismo” (p. 24).

Todo ello se deriva de que la causa o la explicación de los problemas de los seres humanos, cómo evaluar y cómo superar estos problemas está a la base de las teorías y de las decisiones terapéuticas (Gergen y Kaye, 1992). Así, el poder para adscribir etiquetas diagnósticas debe emplearse a partir de una reflexión ética, profunda que, desde el punto de vista reflejado en este artículo, se puede desarrollar mejor si situamos la comprensión de las decisiones psicoterapéuticas en un contexto social y cultural.

Por ejemplo, en función de la clase social, la cleptomanía se consideraba un trastorno mental cuando la mujer pertenecía a una clase social alta, y un robo cuando la mujer pertenecía a una clase baja. La construcción de la misma situación era diferente según la clase social (Parker et al., 1995). La historia de la psicopatología y de la psicoterapia está plagada de tales ejemplos (véase, Woolfolk y Murphy, 2004; Woolfolk y Richardson, 2008).

Higginbotham, West y Forsyth (1988) plantearon que cualquier enfermedad o cualquier serie de síntomas psicológicos eran parte de la experiencia humana y se convertían en objetos de la acción humana, sólo cuando las personas les adscribían significado, a través del lenguaje. En segundo lugar, cada categoría de enfermedad es un producto cultural, basada sobre las teorías y las redes de significado empleadas para interpretar y comunicar los síntomas específicos. Finalmente, cada práctica clínica se sustenta sobre una interpretación. Cada terapeuta, con independencia de su enfoque, comprende y enmarca los síntomas, experiencias, conductas, etc., de los clientes. El terapeuta sitúa el foco en algunos elementos. Algunos se consideran básicos o centrales, otros marginales, y otros como no tan relevantes. Se hacen abstracciones y el terapeuta se implica en un proceso continuo de traducción a través de distintos sistemas de significado. Como muestra la historia de la psicoterapia (Robinson, 1976), esto depende del momento histórico concreto. Esta cuestión afecta al terapeuta y al cliente, por igual. Los clientes interpretan los significados que los terapeutas dan a sus problemas, lo que les facilita construir nuevos significados sobre lo que les está sucediendo.

Por tanto, cada práctica psicoterapéutica no puede separarse de un contexto de significados negociados, tal y como muestran los códigos éticos. Por ejemplo, desde la perspectiva de la *ética conversacional* (Strong y Sutherland, 2007) las conversaciones y diálogos de los clientes y los terapeutas, y el trabajo terapéutico conjunto deben sintonizarse adecuadamente. Es decir, la práctica ética supone no sólo usar nuestro conocimiento profesional, sino llevarla a cabo, tal y como Stiles et al. (1988) definieron, de manera *responsiva*. Además, esto no puede separarse del lenguaje. Es decir, la práctica psicoterapéutica se asocia con una *ética del contenido* (lo que se debe, o no, hacer; por ejemplo, romper la confidencialidad), y también con una *ética conversacional* (un razonamiento práctico y formas de hablar con los clientes específicas a cada situación). Entonces,

“.... Los psicólogos trabajan de forma relacional y contextualmente responsivas, sustentadas en su ética y su conocimiento.... Los psicólogos, en su interacción profesional, se enfrentan a tensiones éticas al balancear su conocimiento profesional e intenciones, con las intenciones y preferencias de los clientes” (Strong y Sutherland, 2007, p. 95).

En consecuencia, los terapeutas deben reconocer que su poder implica nombrar, definir y seleccionar las mejores maneras de trabajar con los problemas de los clientes. Por tanto, los terapeutas tienen el poder del conocimiento y de qué factores afectan a los seres humanos y la mejor manera de producir cambios en ellos (Pope y Vasquez, 2011).

Conclusión

Según Owen (1992) los terapeutas se relacionan con sus clientes desde sus explicaciones terapéuticas, que ofrecen un contexto, implícito y que se da por sentado o justificado, en relación a su práctica. Las teorías psicológicas y psicoterapéuticas, al igual que cualquier otro tipo de teoría, no son perfectas. Si no se reconocen los problemas dentro de ellas, permanecerán, sin duda, incuestionados.

Además, el poder socialmente adscrito a los terapeutas facilita que éstos estén en terapia como la persona fuerte, frente al cliente que sería la débil (Avia Aranda, 2018; Gergen y Kaye, 1992). Este supuesto puede sesgar el trabajo terapéutico y tiene una gran influencia sobre cómo manejan los terapeutas su poder y cómo justifican su práctica con la única meta de ofrecer un contexto de confianza y de búsqueda del bienestar y cuidado, profundos, de los clientes.

Muchas teorías psicoterapéuticas pueden fracasar si no se reflexiona críticamente sobre las acciones de los terapeutas en las vidas de sus clientes. Además, muchos terapeutas pueden fallar si no hacen tal tipo de reflexión. Curiosamente, los terapeutas no suelen reflexionar sobre sus teorías y sobre cómo se construyen, cuando, con mucha frecuencia, piden a sus clientes que cambien las suyas.

La respuesta a la pregunta de por qué el terapeuta puede situarse desde una perspectiva de autoridad es porque el conocimiento es un producto social. Es decir,

como la historia y la evolución de lo que es la salud mental y la forma de enfocar dichos problemas nos enseña y recuerda, las representaciones científicas son una consecuencia de la comunidad científica que negocia, compite o conspira y acuerda. No debemos tomar como inequívocos nuestros mapas terapéuticos.

La formación adecuada de los terapeutas es una de las principales responsabilidades éticas de los implicados en ella. Brevemente, esta formación debe incluir la parte técnica, así como la teórica, o las teorías sobre su trabajo y sobre cómo aplicar dicho conocimiento. Sin embargo, debe existir un nivel más elevado de abstracción y de reflexión sobre el contenido y el contexto de esta formación. Los terapeutas deben reflexionar sobre sus antecedentes, o sobre los orígenes históricos y socioculturales de su trabajo, que lo justifican y lo facilitan con sus consecuencias implícitas y explícitas. Hay una necesidad ética de pensadores más críticos.

Referencias bibliográficas

- Avia Aranda, M^a D. (2018). "La casa de juegos" o la importancia en la terapia de la vida personal del terapeuta. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Cine, metáforas y psicoterapia* (pp. 97-106). Madrid, España: Pirámide.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Londres, Reino Unido: Penguin.
- Bohart, A. C. y Greaves Wade, A. (2013). The client in psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed.) (pp. 219-257). Nueva Jersey, NJ: John Wiley and Sons.
- Brandsma, R. (2017). *The mindfulness teaching guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Caro Gabalda, I. (1995a). La psicoterapia en una sociedad postmoderna. *Revista de Psicoterapia*, 6(24), 29-44. Recuperado de: <https://bit.ly/2JyBp2c>
- Caro Gabalda, I. (1995b). Pasado, presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro Gabalda, I. (1999). Un enfoque postmoderno sobre la salud mental y la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 10(37), 31-50. Recuperado de: <https://bit.ly/2LdKLsa>
- Caro Gabalda, I. (2015). The subject in cognitive psychotherapy. *Anales de Psicología*, 31, 379-389. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.200201>
- Caro Gabalda, I. (2018). Conclusión: Cine, metáforas y psicoterapia. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Cine, metáforas y psicoterapia* (pp. 317-338). Madrid, España: Pirámide.
- Clarkson, P. (2005). Values, ethics and the law: a story with some morals. En N. Tottom (Ed.), *The politics of psychotherapy* (pp. 97-107). Maidenhead, Reino Unido: Open University Press.
- Connor, D. R. y Callahan, J. L. (2015). Impact of psychotherapist expectations on client outcomes. *Psychotherapy*, 52, 351-362. <https://doi.org/10.1037/a0038890>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP, 2018). *Código Deontológico del Psicólogo*. Recuperado de: <http://www.cop.es/index.php?page=codigo-deontologico>
- Consumer Reports (1995, Noviembre). Mental health: Does therapy help? 734-739.
- Cushman, P. (1992). Psychotherapy to 1992: A historically situated interpretation. En D. K. Fredheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 21-64). Washington, DC: APA.
- Cushman, P. (2002). How psychology erodes personhood. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 22, 103-113. <http://dx.doi.org/10.1037/h0091217>
- David, D., Cristea, I. y Hofman, S.G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-3. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004>
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 115-125. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332257>

- Elliott, R. (2008). A linguistic phenomenology of ways of knowing and its implications for psychotherapy research and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 40-65. <https://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.18.1.40>
- Feltham, C. (2017). Client experiences. En C. Feltham, T. Hanky y L. A. Winter (Eds.), *The Sage handbook of counselling and psychotherapy* (pp. 149-159). Londres, Reino Unido: Sage.
- Foote, W. E. (2011). On duty, power and informed consent in relation to termination in psychotherapy. *Professional Psychology*, 42, 165-167.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller and punir*. Paris, Francia: Gallimard.
- Fowers, B. (2005). *Virtue ethics and psychology: Pursuing excellence in ordinary practice*. Washington, DC: APA.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frank, J. D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (3ª Ed). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Gabriel, L. (2005). *Speaking the unspeakable. The ethics of dual relationships in counselling and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Gergen, K. G. (1991). *The saturated self*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Gergen, K. G. (2000). The coming of creative confluence in therapeutic practice. *Psychotherapy*, 37, 364-369. <https://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.37.4.364>
- Gergen, K. G. y Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of meaning. En S. McNamee y K. G. Gergen (Eds.), *Therapy as a social construction* (pp. 166-187). Londres, Reino Unido: Sage.
- Germer, C. K. (2013). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (2ª ed.) (pp. 3-35). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B. y Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy*, 38, 455-461. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.455>
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Gutheil, T., Jorgenson, L. y Sutherland, P. (1992). Prohibiting lawyer-client sex. *Bulletin of the Academy of Psychiatry and Law*, 20, 365-382.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. <https://bit.ly/2XIhUNN>
- Henry, W. P. (1998). Science, politics, and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-140. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332267>
- Higginbotham, H. N., West, S. G. y Forsyth, D. R. (1988). *Psychotherapy and behavior change. Social, cultural and methodological perspectives*. Nueva York, NY: Pergamon Press.
- Howe, D. (1993). *On being a client*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Jenkins, P. (2002). *Legal issues in counselling and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York, NY: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1999). Indra's net at work: The mainstreaming of dharma practice in society. En G. Watson, S. Batchelor y G. Claxton (Eds.), *The psychology of awakening: Buddhism, science and our day-to-day lives* (pp. 225-249). Londres, Reino Unido: Rider.
- Koocher, G. P. (2007). Twenty-first century ethical challenges for psychology. *American Psychologist*, 62, 375-384. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.5.375>
- Kvale, S. (1992). Postmodern psychology: A contradiction in terms? En S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 31-57). Londres, Reino Unido: Sage.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. Nueva York, NY: Basic Books.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Sage.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Sage.
- McLeod, J. (2012). What do clients want from therapy? A practice-friendly review of research into clients preferences. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14, 19-32. <https://bit.ly/2XO3qMj>
- McNamee, S. y Shawver, L. (2004). Therapy as social construction. Back to basics and forward toward changing issues. Sheila McNamee with conversational partner Lois Shawver. En T. Strong y D. Paré, *Furthering talk* (pp. 253-270). Nueva York, NY: Springer.
- Messer, S. B. (2006). What qualifies as evidence of effective practice?: Patient values and preferences. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health* (pp. 32-39). Washington, DC: APA.

- Morgan, S. P. (2013). Practical ethics. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (2013). *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 112-129). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy*, 47, 12-19. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018849>
- Owen, I. R. (1992). Applying social constructionism to psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 5, 385-402. <http://dx.doi.org/10.1080/09515079208254483>
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T. y Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2007). The Charcot effect: The invention of mental illnesses. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 309-336. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530701503843>
- Pilgrim, D. (1997). *Psychotherapy and society*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Pope, K. S. y Vasquez, M. J. T. (2011). *Ethics in psychotherapy and counselling* (4ª ed.). Nueva Jersey, NJ: John Wiley and Sons.
- Prilleltensky, I. (1997). Values, assumptions, and practices. *American Psychologist*, 52, 517-535. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.517>
- Richardson, F. C. (2012). On psychology and virtue ethics. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 32, 24-34. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026058>
- Robinson, D. N. (1976). *An intellectual history of psychology*. Madison, WI: The University of Wisconsin Press.
- Robinson, D. N. (1997). Therapy as theory and civics. *Theory & Psychology*, 7, 675-681. <https://bit.ly/2FTL02w>
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. y Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implication for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 347-354. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>
- Rychlak, J. F. (2003). *The human image in postmodern America*. Washington: APA.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Segal, Z., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Segovia, S. (2017). *Mindfulness: un camino de desarrollo personal*. Bilbao, España: DDB.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Slife, B. D. y Williams, R. N. (1995). *What's behind the research? Discovering hidden assumptions in the behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Smith, K. R. (2009). Psychotherapy as applied science or moral praxis: The limitations of empirically supported treatment. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 29, 34-46. <https://bit.ly/2LFr0UQ>
- Stiles, W. N., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 439-458. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J. y Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. En H. H. Hermans y G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). Nueva York, NY: Brunner-Routledge.
- Strong, T. y Sutherland, O. (2007). Conversational ethics in psychological dialogues: Discursive and collaborative considerations. *Canadian Psychology*, 48, 94-105. <http://dx.doi.org/10.1037/cp2007011>
- Tjeltveit, A. C. (2004). The good, the bad, the obligatory, and the virtuous: The ethical contexts of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 149-167. <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.14.2.149>
- Tjeltveit, A. C. (2006). To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy*, 43, 186-200. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.186>
- Van Broeck, N. y Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care. A review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*, 13, 53-63. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.13.1.53>
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309712331331853>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapeutic debate. The evidence for what makes psychotherapy works*. Nueva York, NY: Routledge.
- Woolfolk, R. L. (1992). Hermeneutics, social constructionism and other items of intellectual fashion: Intimations for clinical science. *Behavior Therapy*, 23, 213-223. <https://bit.ly/2Jp2h4I>
- Woolfolk, R. L. y Murphy, D. (2004). Axiological foundations of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 168-191. <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.14.2.168>

- Woolfolk, R. L. y Richardson, F. C. (2008). Philosophy and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 25-39. <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.18.1.25>
- Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy. Ethical and clinical explorations*. Washington, DC: APA.



MANUEL VILLEGAS

PSICOLOGÍA DE
LOS SIETE PECADOS
CAPITALES

Herder

SENTIMIENTO DE CULPA DEONTOLÓGICO Y SENTIMIENTO DE CULPA ALTRUISTA: UNA TESIS DUALISTA

DEONTOLOGICAL GUILT AND ALTRUISTIC GUILT: A DUALISTIC APPROACH

Francesco Mancini^{1,2} y Amelia Gangemi³

¹Scuola de Psicoterapia Cognitiva-SPC, Roma, Italia

²Università Guglielmo Marconi, Roma, Italia

³Dipartimento di Scienze Cognitive, Università di Messina, Messina, Italia

Este artículo fue publicado en italiano en su versión original. Citar la versión original:

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mancini, F., & Gangemi, A. (2018). Senso di colpa deontologico e senso di colpa altruistico: una tesi dualista. *Giornale italiano di psicologia*, XIV(3), 483-510. <http://dx.doi.org/10.1421/92800>

Resumen

En este artículo planteamos la tesis de la existencia de dos sentimientos de culpa bien distintos entre sí: el sentimiento de culpa deontológico y el sentimiento de culpa altruista. La tesis dualista se contrapone a las tesis tradicionales monistas que aparecen en la literatura sobre la culpa (por ejemplo, en los enfoques intrapsíquicos o psicoanalíticos vs. los interpersonales). Defendemos que los dos sentimientos de culpa son distintos por algunas características fundamentales, presentando las pruebas de esta diferencia: pruebas conductuales, cognitivas e incluso neuronales y neurofisiológicas. Señalamos finalmente, como estos dos sentimientos de culpa se conectan con otras funciones mentales y con otras emociones. El sentimiento de culpa altruista, en efecto, se halla estrechamente conectado con la pena, con la empatía y la ToM (Theory of Mind), mientras que el deontológico se lo está con el asco, y casi se sobrepone a él. Una posible implicación importante de la tesis que aquí se sostiene es que los dos sentimientos de culpa pueden originarse a partir de dos recorridos evolutivos diversos. El sentimiento de culpa altruista (i.e., la moral altruista) podría derivarse de la motivación por el cuidado, mientras que el sentimiento de culpa deontológico (i.e., la moral deontológica), podría provenir del asco.

Palabras clave: *sentimiento de culpa, sentimiento de culpa altruista, sentimiento de culpa deontológico, normas morales, asco.*

Abstract

In this paper we will argue the existence of two distinct feelings of guilt: altruistic guilt and deontological guilt. We contrast our thesis with more traditional and earlier approaches (e.g. Interpersonal vs. intrapsychic or psychoanalytic), describing guilt as a unique kind of feeling. We will show that the two guilt feelings can be distinguishable with reference to behavioral, cognitive and neurophysiological aspects. Moreover, we will demonstrate that they are differently related to other processes and emotions. Altruistic guilt is connected with pain, empathy and ToM. Deontological guilt is strongly related to disgust. A possible relevant implication of our thesis is that the two guilt feelings could have two different evolutionary origins. Altruistic guilt could come from the motivation of caring, while deontological guilt could come from the motivation of repelling and avoiding disgusting substances.

Keywords: *guilt feeling, altruistic guilt, deontological guilt, moral norms, disgust.*

Fecha de recepción: 21 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 23 de abril de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: gangemia@unime.it

Dirección postal: Amelia Gangemi, Dipartimento di Scienze Cognitive, Università di Messina, Via Concezione, 6-8. 98121- Messina (Italia)

© 2019 Revista de Psicoterapia



1. Introducción

Imaginemos un médico que tiene que decidir si administrar o no un fármaco letal a un paciente terminal, a fin de acabar con un sufrimiento inútil.

Imaginemos, a continuación, un médico que debe decidir si interrumpir la respiración artificial a un paciente en coma, que no tiene ninguna esperanza de sobrevivir. La interrupción implicará inevitablemente la muerte.

Imaginemos que en ambos casos, el paciente no esté en situación de tomar una decisión y que ni siquiera haya dejado indicaciones sobre qué hacer en un caso como éste y que no se pueda localizar ningún pariente próximo. La responsabilidad, pues, recae íntegramente sobre la persona del médico.

Estos dilemas dramáticos se plantean no raramente en la vida cotidiana y son objeto de encendidos debates éticos y políticos, como es de esperar que suceda cuando se discute de aspectos cruciales de la existencia.

Naturalmente no nos proponemos tomar posición sobre cuestiones tan graves, puesto que asumimos una perspectiva psicológica moralmente neutral. Desde este punto de vista queda claro que los dos dilemas son muy distintos entre sí. Para un médico, en efecto, resulta más fácil tomar la decisión de interrumpir el soporte vital, la intervención artificial que se opone al curso natural de la enfermedad y abandonar el paciente a un destino inevitable (segundo caso), que suministrarle un fármaco letal (primer caso), es decir intervenir activamente para precipitar su muerte (Hauser, 2006).

Tomemos ahora otro caso de gran actualidad, que aparece con frecuencia en las páginas de los periódicos o en las noticias, objeto de grandes debates. Muchos padres se oponen a vacunar a sus hijos, aun a sabiendas de que los riesgos de las vacunas son muy inferiores a los de la no vacunación. Según estos padres (y no solo), actuar causando un riesgo se considera moralmente más grave que dejar de hacerlo, aunque de este modo se derive un riesgo mayor.

Esta posición responde al conocido *omission bias*, bien estudiado en psicología social (Baron y Ritov, 1990). Según este principio, a igualdad de consecuencias, de conciencia y de intencionalidad, las omisiones se consideran moralmente menos graves que las acciones correspondientes. ¿De qué depende esta diferencia? ¿Por qué las acciones tienen mayor peso moral que las omisiones? Y, en consecuencia, ¿por qué algunos padres prefieren no actuar y, por tanto, no vacunar a sus hijos?

Las acciones implican, habitualmente, una asunción de responsabilidad mayor, ligada al cambio que la propia acción introduce en la marcha que el destino, la voluntad divina, el azar o la naturaleza hayan impreso a los acontecimientos. Las acciones, con mayor frecuencia que las omisiones, implican la transgresión de un principio deontológico de base, el *Not Play God* o, para los no creyentes, *Not Tamper With Nature* (Sunstein, 2005), es decir el principio intuitivo por el que el individuo no puede otorgarse el derecho de intervenir sobre la vida de otra persona o, más en general, sobre todo lo que aparece como formando parte del orden natural o, para los creyentes, divino, cuando tal derecho corresponde a Dios, al destino, a

la naturaleza o al azar. La transgresión del mismo principio, por ejemplo, se halla en la base de la condena moral que la iglesia católica hace del transexualismo (Benedicto XVI, 2013), que básicamente sería considerado un pecado contra natura. El pecado original es sin duda el ejemplo más evidente de transgresión del principio *Not Play God*. Se trataba de un desobediencia a una orden precisa dada por Dios que limitaba la libertad de decisión de Adán y Eva, prohibiendo una conducta concreta, la de comer la manzana.

La mente humana tiende a dar por supuesto que los individuos no pueden decidir a su antojo en todas las ocasiones, aunque tengan la posibilidad material de hacerlo, como en el caso de la eutanasia. Hacerlo, significa otorgarse un derecho que no le corresponde, querer ponerse al nivel de Dios, de árbitro de los acontecimientos, en una palabra, es un pecado de *Hybris*.

El reconocimiento de una transgresión del principio *Not Play God* aparece también en situaciones cotidianas y banales. Por ejemplo, imaginemos que nos hallamos en medio del tráfico, y mientras vamos siguiendo la cola, otro automovilista nos adelanta por el carril de emergencia, y se coloca delante de nosotros. Quien no sea particularmente tolerante, puede llegar a irritarse o a montar en cólera, aunque esto no implique para él ningún daño mínimamente relevante, dado que, el retraso que puede suponer es como mucho de fracciones de segundo. La cuestión es que para él se trata de prepotencia, es decir de una limitación de los propios derechos por parte de una persona no autorizada, como se pone de manifiesto en su dialogo interno “pero, ¿quién se ha creído que es este tío?”. Esta frase deja entrever la percepción de una violación del principio *Not Play God*. El otro no tiene el derecho de limitar mi autonomía a su antojo. Muy distinto sería el caso, si el otro automovilista pidiera permiso para entrar en la cola, en igualdad de retraso sufrido, o en el caso en que un agente de la autoridad nos hiciera parar para dejar pasar al otro.

Pero volvamos al conflicto sobre la eutanasia, y en consecuencia a los dos ejemplos referidos al principio de este artículo. Algunas personas considerarían moralmente no permitido suspender el soporte vital, y un número mayor de personas valoraría como inhumano suministrar el fármaco letal. Mientras que otras personas juzgarían moralmente permitido desenchufar la máquina y suministrar el fármaco letal. ¿De qué depende esta diferencia en la toma de decisiones?

Quienes se oponen a cualquier tipo de intervención sobre el paciente, declarándose contrarios tanto a la supresión de la asistencia vital como al suministro del fármaco letal, parecen guiarse precisamente por la idea de no querer violar el principio *Not play God*. En cambio, quienes valorarían como conveniente tanto desenchufar la máquina, como administrar el fármaco letal parece que se dejan guiar por una finalidad altruista/humanitaria: reducir el sufrimiento del otro, que para ellos pesa más que el *Not Play God*.

La finalidad de reducir el sufrimiento del otro, implica entre otras cosas, que si el otro se halla en dificultad, entonces nos aproximamos físicamente o participamos emotivamente en su suerte, para compartir tanto la propia suerte como sus

desgracias. El pecado original es un buen ejemplo prototípico de la transgresión del principio *Not Play God*, y en consecuencia, también de las normas morales que derivan de él, y, por tanto, en último análisis de lo que de ahora en adelante llamaremos *sentimiento de culpa deontológico*. El sentimiento de culpa del superviviente (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994) que describiremos con mayor detalle más adelante, en cambio, es un buen prototipo de lo que llamaremos *sentimiento de culpa altruista*, en particular de la transgresión de la finalidad altruista, que motiva a aproximarse al otro cuando se encuentra con problemas y a compartir su suerte.

2. Nuestra Tesis

La tesis que intentamos sostener y argumentar en este artículo es que existen dos sentimientos de culpa distintos entre sí: el sentimiento de culpa deontológico y el sentimiento de culpa altruista. Ciertamente, la mayor parte de los sentimientos de culpa experimentados en la vida cotidiana se componen de ambos sentimientos de culpa. No obstante, la existencia de sentimientos de culpa deontológicos puros, como el caso del pecado original, y de sentimientos de culpa altruistas puros, como el sentimiento de culpa del superviviente, sugieren que existen dos ingredientes diferentes que contribuyen a la experiencia de los sentimientos de culpa más frecuentes.

En efecto, muchos de los sentimientos de culpa que experimentamos en la vida ordinaria derivan de la asunción de haber transgredido una norma moral y de no habernos comportado de manera altruista, por ejemplo dañando los demás. Estos dos supuestos pueden actuar independientemente. Es posible sentir sentimientos de culpa por la violación de un principio altruista sin transgresión de una norma moral (culpa altruista), así como también es posible sentir un sentimiento de culpa por la transgresión de una norma moral sin que exista una víctima (culpa deontológica). La confusión habitual entre ambas emociones, dado que se utiliza el mismo nombre de culpa para indicirlas, puede depender del hecho que ambos sentimientos de culpa habitualmente se hallan mezclados en la mayor parte de las culpas que las personas experimentamos en la vida cotidiana, lo que puede depender a su vez del hecho que la mayor parte de las normas deontológicas contemplan igualmente el bien de los demás.

Sin embargo, tal como se plantea en los ejemplos considerados más arriba, los dos sentimientos de culpa son diversos por algunas características fundamentales, que describiremos en este artículo en el que presentaremos también las pruebas de esta diferencia. Existen, de hecho, numerosas pruebas de que se trata de dos sentimientos de culpa independientes uno del otro: pruebas comportamentales, cognitivas así como, neuronales y neurofisiológicas. Existen igualmente pruebas que muestran que estos dos sentimientos de culpa tienen conexiones diversas con otras funciones mentales y con otras emociones. El sentimiento de culpa altruista, de hecho, se halla estrechamente conectado con la pena, con la empatía y con la ToM

(teoría de la mente), mientras que el deontológico se halla íntimamente conectado con el asco, casi sobrepuesto a él.

La nuestra es pues una tesis dualista que se contrapone a las tesis tradicionales monistas que se encuentran en la literatura sobre el sentimiento de culpa.

3. Las Tesis Monistas sobre el Sentimiento de Culpa

Las tesis monistas se pueden reducir a tres grandes corrientes. Pertenecen a la primera los teóricos del llamado sentimiento de culpa *intrapésíquico*, cuyo representante más influyente es Freud que sostenía el sentimiento de culpa derivado del conflicto entre las diversas instancias postuladas por él: Ello Ego y Superego. Los ingredientes del sentimiento de culpa, se consideraban todos intrapésíquicos en un sentido fuerte: el sentimiento de culpa como expresión de un conflicto interno del individuo. Es interesante observar que, de acuerdo con esta perspectiva, todos los sentimientos de culpa podrían reducirse a un conflicto interno. Incluso el sentimiento de culpa de la buena suerte/del superviviente se reconduce a un conflicto intrapésíquico entre deseos inconscientes de dañar a la víctima y la norma superyoica que condena tales deseos, aunque en este sentimiento de culpa no aparezca ninguna transgresión de normas, ni intención de dañar, y todavía menos, ninguna acción ni omisión perjudicial que tenga un papel causal. Para dar cuenta del sentimiento de culpa, la tesis intrapésíquica recurre, por tanto a una hipótesis *ad hoc* colocando el deseo transgresor de dañar a la víctima en el inconsciente.

Para los defensores de la segunda perspectiva, la *interpersonal*, la culpa se ve como derivada del altruismo, miedo a dañar a los demás, ligada al mantenimiento del apego (O'Connor, Berry y Weiss, 1999). Interesante observar que igualmente la perspectiva interpersonal propone una concepción monista del sentimiento de culpa, es decir que incluso los sentimientos de culpa en que no parece existir una víctima podrían en definitiva reconducirse a la dimensión interpersonal. El sentimiento de culpa del superviviente constituye el prototipo de los sentimientos de culpa.

La tercera perspectiva, también monista, está representada por Prinz y Nichols (2010) quienes sostienen que para sentir sentimiento de culpa, al menos el prototípico en nuestra actual cultura occidental, se necesita tanto la transgresión de una norma introyectada, como la presencia de una víctima, y por tanto la representación del sufrimiento del otro. Es indudable que los ejemplos más inmediatos y comunes de sentimiento de culpa presentan las características resumidas por Prinz y Nichols. Es igualmente indudable, que existen ejemplos de sentimiento de culpa que no parecen corresponder a este prototipo, o al menos no fácilmente. El sentimiento de culpa del superviviente, o de la buena suerte, es reconducible al sentimiento de culpa prototípico solo a condición de asumir que el culpable crea haber violado una norma que prescribe compartir los propios *beneficios* con quien los merezca igualmente (i.e., norma moral que prescribe la equidad).

En conclusión, la perspectiva intrapésíquica y la interpersonal recogen la existencia de sentimientos de culpa distintos entre sí, pero no reductibles unos a

otros. La mayor parte de los sentimientos de culpa sentidos actualmente en nuestra cultura son en cambio reconducibles al prototipo de Prinz y Nichols, y por tanto implican tanto un daño contra otros individuos como transgresiones de normas morales.

Tal como planteamos en nuestra posición dualista, son posibles sentimientos de culpa sin transgresión de normas morales (culpa altruista) y sentimientos de culpa sin daño causado (culpa deontológica).

4. El Sentimiento de Culpa Altruista

Para experimentar el sentimiento de culpa altruista se hace necesaria la suposición de no haber infringido con una acción/omisión una finalidad altruista y la suposición que se podría haber actuado de otro modo. Como veremos en detalle más adelante, una finalidad altruista es una finalidad terminal que tiene dos contenidos: el bien del otro y la proximidad con el otro, si se halla en dificultad (cfr. Parisi, 1977). El sentimiento de culpa altruista consiste en un sentimiento de pena y de angustia por la víctima; el diálogo interno es del tipo: “pobre amigo, cuánto sufre”, “¿qué puedo hacer por él?” (Basile y F. Mancini, 2011) implica la tendencia a aliviar el sufrimiento de la víctima a cuenta propia. Consideremos dos ejemplos:

“Fui ingresado en un hospital a causa de graves síntomas. Durante este tiempo compartí una habitación con otra persona y llegamos a hacernos amigos. Al cabo de diez días el doctor me indicó que ya estaba bien y que ya podía volver a casa. Mientras preparaba las maletas, mi amigo entró en la habitación. Estaba muy desanimado: el doctor le había diagnosticado un cáncer. Hoy en día todavía no puedo quitarme la idea que estaba por reemprender mi vida y él, en cambio, debía afrontar una experiencia terrible. Me sentía culpable por no haber compartido su destino” (Castelfranchi, 1994 p. 85).

En este ejemplo, al igual que en el siguiente, el sentimiento de culpa deriva del incumplimiento de una de las dos finalidades altruistas, el de la proximidad a la víctima, que se puede comprobar no solo en la proximidad física a la víctima, sino también en compartir las respectivas gracias y desgracias o, cuando esto no sea posible, participando en su dolor. O, incluso, compartiendo con el otro las propias alegrías. Por ejemplo, si un querido amigo sufre una grave pérdida, como la muerte de un padre, me siento motivado a acudir al funeral y manifestar proximidad afectiva y participación en su dolor, por lo que, siempre podría sentirme culpable si la noche del funeral me fuera a bailar. Contrariamente podría sentirme egoísta, si no comunicase a mis amigos una alegría mía, por ejemplo, mi boda.

“Estaba de guardia en mi departamento hospitalario cuando me han llamado de otro, donde había ingresado mi abuela. Me he dado cuenta enseguida que mi abuela había entrado en coma y se iba a morir. He decidido volver a mi despacho para avisar personalmente un paciente que no podría recibirlo aquel día. A la vuelta he comprobado que mientras tanto ya había muerto mi abuela. Pasados algunos días me siento todavía

muy en culpa por no haber estado a su lado, y no haberla acompañado dándole la mano mientras se moría”.

Este es un ejemplo de culpa altruista debida a la afectividad, en el que la culpa es causada por no haber estado próximo a la víctima.

En ambos ejemplos, el sentimiento de culpa deriva del incumplimiento de fines altruistas, en particular acompañar, compartir, participar en el sufrimiento de la víctima. No parece que se halle implicada la transgresión de una norma moral. Ambos protagonistas hubieran querido acompañar a la víctima, no por sentimiento del deber, sino por amistad y afecto. Obsérvese que ellos no habrían condenado a otra persona que se hubiese portado como ellos. Todo esto sugiere que su sentimiento de culpa no deriva del incumplimiento de una propia norma moral. Una norma, en efecto, para ser moral, tiene que ser universal, en el sentido que se asume que valga no solo para uno mismo, sino para todos los demás, independientemente de contingencias, como por ejemplo una relación afectiva (Pollo, 2008).

4.1 La disposición a la acción en la culpa altruista

La disposición a la acción en la culpa altruista parece moverse al menos en tres direcciones. Se orienta sobre todo plausiblemente a evitar otras culpas altruistas. En segundo lugar, se orienta al bien de la víctima anteponiéndolo al propio. En tercer lugar, se puede buscar la proximidad física o psicológica, y en consecuencia la participación, que se puede manifestar también con la merma de los propios recursos. Por ejemplo, es sabido que algunas personas pueden, sin darse cuenta, boicotear sistemáticamente sus propios esfuerzos puestos en marcha para alcanzar una meta, porque si tuvieran éxito esto aumentaría la distancia entre ellas, por ejemplo, y un hermano menos agraciado (Weiss, 1993).

La tendencia sistemática a evitar el éxito, característica de quienes se sienten en culpa altruista (Weis y Sampson, 1986), no parece tener, por tanto, una finalidad expiatoria, o de restablecimiento de la equidad (Castelfranchi, 1994; F. Mancini, 1997), sino más bien motivada por el deseo de no alejarse de la víctima.

No se conocen expresiones faciales específicas del sentimiento de culpa deontológica, como tampoco del sentimiento de culpa altruista. Las expresiones verbales, internas y externas, hacen referencia a la víctima, a su dolor, a su destino, así como a las propias acciones y omisiones. Por ejemplo, en una investigación reciente Basile y F. Mancini (2011) han utilizado para activar el sentimiento de culpa altruista frases del tipo: “¿Cómo he podido dejarla sola?”, “¿No he hecho nada para ayudarla!”, “Lo he dejado solo con sus problemas”, “Podía haberle dado una mano y en cambio no he movido un solo dedo”.

El sentimiento de culpa altruista provoca además un sentimiento de pena angustioso por la víctima, una inclinación a decir “lo siento”, y a focalizar la atención hacia la víctima que sufre, una actitud compasiva hacia el que sufre y finalmente una tendencia a aligerar los sufrimientos de la víctima a costa propia (Basile y F. Mancini, 2011).

4.2 ¿Qué diferencia existe entre pena y sentimiento de culpa altruista?

La pena es la emoción que se experimenta cuando se asume que otra persona ha sido dañada y sufre sin ser responsable y sin merecerlo. La pena acompaña a la activación de una motivación altruista. El sentimiento de culpa altruista es la emoción que se experimenta cuando no se da curso a la motivación altruista activada por la pena hacia el otro, a pesar de asumir que se podría haber hecho. Si se reconoce que no se podía activar la motivación altruista, o que se halla adecuadamente satisfecha, entonces se experimenta solamente pena o malestar por la víctima, pero no sentimiento de culpa (cfr. Castelfranchi, 1994, para el papel, en el sentimiento de culpa, del supuesto de la libertad de acción).

4.3 El papel de las asunciones a cerca de las propias acciones u omisiones

La activación de una finalidad altruista es una condición necesaria para experimentar el sentimiento de culpa altruista, pero no es suficiente. Es necesario, además, que se asuma haber infringido la finalidad altruista a través de una propia acción u omisión y de haber tenido la posibilidad de actuar de otro modo (Castelfranchi, 1994). En otras palabras, se siente culpa altruista si se reconoce que existían las condiciones activadoras del altruismo, pero no se ha actuado en consecuencia, a pesar de ser posible.

La valoración del nexo de causa, es decir si y en qué medida la propia acción/ omisión haya causado daño y sufrimiento al otro, y la valoración de si y en qué medida se hubiese podido actuar de otra forma, remiten a la activación altruista. Por esto, por ejemplo, si el daño o el sufrimiento del otro son elevados, el vínculo es muy estrecho y se asume una importante diferencia de suertes entre uno mismo y la víctima, es posible llegar a sentirse en culpa, aunque no esté mínimamente en condiciones de indicar lo que se podría haber hecho de otra manera para prevenir el daño de la víctima o para ayudarla. Nos consideramos culpables, solo porque no estamos en condiciones de excluir que se podría haber hecho algo útil, aunque no se sepa en concreto el qué. Un ejemplo es el sentimiento de culpa de un progenitor por una enfermedad grave de un hijo. El progenitor puede sentirse en culpa, aunque no sepa indicar en qué se ha equivocado y si hubiera podido actuar de otro modo, pero no está seguro de haber hecho todo lo posible para prevenir la enfermedad del hijo, o para advertirla a tiempo.

Está bien documentado que los procesos cognitivos, y entre ellos también las atribuciones causales, son dirigidos por las finalidades del sujeto (cfr. Lerner y Keltner, 2001), por lo que no es de extrañar que las valoraciones a cerca de la fuerza del nexo de causalidad y la disponibilidad de alternativas puedan verse influidas por las implicaciones altruistas. Por lo demás, gran número de estudios de psicología social, parecen coincidir en la idea que las valoraciones morales tienen un fuerte impacto sobre los juicios de atribución causal (Knobe y Doris, 2010).

4.4 Las motivaciones altruistas (si existen)

Como se ha venido diciendo hasta ahora, el sentimiento de culpa altruista depende del reconocimiento de haber incumplido una finalidad altruista/humanitaria propia. Es posible definir como “altruista” una finalidad si cumple ciertas características. En primer lugar el contenido: el más obvio es el bien de la otra persona. Un contenido menos obvio, que sin embargo resulta evidente en caso de lazos afectivos estrechos, es el deseo de proximidad con el otro, si tiene problemas (Parisi, 1997). Una segunda condición para considerar altruista una finalidad, es que sea terminal y no instrumental a otras finalidades no altruistas. Para poder hablar de altruismo, el bien del otro y la proximidad a él tienen que buscarse de forma desinteresada y no por una ventaja propia. Es importante observar, que procurar el bien de otra persona con el fin último de respetar una norma moral, no es un acto altruista. Como observan Prinz y Nichols: “*ayudar a alguien para cuidarlo es diferente, desde el punto de vista psicológico, que ayudar pensando que es esto lo que toca moralmente*” (Prinz y Nichols, 2010, p.113). Una tercera condición es que una finalidad, solamente es altruista, si implica un sacrificio, anteponiendo el bien del otro al propio. En el pensamiento común, un gesto se considera plenamente altruista si implica un coste, una renuncia, mientras que no se considera particularmente altruista dar a los demás lo superfluo o inútil.

Conviene distinguir los fines altruistas en dos subgrupos. Por una parte están los motivos que podríamos definir altruistas/afectivos que presentan la característica de estar personalizados, porque buscan el bien de un individuo concreto con el que se mantiene un lazo afectivo, de amistad o al menos un fuerte sentimiento de pertinencia común.

Por otra parte se deben considerar las motivaciones altruistas que buscan el bien del otro en general. Comúnmente se distingue afecto y altruismo, y se reserva este segundo vocablo para los casos en que se busca el bien del otro en general. A parecer nuestro, no existen diferencias entre los dos subgrupos. Porque el segundo es plausiblemente una derivación del primero, gracias a procesos de abstracción y generalización o gracias a complejos recorridos evolutivos (Tomasello, 2016).

Pero es preciso preguntarse: *¿existen realmente motivaciones altruistas?* Para responder a esta pregunta es necesario plantearse esta cuestión desde dos puntos de vista. El primero: como principio, ¿son posibles motivaciones realmente altruistas o, por el contrario, incluso las que nos parecen tales, son, en cambio, inevitablemente egoístas? La pregunta es legítima porque se podría defender que quien busca el bien de otra persona, en el fondo, persigue una finalidad propia y por tanto, en definitiva, persigue su propio bien. A esta objeción se puede responder con la observación de Castelfranchi (comunicación personal), según el cual existe una diferencia neta entre finalidad *propia* y finalidad *per se*: “...es ridículo confundir el hecho que un sistema *goal-directed/governed* por definición se regule por sus motivos, internos y autorreguladores (¿cómo podría ser si no?) ¿cómo puede un sistema autorregulado y no guidado desde el exterior perseguir (actuar por)

motivaciones no propias, en el sentido de no representadas internamente y autónomamente gestionadas, con el hecho que sea *egoísta*?”. “El hecho –obvio– que el agente esté *auto-motivado* o si se prefiere esté *self-interested*, solo significa que es (motivacionalmente) ‘autónomo’, movido por sus propias motivaciones y no hetero-dirigido (telecomandado o esclavo), no nos dice nada sobre si es ‘altruista’ o ‘egoísta’” (Castelfranchi, comunicación personal).

Una segunda objeción a la posibilidad de que existan motivaciones altruistas es que llevar a cabo finalidades altruistas implica consecuencias positivas para el agente que no tienen que ver con el otro, por ejemplo el sentimiento de satisfacción, un aumento de autoestima etc. Conviene aclarar en este punto un equívoco ya resuelto por Seneca:

“Tal vez tu –me dirás– cultivas la virtud únicamente porque esperas conseguir placer. Bien, para comenzar, el hecho que la virtud cause placer no significa que la busque por esto: el placer es solo una consecuencia, no la meta de nuestro esfuerzo: lo conseguiremos, pero mirando otro fin, que es precisamente la virtud. Como en un campo de trigo resaltan por aquí o por allí las amapolas – pero no es a estas florecillas, aunque agradables a la vista, a quienes se dirigía tanto esfuerzo (más bien era otra la finalidad del sembrador, las florecillas están de adorno) – de la misma manera el placer no es ni el premio ni la causa de la virtud, sino un elemento accesorio: el virtuoso no lo goza porque le cause deleite, sino que desde el momento que le causa deleite, se complace” (Seneca, De vita beata, IX).

Se podría objetar que buscar motivaciones altruistas otorgue, de todos modos, ventajas de vuelta, por ejemplo, en términos de reciprocidad, de mayor solidez del grupo de pertenencia, de mayor probabilidad de supervivencia de los propios genes. Estos efectos objetivos pueden contribuir también a reforzar la probabilidad de que se seleccionen individuos que se preocupan del bien de los demás, pero eso no implica que quien busca una finalidad altruista lo haga pensando en estos resultados.

A este propósito parece oportuno citar a Warneken y Tomasello (2009) que señalan:

“la distinción clásica entre causación última (ultimate causation), la función evolutiva de un comportamiento en términos de costes y beneficios para el bienestar físico y causación próxima (proximate causation), por ejemplo los mecanismos cognitivos y motivacionales que producen un comportamiento. Se puede rechazar el altruismo como causación última, pero continuar aceptando la idea de que estamos motivados altruistamente para ayudar a los otros en caso de necesidad. En particular, aunque las acciones de altruismo tengan con mucha probabilidad beneficios a largo plazo incluso para quien ayuda (a través de los mecanismos indirectos como la reciprocidad, la reputación, o la pertenencia al grupo), el comportamiento está motivado por las necesidades del otro, y no por la anticipación de los beneficios futuros”.

En conclusión, no existen motivos *a priori* para negar la posibilidad de que existan auténticas finalidades altruistas.

La segunda cuestión que debemos afrontar nace de esta primera conclusión. Dado que no existen motivos para excluir *a priori* la posibilidad de que haya objetivos realmente altruistas, se puede preguntar si existen en verdad o si, al contrario, lo que parece como objetivos altruistas en realidad son egoístas, es decir se busca el bien del otro no como finalidad terminal sino instrumental para una recompensa propia.

La respuesta se encuentra en la larga serie de refinados experimentos de Batson, resumidos en un capítulo de Stich, Doris y Roedder y (2010), y en otras investigaciones resumidas por Warneken y Tomasello (2009): los propósitos altruistas existen realmente, es decir los seres humanos son capaces de procurar el bien de otra persona sin ningún tipo de recompensa personal, aunque no exista ningún vínculo con el otro y aunque el otro sea un desconocido, o no sea una persona específica. Las personas ayudan a los demás por una finalidad realmente altruista y no para reducir el *distres* provocado por la visión de otra persona en problemas, o porque temen ser castigados si no ayudan, ni siquiera para evitar el sufrimiento ligado al sentimiento de culpa que sentirían si no ayudasen, y ni siquiera por la expectativa de gratificación que podría provenir de los demás o de sí mismos bajo la forma de sensaciones positivas, por ejemplo de orgullo por haber ayudado a otro, y ni siquiera por el deseo de sentir resonar en su interior el alivio de la persona ayudada a salir de una dificultad dolorosa. Efectivamente, los individuos hacen el bien a otros aunque sepan que no recibirán noticias relativas al efecto de la propia asistencia sobre el bienestar de aquellas personas a quienes hayan ayudado (Stich et al., 2010).

Además, las investigaciones de Tomasello, resumidas por Warneken y Tomasello (2009) y en Tomasello (2016) ponen de manifiesto conductas altruistas en niños muy pequeños, alrededor de los dos años. Según los autores sugeriría que la disposición altruista puede ser innata y no consecuencia de la educación moral. Como apoyo del origen innato y no cultural del altruismo existen algunos estudios que demuestran que hay monos y ratas que se dejan morir de hambre, si relacionan la comida con causa de sufrimiento de otro individuo (Bekoff y Pierce, 2010).

Parece, pues, que existen ciertamente finalidades altruistas en sentido estricto y por eso terminales, perseguidas con un coste personal y plausiblemente innatos, y esto avala la tesis de que exista la posibilidad de sentir sentimiento de culpa altruista.

5. El Sentimiento de Culpa Deontológico

El sentimiento de culpa deontológico, a diferencia del altruista, deriva del supuesto de haber violado una propia regla moral, y comporta la sensación de indignidad. En ocasiones, uno se juzga a sí mismo como culpable, aunque no haya dañado a nadie, ni siquiera a sí mismo.

Veamos este ejemplo:

“Julia y Marcos son hermanos. Están de viaje por Francia durante el periodo de las vacaciones de verano. Una noche se encuentran solos en un hotel frente al mar. Deciden que podría ser excitante y divertido hacer el amor. Al menos sería una nueva experiencia para ambos. Julia está tomando las pastillas anticonceptivas, y Marcos usa preservativo, para estar más seguros. A ambos les resulta agradable haber hecho el amor, pero deciden no volver a hacerlo nunca más. Consideran aquella noche como un secreto especial que les acercará todavía más uno a otro.” (Haidt, 2001, p. 814).

Esta situación ha sido propuesta a miles de personas en todo el mundo, de diversas culturas y religiones, y la mayor parte de ellas juzga el incesto de Julia y Marcos moralmente reprochable aunque el relato subraya claramente que ambos son mayores de edad, y que ambos consienten; se da por supuesto que son igualmente capaces de entender y querer, deja claro que no existe riesgo de embarazo, ni daños psicológicos o a la imagen social. Sin embargo, la intuición de que se trata de una conducta pecaminosa, continúa siendo fuerte, así como la idea de que todos podrían sentirse culpables si se encontraran en la situación de los protagonistas del relato.

Otro ejemplo:

“Acababa de licenciarme en medicina, y hacía poco que había iniciado las guardias en una clínica. Una noche, estando de guardia, atendí un paciente en coma a causa de un cáncer intestinal en estado terminal, que a pesar del estado comatoso se quejaba de fuertes dolores. El médico primario me indicó suministrarle fuertes dosis de morfina que habrían reducido los dolores y acelerado la muerte. Cuando estaba a punto de inyectarle la morfina, un pensamiento cruzó por mi mente ‘¿quién soy yo para poder decidir sobre la vida y la muerte de esta persona? ¿Quién me otorga la autoridad de llevar a cabo tal gesto y sustituir a Dios?’ Retiré la aguja, de lo contrario me habría sentido demasiado culpable”.

En este ejemplo (parecido al inicial de este artículo), el freno moral que ha detenido el acto eutanásico del médico joven implicaba encima un sufrimiento inútil para el pobre paciente. Por tanto, pueden darse sentimientos de culpa independientes del bienestar de los demás.

Las condiciones necesarias para sentir sentimiento de culpa deontológica son:

- El supuesto de haber trasgredido una norma moral.
- La norma moral es introyectada, es decir, el individuo tiene la finalidad de respetarla y esta finalidad es terminal.

Ambas condiciones son necesarias pero no suficientes. Para sentir el sentimiento de culpa deontológico, deben cumplirse además otras condiciones:

- Que la supuesta transgresión se haya producido a causa de una propia acción/omisión o incluso solo por haber tenido la intención, el deseo o la

disposición. En efecto, se pueden tener sentimientos de culpa y moralmente indignos, por ejemplo, haber sentido deseos pedófilos, aunque no se haya hecho nada por satisfacerlos.

- La suposición que se podría haber actuado de otro modo y, en el caso de un pecado ligado a una disposición, que se habría podido modificar. Este supuesto con frecuencia es implícito y dado por descontado y se manifiesta en aquellos casos en que uno se siente culpable por una propia disposición que se juzga perversa, aunque no se lleve a cabo. En cambio, si no se asume implícitamente que no se puede hacer nada por cambiar, se podría considerar la propia perversión como una desgracia y como moralmente digno de elogio el hecho de no llevarla a cabo.

5.1 Las disposiciones a la acción en la culpa deontológica

La disposición a la acción en la culpa de tipo deontológico es múltiple:

- Confesar, reconocer, por tanto, que se ha transgredido una norma moral que se debiera haber respetado.
- Excusarse, pedir perdón, por tanto, señalar el arrepentimiento y la disposición a la sumisión, es decir a restablecer la propia voluntad de obedecer.
- Prevenir otras posibles culpas, lo que implica que el “culpable” tenderá a valorar los propios actos de modo severo. La orientación inculpatoria puede ser tanto hacia otras posibles culpas, como hacia la culpa en cuestión, en relación a la cual se puede evitar dar justificaciones que aparecen a ojos del sujeto intentos que agravarían la propia culpa.
- Purificarse, por ejemplo a través de rituales de limpieza (Zhong y Liljenquist, 2006; Lee y Schwarz, 2011). No es casualidad que en todas las religiones a fin de purificar la conciencia de los pecados se recurra a lavados del cuerpo. El bautismo es un lavado que purifica del pecado original que es el pecado deontológico por excelencia puesto que consiste en un acto puro de desobediencia a Dios. De *hybris*, de orgullo, es pretender saber mejor que Dios lo que es el Bien y el Mal. Como veremos más adelante, el sentimiento de culpa deontológico va acompañado fácilmente de la sensación de estar contaminados por sustancias asquerosas. Se ha puesto de relieve el efecto *Macbeth* (Zhong y Liljenquist, 2006), según el cual una amenaza a la pureza moral lleva consigo la exigencia de lavarse y como la limpieza física alivia las consecuencias del comportamiento inmoral y reduce la amenaza a la propia imagen moral (Lee y Schwarz, 2011). Este efecto parece más significativo en caso de sentimiento de culpa deontológico, que altruista (D'Olimpio y F. Mancini, 2014; ver más adelante).

5.2 Las características psicológicas de las normas morales introyectadas

Pero cuando hablamos de normas morales transgredidas en el sentimiento de culpa deontológico, ¿a qué nos referimos exactamente, y en qué se diferencian de las otras normas, como, por ejemplo, las deónticas?

Podemos afirmar, en primer lugar, que las normas morales son normas deónticas y como tales limitan la libertad entre elecciones posibles. Tradicionalmente, se han considerado distintas de otras normas deónticas, como las convencionales, por ejemplo las normas de la buena educación o las reglas del tenis, por cuatro razones reconducibles a la llamada *Moral Signature* (cfr. Haidt y Joseph, 2004). Las normas morales, en efecto, son universales, inmodificables, su transgresión se considera habitualmente más grave que la transgresión de las normas convencionales, tienen que ver en último término con el bien y el respeto de los demás. Se consideran universales, porque valen para todos. Por ejemplo, la norma por la cual la pedofilia es moralmente reprochable, se considera válida para todos los seres humanos, es decir la deben respetar todos, independientemente de la cultura de pertenencia, de la época histórica, de la edad o de otras características individuales. Las normas morales se consideran igualmente inmodificables. Por ejemplo, en el supuesto que una ley permitiese la pedofilia, se consideraría inmoral. Ser consideradas universales e inmodificables, hace que las normas morales se vivan como si fuesen leyes de la naturaleza. Su transgresión se considera, por esto, más grave que la transgresión de las normas convencionales y se refieren solo al bien de los demás.

Según la *Moral Signature*, las normas convencionales, al contrario, son contingentes, es decir dependen del ambiente sociocultural, por ejemplo eructar durante la comida es inadecuado en nuestra cultura, pero parece que los esquimales lo consideran una forma adecuada de manifestar el huésped su aprecio por la comida ofrecida. Las normas convencionales son modificables, por ejemplo las reglas del tenis pueden modificarse por acuerdo de los miembros de un club. Su transgresión habitualmente no se considera particularmente grave, por ejemplo eructar durante la comida puede suscitar críticas o hilaridad, pero no una condena moral. Según la *Moral Signature*, las normas convencionales no buscan el bien de los demás; por ejemplo, la norma “cuando se come no se deben apoyar los codos en la mesa”, defiende el espacio entre los comensales, pero decir que defiende su bien, parece exagerado.

5.3 ¿Qué dice la investigación respecto a la *Moral Signature*?

¿Las normas morales son verdaderamente consideradas universales? Algunas investigaciones parece que no someten a discusión la idea de que las normas morales introyectadas se perciban como universales. Por ejemplo, Kelly, Stich, Haley, Eng y Fessler (2007) demuestran que se juzga moralmente culpable al oficial de una petrolera que decide aplicar una dura pena corporal a un marinero que se ha dormido durante el turno de guardia. Pero se le habría juzgado no culpable, o menos culpable, si en lugar de estar a bordo de un petrolero de nuestra época se hubiese

encontrado en un velero del año 600 (época en que en cambio era costumbre aplicar este tipo de castigos). Este dato, sin embargo, no pone necesariamente en discusión la idea que las normas morales puedan ser consideradas universales. En efecto, es oportuno distinguir dos tipos de juicio: una cosa es decir que en el año 600 era adecuado aplicar duras penas corporales, mientras no lo es en nuestros días; otra cosa es decir que el oficial del año 600 no era moralmente culpable, porque estaba convencido en perfecta buena fe de la corrección de su modo de actuar, que era coherente con la moral de la época, pero este segundo juicio no afirma que la moral de la época fuese “justa”. Es plausible que las respuestas de los participantes al estudio de Kelly et al. (2007) sean de este segundo tipo. El primer juicio implicaría que las normas morales pueden relativizarse, mientras que el segundo relativiza el juicio del oficial tomando en cuenta lo que le parecía justo, pero no implica que la conducta del oficial lo fuese. Para ello, basta pensar en la pedofilia. Si llegásemos a saber que en una población perdida en una remota isla del Pacífico, estuviera permitida la pedofilia, probablemente no condenaríamos a quienes la practican, pero continuaríamos considerando inmoral la pedofilia y, tal vez, intentaríamos modificar la moralidad de los isleños.

¿Las normas morales son verdaderamente consideradas inmodificables y las convencionales modificables? Probablemente sea más adecuado darle la vuelta a la pregunta: ¿quién está autorizado a cambiar las normas y bajo qué condiciones? La oportunidad de esta pregunta deriva de la confrontación entre los datos. Las investigaciones de Kelly et al. (2007) concluyen que el oficial de la petrolera sería juzgado no culpable, o menos culpable, si hubiese infligido la pena corporal por orden del comandante. Las famosas investigaciones de Milgram (por ejemplo, 1974) confirman que la autoridad, personificada en un científico, puede convertir en moralmente permitidas conductas perjudiciales para los demás. Esto parece sugerir que las normas morales se consideran modificables por una autoridad humana y que, por tanto, no se viven de la misma manera que las leyes naturales y que, al menos en este aspecto, no se pueden distinguir de las normas convencionales.

Al contrario, otros resultados sugieren que las normas morales no pueden ser modificadas por una autoridad humana. Por ejemplo, las investigaciones de Nucci y Turiel (1978) y Nichols (2002) ponen de manifiesto que los niños de la escuela elemental no reconocen a la maestra la autoridad de hacer moralmente permitido tirar de los pelos a los compañeros, mientras le reconocen la autoridad de cambiar la norma de buena educación “no se mastica chicle en clase”. El contraste entre los resultados probablemente se puede resolver si se tiene en cuenta la relación entre el grado de prestigio de la autoridad y la importancia moral de la norma. La importancia moral de una norma parece depender de la medida en que la infracción de una norma en concreto transgrede lo que parece como orden natural. El grado de credibilidad depende de la medida en que las normas de la autoridad parecen expresión del orden natural, del curso de la historia, de un bien supremo o de la voluntad de Dios. El Papa puede modificar la norma de no matar y enviar a los

cruzados a matar infieles, si se asume que habla en nombre de Dios. A la maestra, en cambio, no se le reconoce la autoridad para cambiar la norma moral “no se debe tirar de los pelos a los compañeros”, sino solo la de “no se debe masticar chicle en clase”. Por lo tanto la diversa capacidad de modificar las normas morales y convencionales es relativa a la autoridad de quien cambia la norma y a la importancia moral de la misma.

¿El contenido de las normas morales introyectadas se refiere únicamente al bien de los demás? Efectivamente muchas normas morales introyectadas son relativas al bien y a los derechos de los demás, por ejemplo, no matar, no robar, no causar sufrimiento inútil. Otras, por el contrario, aun pudiendo ser también introyectadas, no guardan relación con los demás (cfr. la Moral Foundation Theory¹ –MFT– Haidt y Joseph, 2004; Graham y Haidt, 2012). Por ejemplo, algunas normas religiosas², como los primeros tres de los diez mandamientos, a saber: 1- “Yo soy el Señor tu Dios, no tendrás otro Dios más que a mí. 2- No pronunciarás el nombre de Dios en vano, y 3- Santificarás las fiestas”, regulan explícita y únicamente la relación con la divinidad, no con las otras personas. Hay normas morales introyectadas que se refieren a conductas sexuales que no implican daños o violaciones de nadie, por ejemplo la cópula con animales, el incesto consentido entre adultos sin riesgo de procreación, la masturbación, la homosexualidad.

5.4. Diferencia entre vergüenza y sentimiento de culpa deontológico

La diferencia principal entre culpa deontológica y vergüenza se halla en los fines implicados. La culpa deontológica nace, o consiste, en la asunción de haber trasgredido una norma moral. La vergüenza, en cambio, depende, o consiste, fundamentalmente en una afectación de la imagen, en definitiva de estar haciendo el ridículo o de quedar mal (Castelfranchi, 2005). Aristóteles (cit. en Smith, Webster, Parrot y Eyre, 2002), definía la vergüenza como “la imagen mental de desgracia” y “dolor o repulsión por cosas sucias... que pueden hacernos caer con mucha probabilidad en el descrédito”. Platón la definía como “el miedo a una mala reputación”. Darwin la relacionaba casi exclusivamente con el juicio de los demás. Smith et al. (2002) concluyen una serie de experimentos sosteniendo que, para avergonzarse, se debe asumir estar expuestos al juicio de otros. El juicio del que el avergonzado se siente objeto puede ser tanto un juicio de inmoralidad, como de incompetencia. Mientras, la culpa se refiere al juicio de la propia conciencia y es un juicio de inmoralidad, más que de incompetencia. El bien conocido criterio distintivo de Tangney (1998), según la cual la culpa se referiría a las acciones, y la vergüenza al self, se presta a diversas críticas. En primer lugar, Smith et al. (2002) subrayan que los relatos de culpa, referidos por los sujetos experimentales de Tangney, hacen referencia a culpas de escasa importancia y, por tanto plausiblemente, no conllevan la implicación del self en el juicio negativo. Además, no es infrecuente el caso de personas que, como consecuencia de sus propias acciones, se sienten llevados al suicidio. La punición por las culpas no está dirigida a la acción sino

contra la persona del culpable (Sunstein, 2005). La vergüenza presupone el desvelamiento de un aspecto negativo; no nos avergonzamos de algo que se sabe, que ya es de conocimiento general; mientras que sí podemos sentir culpa por algo aunque sea bien notorio. Parece plausible avergonzarse por una culpa, pero es difícil avergonzarse por una culpa realmente grave. Se puede sentir vergüenza y culpa por haber robado 10 euros a un amigo, pero es difícil avergonzarse por haber matado a tres personas en un robo, mientras que se puede estar gravemente arrepentido. Es decir, parece que nos avergonzamos de culpas que demuestran mezquindad, pero parece que de las culpas graves no nos avergonzamos.

5.5 Pruebas empíricas de la diferencia entre sentimiento de culpa altruista y deontológica, y más en general entre las dos morales

Diversas investigaciones han demostrado que estos dos sentimientos de culpa son distintos tanto desde un punto de vista comportamental como neuronal. Se han llevado a cabo una primera serie de estudios sobre elecciones morales, utilizando el “dilema del trolley” (Foot, 1967). En su forma original, el dilema del trolley propone imaginarse que un vagón ferroviario corre sin control por una vía donde se hallan cinco personas que resultarán atropelladas y muertas, si nadie detiene el carrito. Se les pregunta a los sujetos si activarían las agujas de cambio, desviando el carrito por otra vía donde se halla otra persona sola, que en este caso resultará ciertamente atropellada y muerta.

Este dilema es particularmente interesante por la distinción entre las dos culpas. En efecto, pide a los participantes escoger entre dos opciones incompatibles, que a la luz de cuanto hemos visto hasta aquí se pueden definir una como altruista/humanitaria y la otra como deontológica. La opción altruista/humanitaria consiste en mover las agujas de cambio y causar la muerte de una persona a fin de salvar las otras cinco. Sin embargo, mover las agujas equivale a otorgarse la responsabilidad de modificar el curso predeterminado de los acontecimientos, es decir a intervenir modificando el orden natural. La opción deontológica implica dejar de intervenir en el cambio de agujas y dejar que mueran las cinco personas, pero no se asume la responsabilidad de modificar el orden natural de los acontecimientos y por tanto se respeta el principio deontológico *Not Play God*. Según Sunstein (2005) este principio permite explicar la preferencia moral por la inacción que se suele dar típicamente en estos dilemas, puesto que la acción interfiere con el orden natural.

De acuerdo con estos estudios, Gangemi y F. Mancini (2013) señalan que las personas que escogen no actuar tienden a justificar su elección en base al principio *Not Play God* (por ejemplo: “No puedo decidir sobre la vida o la muerte de nadie”), mientras que quien elige actuar se acoge a minimizar el sufrimiento ajeno, por tanto a un principio altruista/humanitario (por ejemplo “Mejor que muera una persona que cinco”). Además, los mismos autores ponen de manifiesto como la inducción de culpa deontológica genera una preferencia mayor por la inacción, mientras que la inducción de culpa altruista empuja a los participantes a escoger la acción (F.

Mancini y Gangemi, 2015). Un estudio de D'Olimpio y F. Mancini (2016) confirma el resultado añadiendo la prueba que la preferencia por las elecciones de omisión se adscribe al sentimiento de culpa deontológico y no a la vergüenza. Un ulterior estudio pone de manifiesto que la elección deontológica es mucho más frecuente si se pide a los sujetos que imaginen que están junto al cambio de agujas y que al lado tienen una figura de autoridad moral, por ejemplo un juez o un policía. Sucede lo contrario si se pide a los sujetos que se imaginen cerca del cambio y próximos a las cinco personas. En el primero de los casos, plausiblemente se induce acatamiento a la autoridad y por tanto el *Not Play God*, mientras que en el segundo caso la proximidad personal activa la empatía y esta, a su vez, la motivación altruista (Gangemi y F. Mancini, 2013).

Otros investigadores han encontrado que el respeto de la norma moral “No hay que mentir” puede frenar también el decir mentiras piadosas de las que derivaría un beneficio para el engañado y un pequeño daño para el que engaña, al igual que las “mentiras de Pareto” de las que tanto el engañado como el mentiroso sacarían un provecho. El respeto de la norma moral, por tanto, parece poder sobreponerse al efecto de la disposición altruista y cooperativa (Biziou-van-Pol et al., 2015).

En la misma dirección cabe incluir los resultados del estudio de Basile y F. Mancini (2011), donde los autores activan por separado los dos tipos de culpa usando como estímulos expresiones faciales (i.e. las fotos de Ekman) y frases del diálogo interno asociadas típicamente a uno de los dos sentimientos de culpa. Por ejemplo, para la culpa deontológica, rostros airados y despectivos con frases del tipo “¡Cómo he podido hacer esto...!”, mientras que, para la culpa altruista, caras tristes con frases del tipo “¡Cómo he podido dejarla sola!”. Además, Basile y colaboradores (2011), en un estudio que ha utilizado la resonancia magnética funcional (fMRI), con el objetivo de identificar el sustrato neuronal de los dos sentidos de culpa, han detectado una activación de la ínsula y de la corteza cingulada anterior en la condición de culpa deontológica, y de las áreas prefrontales mediales en la condición de culpa altruista. Estos resultados son particularmente interesantes no solo porque ponen de manifiesto que los dos tipos de culpa pueden ser “trazados” sobre circuitos cerebrales diversos y, por tanto, constituyen dos emociones diversas, sino también por las áreas específicas implicadas en los dos sentimientos de culpa. En efecto, las áreas prefrontales mediales que se activan con la culpa altruista, se activan igualmente en tareas de teoría de la mente y se asocian a la representación de las intenciones ajenas (Blair, 1995 o Shallice, 2001) así como a la experiencia de empatía y compasión. Son pues, áreas implicadas en la comprensión de la mente de la víctima (J. Moll et al., 2005). La ínsula, que se activa con la culpa deontológica, se asocia, en cambio, a experiencias de asco y auto-reproche (Rozin, Haidt y McCauley, 2000). De ahí deriva la hipótesis que haya una relación especial entre asco y sentimiento de culpa deontológico.

6. La relación entre sentimiento de culpa deontológico y asco

En general, de la constatación que en todas las religiones, los pecados manchan la conciencia y el lavado la purifica, la literatura científica ha deducido la existencia de una fuerte relación entre sentimiento de culpa y asco (Lee y Schwarz, 2011). Diversos estudios han confirmado, por ejemplo, la relación entre los componentes físicos del asco, la contaminación moral y la necesidad de lavarse (cfr. Doron, Sar-El, Mikulincer, 2012). A este propósito Zhong y Liljenquist (2006) han descrito el efecto “Lady Macbeth”, es decir que “una amenaza a la pureza moral implica la exigencia de lavarse” y que la limpieza física aligera las consecuencias del comportamiento inmoral y reduce la amenaza a la propia imagen moral (Lee y Schwarz, 2011; Schnall, Benton y Harvey, 2008; Schnall, Haidt, Clore y Jordan, 2008)

Sin embargo, otros estudios no han replicado este efecto (e.g., Earp, Everett, Madva y Hamlin, 2014; Gámez, Díaz, Marrero, 2011; Fayard, Basi, Bernstein y Roberts, 2009). La diversidad de resultados obtenidos se puede explicar si se considera que el efecto Macbeth se debe a un único componente deontológico, el del sentimiento de culpa, y no al altruista. En todos los estudios citados, en efecto, no se habían controlado los dos componentes, altruista y deontológico, sino que se hablaba genéricamente de sentimiento de culpa. En efecto, en un reciente estudio, la inducción del sentimiento de culpa deontológico, pero no el del altruista, ha implicado el efecto “Lady Macbeth” (D’Olimpio y F. Mancini, 2014). Este estudio se ha replicado (Ottaviani, Collazoni, D’Olimpio, Moretta y Mancini, 2018; Otaviani, Mancini, Provenzano, Collazoni y D’Olimpio, 2018) para obtener la confirmación de que la inducción del sentimiento de culpa deontológico, pero no la del altruista, implica además de escrupulosos lavados, la activación fisiológica típica del asco, detectada mediante la variabilidad de la frecuencia cardiaca (Heart Rate Variablestly - HRV).

A corroborar estos resultados viene otro estudio que ha utilizado la tDCS (estimulación transcranica de corriente directa continua, Ottaviani et al., 2018). Estimulando la corteza de la ínsula se consigue la activación del parasimpático de modo totalmente compatible con la activación del asco, se aumenta la disponibilidad de palabras relativas a la limpieza, se induce la tendencia a sentir asco. Pero sobre todo se induce la rigidez de los juicios deontológicos en situaciones como por ejemplo: “considera una chica que ignorando las órdenes del padre coge el coche después del horario de vuelta a casa”, o bien “considera un político que usa el dinero de los impuestos para ampliar su propio apartamento”, pero no las de tipo altruista, en situaciones como: “considera un chico que coloca una serie de trampas para matar los gatos callejeros del barrio”, o bien “considera una chica que echa su café caliente sobre el vestido de una mujer que está saliendo con su exnovio”.

Finalmente, en otro estudio (Basile, Guerrieri y Mancini, 2017) se ha observado cómo la inducción de asco implica una preferencia por elecciones deontológicas en el dilema del trolley versión cambio.

En apoyo de la estrecha relación entre sentimiento de culpa deontológico y asco encontramos otros datos. Tanto el asco como el sentimiento de culpa reducen el rango del sí mismo en la escala de la Social Cognitive Chain of Being (SCCB, Kim, Thibodeau y Jorgensen, 2011). La SCCB representa la tendencia de los seres humanos a organizar el propio mundo moral a lo largo de una dimensión vertical, que sitúa en la parte alta a quien merece obediencia y respeto, y en la parte baja a quien debe obediencia y respeto y más bajo todavía a quien merece desprecio (Brandt y Reyna, 2011).

Pero podría existir una relación más específica entre el sentimiento de culpa deontológico, y no el altruista, y el rango en la SCCB. No disponemos por el momento de datos dirimientes al respecto, sino solo de algunos indicios interesantes. Por ejemplo, la inducción del sentimiento de culpa deontológico reduce los rechazos de ofertas injustas en el *Ultimatum Game* en tercera persona³, a diferencia de lo que sucede con la inducción del sentimiento de culpa altruista y también de la vergüenza (F. Mancini y A. Mancini, 2015). Esto sugiere que la inducción del sentimiento de culpa deontológico reduce el rango que se da en la SCCB, es decir que se siente menos llevado a hacer prevalecer la justicia. Paralelamente, si nos colocamos en un papel de autoridad, entonces nos sentimos menos obligados al respeto del principio *Not Play God/Not tamper with Nature*, y hasta es más probable que nos sintamos más legitimados a intervenir en situaciones de responsabilidad, como, por ejemplo, se observa en dilemas morales, como los del trolley, donde se llevan a cabo más elecciones consecuencialistas que omisivas (Pulsinelli y F. Mancini, *State of Mind*, 2017). Sentir sentimiento de culpa deontológico, pero no altruista, y contaminarse de sustancias asquerosas parece no tener pues el mismo efecto en la posición del self en la jerarquía moral.

7. Conclusiones

En este artículo hemos argumentado a favor de la existencia de dos sentimientos distintos de culpa. La tesis se diferencia de las tradicionales, intrapsíquica e interpersonal, por dos razones principales. En primer lugar porque es una tesis dualista, y no monista, es decir afirma la imposibilidad de reducir un sentimiento de culpa al otro. La segunda porque se trata de una tesis cognitivista, porque reconduce el sentimiento de culpa a objetivos y supuestos del individuo y no, por ejemplo, a conflicto entre partes del aparato psíquico o a funciones sociales e interpersonales del sentimiento de culpa.

La tesis tiene algunas implicaciones. Una referida a la psicología de las emociones y, en particular, a la estrecha relación que existe entre sentimiento de culpa deontológico y asco, pero no entre sentimiento de culpa altruista y asco. Esto parece interesante por dos motivos. En primer lugar, parece explicar por qué el efecto “Lady Macbeth” aparece en algunas investigaciones, pero no en otras. En efecto, si no se tiene en cuenta la distinción entre los dos sentimientos de culpa, es posible que en algunos grupos experimentales se haya puesto en juego

prevalentemente el sentimiento de culpa altruista y en otras el sentimiento de culpa deontológico.

En segundo lugar, la tesis sugiere que los dos sentimientos de culpa pueden provenir de dos recorridos evolutivos diversos. El sentimiento de culpa altruista, y más en general la moral altruista, podría derivar de la motivación de cuidado, como sugiere por ejemplo Tomasello (2016), mientras el sentimiento de culpa deontológico, y la moral deontológica, podrían derivar de la motivación a rechazar y evitar sustancias repelentes para salvaguardar lo que es puro de contaminaciones impuras.

Otras implicaciones se refieren a la clínica. Varias investigaciones (resumidas en parte en Mancini, 2016) demuestran el papel del sentimiento de culpa deontológico, pero no el altruista, en el trastorno obsesivo-compulsivo y contribuyen a entender por qué, en este trastorno, el sentimiento de culpa y asco se hallan tan estrechamente conectados, hasta el punto de parecer intercambiables. De acuerdo con otras investigaciones, del grupo del *Mastery and Control Theory* (CMT; cfr. Weiss, Sampson y The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986; Weiss, 1993, Gazzillo, 2016), el sentimiento de culpa interpersonal sería más semejante al sentimiento de culpa altruista que al deontológico, que jugaría un papel importante en algunos casos de trastorno depresivo mayor.

Otra posible implicación clínica se refiere a los antisociales y en particular a los psicópatas. Una tesis muy extendida, por ejemplo, Blair (1995) sugiere que estos pacientes se caracterizan por un déficit de empatía. En realidad estos pacientes, si se estimulan adecuadamente están en condiciones de sentir empatía, como se deduce, por ejemplo, de las investigaciones de *neuroimaging* de Keysers (2014). Mancini, Capo y Colle (2009), después de haber considerado diversas investigaciones, sugieren que los antisociales se caracterizan por una profunda desconfianza en la autoridad moral y que esto deriva en una intolerancia sistemática e invasiva hacia cualquier norma moral. La tendencia a inhibir la empatía, y en consecuencia las motivaciones altruistas, derivaría de una necesidad defensiva. La activación de sentimientos y fines prosociales, como la empatía y el altruismo, implicarían el riesgo de quedarse desarmados frente a los intentos de prevaricación.

La distinción entre los dos sentimientos de culpa evoca la distinción filosófica y psicológica entre moral consecuencialista y deontológica (Greene et al., 2009), así como la psicologico-social entre los diversos dominios morales de la MFT (Haidt y Joseph, 2004; Graham y Haidt, 2012) y la psicológico-evolutiva entre la moral de la *justicia* (Kohlberg, 1981) y la moral del *cuidado* (Gilligan, 1993). La diferencia entre nuestra distinción y las otras, es que nosotros tratamos de basar los dos sentimientos de culpa, y los correspondientes dominios morales, sobre los motivos y las representaciones del individuo y no sobre procesos psicológicos que conducen a un juicio moral más que a otro, como tampoco sobre su función interpersonal y social.

El límite principal de nuestra tesis es que todas las investigaciones en que se funda, se han llevado a cabo en Italia y en consecuencia con personas provenientes

de una cultura fuertemente influenciada por el catolicismo. Este límite, sin embargo, está mediatizado por dos consideraciones. La primera es que nuestra distinción está en consonancia con distinciones clásicas del pensamiento filosófico y psicológico, que ya hemos mencionado más arriba y que son transculturales. La segunda es que, aunque exista *potencialmente* la posibilidad de acceder a los diversos principios morales, numerosos estudios demuestran que en la práctica las personas pueden usar preferentemente unos principios más que otros: los principios que inspiran los juicios morales varían de hecho según el sexo (Gilligan, 1982), el estatus social y la orientación política (Haidt, Koller y Dias, 1993), además de la religión (cfr. Piazza, 2012).

Notas

- 1 La *Moral Foundations Theory* propuesta inicialmente por Haidt y Joseph (2004) y posteriormente profundizada por Graham y Haidt (2012) identifica cinco dominios morales: cuidado, equidad, lealtad, autoridad, santidad. El interés de estas investigaciones y posteriores teorizaciones, reside en haber abierto el estudio de la psicología moral a dimensiones que la influencia de la cultura liberal-anglosajona había llevado a ignorar o a excluir. La psicología moral no se refiere solo a la dimensión horizontal, referida a los otros, sino también a la dimensión vertical, referida a valores supra-individuales.
- 2 Una norma religiosa puede ser introyectada, es decir un creyente puede tener la finalidad de respetarla y esta finalidad puede ser terminal, es decir no instrumental para otra cosa que el respeto a Dios.
- 3 En el *Ultimatum Game* el llamado distribuidor (*proposer*) recibe una suma que tiene que compartir con el receptor (*responser*). El distribuidor puede decidir la cantidad que quiere dar al receptor y la que quiere quedarse para sí. El receptor puede decidir aceptar o rechazar la propuesta. Si la rechaza ninguno de los dos recibe nada. Hay que hacer notar que en el *ultimatum game*, una propuesta puede considerarse justa, por ejemplo si es del 50% para cada uno, o injusta, si por ejemplo el distribuidor ofrece solo el 20% al receptor, pero las propuestas siempre son financieramente ventajosas para el receptor, porque la alternativa es quedarse sin nada, y, por tanto, quien la rechaza lo hace exclusivamente por razones de justicia. En la versión llamada de tercera persona, utilizada en el experimento citado, la decisión de aceptar o rechazar la propuesta del distribuidor le correspondía a un juez que decidía en lugar del receptor, sin que le supusiese ningún beneficio. En el experimento, los participantes en los que se había insuflado dignidad moral y aquellos en los que se había inducido sentimiento de culpa altruista, consideraban injustas e inaceptables las propuestas que los sujetos no se sentían con derecho de rechazarlas, aun considerándolas injustas.

Referencias bibliográficas

- Basile B., Guerrieri, M. G. y Mancini F. (2017). La contaminazione disgustosa rende più rispettosi della deontologia. Recuperado de: <http://www.stateofmind.it>.
- Basile, B. y Mancini, F. (2011). Eliciting guilty feelings: A preliminary study differentiating deontological and altruistic guilt. *Psychology*, 2, 98-102. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2011.22016>
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., Frackowiak, R. y Bozzali, M. (2011). Deontological and altruistic guilt: Evidence for neurobiological different substrates. *Human Brain Mapping*, 32, 229-239. <https://doi.org/10.1002/hbm.21009>
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M. y Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115, 243-267. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>

- Bekoff, M. y Pierce, J. (2010). *Wild justice: The moral lives of animals*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Benedicto XVI (2013, February, 6) [General audience]. Paul VI Audience Hall, Vatican.
- Biziau-van-Pol, L., Haenen, J., Novaro, A., Occhipinti-Liberman, A. y Capraro, V. (2015). Does telling white lies signal pro-social preferences? *Judgment and Decision Making*, 10, 538-548. <https://bit.ly/2XBqmiC>
- Blair, R. J. (1995). A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath. *Cognition*, 57, 1-29. <https://bit.ly/2Jnmq4G>
- Brandt, M. J. y Reyna, K. (2011). The chain of being: A hierarchy of morality. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 428-446.
- Castelfranchi, C. (1994). I sensi di colpa. In C. Castelfranchi, R. Conte, R. D'Amico (a cura di), *I sensi di colpa*. Florencia, Italia: Giunti.
- Castelfranchi C. (2005). *Che figura!* Bologna, Italia: Il Mulino.
- D'Olimpio, F. y Mancini, F. (2014). Role of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder-like checking and washing behaviors. *Clinical Psychological Science*, 2, 727-739. <https://doi.org/10.1177/2167702614529549>
- D'Olimpio, F. y Mancini, F. (2016). "Don't Play GoD!": Is inaction preference linked to obsessive compulsive characteristics? *Clinical Neuropsychiatry*, 13(6), 122-129.
- Doron, G., Sar-El, D. y Mikulincer, M. (2012). Threats to moral self-perceptions trigger obsessive compulsive contamination related behavioral tendencies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 884-890. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.01.002>
- Earp, B. D., Everett, J. A. C., Madva, E. N. y Hamlin, J. K. (2014). Out, damned spot: Can the "Macbeth Effect" be replicated? *Basic and Applied Social Psychology*, 36, 91-98. <https://bit.ly/30rcqog>
- Fayard, J. V., Bassi A. K., Bernstein, D. M. y Roberts, B. W. (2009). Is cleanliness next to godliness? Dispelling old wives' tales: Failure to replicate Zhong and Liljenquist (2006), *Journal of Articles in Support of the Null Hypothesis*, 6(2), 21-30.
- Foot, P. (1967). The problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect. *Oxford Review*, 5, 5-15.
- Gámez, E., Díaz, J. M. y Marrero, H. (2011). The uncertain universality of the Macbeth effect with a Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 14, 156-162. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.13
- Gangemi, A. y Mancini, F. (2013). Moral choices: The influence of the do not play God principle. En M. Knauff, M. Pauen, N. Sebanz y I. Wachsmuth (eds.), *Cooperative minds: Social Interaction and group dynamics. Proceedings of the 35th Annual Meeting of the Cognitive Science Society* (pp. 2973-2977). Austin, TX: Cognitive Science Society.
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Graham, J. y Haidt, J. (2012). Sacred values and evil adversaries: A moral foundations approach. In P. Shaver y M. Mikulincer (eds.), *The social psychology of morality: Exploring the causes of good and evil* (pp. 11-31). Nueva York, NY: APA Books.
- Greene, J. D., Cushman, F. A., Stewart, L. E., Lowenberg, K., Nystrom, L. E. y Cohen, J. D. (2009). Pushing moral buttons: The interaction between personal force and intention in moral judgment. *Cognition*, 111, 364-371. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cognition.2009.02.001>
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108, 814-834. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.4.814>
- Haidt, J. y Joseph C. (2004). Intuitive ethics: How innately prepared intuitions generate culturally variable virtues. *Daedalus*, 133, 55-66. <https://doi.org/10.1162/0011526042365555>
- Haidt, J., Koller, S. y Dias, M. (1993). Affect, culture, and morality, or is it wrong to eat your dog? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 613-628. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.65.4.613>
- Hauser, M. D. (2006). *Moral minds: How nature designed our universal sense of right and wrong*. Nueva York, NY: Ecco/Harper Collins.
- Kelly, D., Stich, S., Haley, K. J., Eng, S. J. y Fessler, D. M. T. (2007). Harm, affect, and the moral/conventional distinction. *Mind & Language*, 22, 117-131. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0017.2007.00302.x>
- Keysers, C. (2014, septiembre). *Il cervello empatico*. Estratti del XVII Congresso SITCC. Genova, Italia.
- Kim, S., Thibodeau, R. y Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137, 68-96. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021466>
- Knobe, J. y Doris, J. (2010). Responsibility. En J. Doris and The Moral Psychology Research Group (eds.), *The moral psychology handbook* (pp. 321-354). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development, moral stages and the idea of justice, essays on moral development*. San Francisco, CA: Harper and Row.
- Lee, S. W. S. y Schwarz, N. (2011). Wiping the Slate Clean: Psychological Consequences of Physical Cleansing. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 307-311. <https://doi.org/10.1177/0963721411422694>
- Lerner, J. S. y Keltner, D. (2001). Fear, anger and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 146-159. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.81.1.146>
- Mancini, F. (1997). Il senso di colpa. *Psicoterapia*, 9, 12-27. Mancini F. (2016). *La mente ossessiva*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Mancini, F., Capo, R. y Colle, L. (2009). La moralità nel disturbo antisociale di personalità. *Cognitivismo Clinico*, 6, 161-177.
- Mancini, F. y Gangemi, A. (2015). Deontological guilt and Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 157-163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.003>
- Mancini, F. y Mancini, A. (2015). Do not play God: Contrasting effects of deontological guilt and pride on decision-making. *Frontiers in Psychology*, 6, 1251. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01251>
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority: An experimental view*. Nueva York, NY: Harper and Row.
- Moll, J., de Oliveira-Souza, R., Moll, F. T., Ignacio, F. A., Bramati I. E., Caparelli-Daquer, E. M. y Eslinger, P. J. (2005). The moral affiliations of disgust: A functional MRI study. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18, 68-78.
- Nichols, S. (2004). *Sentimental Rules: On the Natural Foundations of Moral Judgement*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W. y Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 181-203. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1999.18.2.181>
- O'Connor, L. E., Berry J. W., Weiss, J., Bush, M. y Sampson H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 73-89. <https://bit.ly/2XB0WRX>
- Ottaviani, C., Collazzoni, A., D'Olimpio, F., Moretta, T. y Mancini, F. (2018). I obsessively clean because deontological guilt makes me feel physiologically disgusted! *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.01.004>
- Ottaviani, C., Mancini, F., Provenzano, S., Collazzoni, A. y D'Olimpio, F. (2018). Deontological morality can be experimentally enhanced by increasing disgust: A transcranial direct current stimulation study. *Neuropsychologia*, 119, 474-481. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.09.009>
- Parisi, D. (1977). Affetto. *Giornale Italiano di Psicologia*, 5, 127-142.
- Piazza, J. (2012). "If you love me keep my commandments": Religiosity increases preference for rule-based moral arguments. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 285-302. <https://bit.ly/2XSx4jw>
- Pollo, S. (2008). *La morale della natura*. Roma, Italia: Laterza.
- Pulsinelli, D. y Mancini, F. (2017, mayo 26). Il dilemma del trolley: il rango elevato rende più liberi dal Not Play God? *State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche*. Recuperado de: <https://bit.ly/2LIYIsF>
- Prinz, J. y Nichols S. (2010). Moral emotions. En J. Doris (ed.), *Moral psychology handbook* (pp. 111-148). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Ritov, I. y Baron, J. (1990). Reluctance to vaccinate: Omission bias and ambiguity. *Journal of Behavioral Decision Making*, 3, 263-277. <http://dx.doi.org/10.1002/bdm.3960030404>
- Rozin, P., Haidt, J. y McCauley, C. R. (2000). Disgust. En M. Lewis, J. Haviland- Jones (eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.) (pp. 653-673). Nueva York, NY: Guilford Press, pp. 673-653.
- Schnall, S., Benton, J. y Harvey, S. (2008). With a clean conscience cleanliness reduces the severity of moral judgments. *Psychological Science*, 19, 1219-1222. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02227.x>
- Schnall, S., Haidt, J., Clore, G. L. y Jordan, A. H. (2008). Disgust as embodied moral judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1096-1109. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167208317771>
- Shallice, T. (2001). Theory of mind and the prefrontal cortex. *Brain*, 124, 247-248. <https://bit.ly/2LcNgX2>
- Smith, R. H., Webster, J. M., Parrot, W. G. y Eyre, H. L. (2002). The role of public exposure in moral and nonmoral shame and guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 138-159. <https://bit.ly/2LG6J1s>
- Stich, S. P., Doris, J. M. y Roedder, E. (2010). Altruism. En J. M. Doris and The Moral Psychology Research Group (eds.), *The moral psychology handbook* (pp.147-205). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Sunstein, C. R. (2005). *Moral heuristics*. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 531-573. <https://bit.ly/2NGNuaR>
- Tangney, J. P. (1998). How does guilt differ from shame? In J. Bybee (ed.), *Guilt and children*. Nueva York, NY: Academic Press.
- Tomasello, M. (2016). *A natural history of human morality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Nucci, L. y Turiel, E. (1978). Social interactions and the development of social concepts in preschool children. *Child Development*, 49, 400-407. <http://dx.doi.org/10.2307/1128704>
- Warneken, F. y Tomasello, M. (2009). The roots of human altruism. *British Journal of Psychology*, 100, 455-471. <https://doi.org/10.1348/000712608X379061>
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. y Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Weiss, J., Sampson, H. y The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Zhong, C. B. y Liljenquist, K. (2006). Washing away your sins: Threatened morality and physical cleansing. *Science*, 313, 1451-1452. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1130726>

UNED

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

Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4
Núm. páginas: 736
Año Edición: 2013
Editorial: UNED

EVALUACIÓN DE LA CULPA EN PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA: INSTRUMENTOS DISPONIBLES

GUILT ASSESSMENT IN PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY: AVAILABLE INSTRUMENTS

Marta González González

Psicóloga Interna Residente
Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5623-2618>

Jairo Voces Oviedo

Enfermero y Graduado en Psicología
Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0508-471X>

Juan Manuel García-Haro

FEA Psicología Clínica
Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0250-1330>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González González, M., Voces Oviedo, J. y García-Haro, J. M. (2019). Evaluación de la culpa en psicopatología y psicoterapia: Instrumentos disponibles. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 119-139. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.306>

Resumen

La culpa se ha asociado a una gran variedad de disfunciones psíquicas en la vida adulta. Esto hace que en la práctica clínica sea importante su evaluación y tratamiento. El objetivo de este trabajo es revisar qué instrumentos existen para evaluar la culpa en adultos y detectar qué necesidades y carencias nos encontramos en la investigación en este campo. Se realizó una revisión sistemática de los instrumentos propuestos para la medida de la culpa en psicopatología y psicoterapia. Se han encontrado 10 cuestionarios. La mayoría proporcionan escaso o ningún apoyo psicométrico. Son pocos los que han sido adaptados y validados en población española, lo que limita su aplicabilidad en la práctica clínica y la investigación.

Palabras clave: culpa, psicopatología, evaluación, psicoterapia.

Abstract

Guilt has been associated with a wide variety of psychic dysfunctions in adult life. This makes its assessment and treatment important in clinical practice. The objective of this work is to review what instruments exist to assess the guilt in adults and detect what needs and shortcomings we find in research in this field. A systematic review of the instruments proposed for the measurement of guilt in psychopathology and psychotherapy was carried out. Ten questionnaires have been found. Most provide little or no psychometric support. Few have been adapted and validated in the Spanish population, which limits its applicability in clinical practice and research.

Keywords: guilt, psychopathology, assessment, psychotherapy.

Fecha de recepción: 6 de mayo de 2019. Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: martagg118@gmail.com

Dirección postal: C/Cervantes, 21, 2ºA. 33004 Oviedo, Asturias. España

© 2019 Revista de Psicoterapia



Así seguimos, golpeándonos, barcas contracorriente, devueltos sin cesar al pasado.
(*El Gran Gatsby*, F. Scott Fitzgerald, 2015, p.170).

INTRODUCCIÓN

La culpa está presente en nuestra vida cotidiana. Es un sentimiento útil para las relaciones sociales y especialmente para los vínculos con las personas que más nos importan. La persona que se siente culpable siente la necesidad de reparar de algún modo la falta, pedir disculpas o enmendar la acción indebida. La culpa anticipada ayuda a preservar las relaciones interpersonales al favorecer que acciones dañinas no se produzcan. Según cómo se afronte el sentimiento de culpa, éste puede generar un malestar clínico. De ahí el interés para la psico(pato)logía y la psicoterapia.

La culpa no sólo es un mero síntoma o criterio diagnóstico de algunos trastornos psicológicos, sino también un factor causal implicado en la génesis y/o mantenimiento de los mismos. La presencia de procesos de culpa puede dificultar el proceso terapéutico y ser un indicador de mal pronóstico o de complicaciones en el curso de la ayuda, véase por ejemplo en los procesos de duelo.

Existe una amplia literatura clínica que relaciona culpa y psicopatología (Castilla del Pino, 1973, 2000; Colina, 2001, 2011; Freud, 1974; Grinberg, 1983, 2005; Klein, 2016; Lewis, 1971; Pereña, 2001; Pérez-Sales, 2006; Villagrán, 2011; Villegas, 2017). También existen estudios empíricos que apuntan en esta dirección (Harder, 1995; Harder, Cutler y Rockart, 1992). En consecuencia, su evaluación y tratamiento es central en el ámbito clínico. No en vano, en los últimos años, se han desarrollado diferentes propuestas de intervención terapéutica sobre procesos de culpa (García-Haro, 2014a,b,c; Pérez-Sales, 2006; Villegas, 2011, 2013, 2017).

Actualmente no existe una definición operativa y consensuada de sentimiento de culpa. Se podría utilizar la siguiente:

“La culpa es un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber transgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta (u omisión) de una persona ha derivado un daño a otra” (Echeburúa, Corral y Amor, 2001, p. 908).

Lewis (1971) la define como sentimientos de remordimiento por comportamientos deshonestos y/o preocupación por un perjuicio, real o imaginado.

Según Castilla del Pino, el rasgo fundamental de la culpa es el sentimiento que la acompaña. No sería exactamente pena ni tristeza, sino “pesar” o “pesadumbre” (Castilla del Pino, 1973).

En estas definiciones, y en otras similares, se describe la experiencia de la culpa tal y como se vivencia en la actualidad en nuestra cultura occidental. En esencia, dicha experiencia implica un conjunto o gestalt de elementos: una emoción dolorosa, que surge como consecuencia de una transgresión (real o imaginaria) de una norma moral o valor personalmente asumido, sobre todo cuando de la conducta (u omisión) indebida se deriva un daño o perjuicio (real o imaginario) para otra

persona. Como se puede apreciar, los aspectos morales y relacionales están en el núcleo de la definición de culpa. A lo anterior habría que añadir la creencia por parte del protagonista de que la conducta indebida (externa o interna) estaba bajo su control y que, por tanto, era evitable (García-Haro, 2014a).

En la práctica clínica son comunes las siguientes combinaciones: el sujeto que habiendo cometido una transgresión moral (real o imaginaria) se siente culpable aunque no haya causado daño o perjuicio a otra persona (caso del obsesivo que se culpa por pensar cosas “malas” o de Archibaldo de la Cruz, en la película de Patiño y Buñuel *Ensayo para un crimen*); la persona que habiendo cometido un perjuicio objetivo a otra persona se siente culpable aunque no haya cometido ninguna transgresión moral (caso de quien atropella a un caminante que cruzó indebidamente una calle); o el sujeto que habiendo cometido una transgresión moral (al menos socialmente) de la que se deriva un daño real, no se siente nada culpable y acaso hasta se sienta “víctima” (caso de muchos maltratadores machistas). Finalmente, estaría la persona que siendo víctima de una agresión, se siente culpable de ello (caso de algunas personas abusadas sexualmente).

Clásicamente, la culpa y la vergüenza, al menos en su versión desadaptativa, se han considerado elementos importantes en la dinámica generadora de muchos trastornos psicológicos. Lewis (1971) distingue estas dos emociones interrelacionadas mediante el papel desempeñado por el *self* en ellas. En la culpa, el foco se centra en la acción realizada. En cambio, en la vergüenza, el *self* es el foco de evaluación y escrutinio, lo que constituye una experiencia debilitante que conlleva a menudo a una crisis de identidad que provoca una parálisis, por lo menos temporal. Esto no ocurre en la culpa, en la que la evaluación se centra no tanto “en lo que soy”, sino “en lo que he hecho”, acompañándose de remordimiento y de deseos de reparación, y, por tanto, de actuar. La distinción *self*/conducta cuenta con bastante apoyo empírico (Tangney, 1990a, 1995; Tangney y Dearing, 2002).

La relevancia de los sentimientos de culpa y su regulación moral en el ámbito de la psicología clínica resulta indudable (Villegas, 2017). Sin embargo, apenas existen investigaciones empíricas al respecto. Esto se debe principalmente a tres razones:

1. Una primera razón es conceptual. La culpa es una emoción compleja. Se requiere como condición necesaria el desarrollo de cierta noción del yo. Resulta difícil encontrar en los manuales de psicopatología al uso, un marco teórico consensuado acerca de qué se entiende por culpa, cómo se evalúa, cómo funciona en la dinámica psicopatológica, cuando es adaptativa y cuando deja de serlo, y, sobre todo, cómo se afronta en la vida cotidiana y en la práctica psicoterapéutica. Habitualmente el tratamiento que se hace en psicología y psiquiatría de la culpa (y en general de las emociones) es presentándola como si fuera una entidad natural. Es decir, como si siempre hubiese existido, no construida, disociada de las prácticas sociohistóricas. Pero, como otras muchas nociones “científicas” que forman parte de la cultura psicológica, esto no es así. Las categorías psicológicas que utilizamos

para dar cuenta de la acción humana en general, y las referidas al desarrollo moral en particular, no pueden separarse sin ingenuidad de las prácticas sociales (religiosas, morales, jurídicas, científicas, etc.) que las han conformado históricamente. Repárese a modo ilustrativo en que la culpa del depresivo actual no es igual a la del campesino cristiano medieval (García-Haro, 2015).

2. Otra razón es operativa. Resulta difícil evaluar la culpa mediante instrumentos psicométricos. Existe el problema de las diferencias semánticas en diversas culturas. Esto impide establecer conclusiones generales. Por ejemplo, el término inglés *shame* se halla más cercano a lo que para nosotros es la culpa que el término castellano “vergüenza”. Por otro lado, no se pueden evaluar los aspectos inconscientes de la culpa mediante cuestionarios. Los sentimientos de culpa han constituido un pilar fundamental del pensamiento psicoanalítico desde las primeras teorizaciones de Freud sobre el complejo de Edipo, los orígenes del *superyó* y la génesis de determinados trastornos neuróticos, tales como la melancolía y la neurosis obsesiva. Su relevancia fue analizada no solo a nivel de individuo sino también a nivel colectivo donde reaparece como un elemento fundamental en el nacimiento de la cultura (Freud, 1974).

3. Pero probablemente, la razón más importante sea metodológica. La investigación psicopatológica actual se interesa en el establecimiento de relaciones de causalidad entre ciertas variables y determinados trastornos, de forma que sea posible la explicación, predicción y control de la conducta psicopatológica (Chorot, Pérez-Llantada y Sandín, 2008). Para conseguir este fin, se pueden seguir dos rutas bien diferenciadas: 1) la que parte de los diagnósticos clínicos (DSM/CIE) para, a partir de ahí, estudiar sus procesos explicativos subyacentes (alteraciones de atención, memoria, razonamiento, etc.), y 2) la que parte de los procesos psicológicos (véase los procesos afectivos), para, a partir de ahí, estudiar su influencia en la génesis, inicio o mantenimiento, de los diferentes trastornos mentales. Cada opción tiene sus ventajas y desventajas. La ruta más utilizada por los psicopatólogos experimentales es la primera. En nuestra opinión, la más útil, al menos desde un punto de vista terapéutico, sería la segunda.

Sólo en las últimas décadas se ha iniciado el estudio empírico de la culpa y sus efectos. Si bien desde una perspectiva básica (desde la psicología de la emoción y del desarrollo moral) más que desde un enfoque aplicado a la clínica. Existe un sólido cuerpo de evidencia que muestra que la vergüenza es una emoción central en la dinámica generadora de muchos procesos y trastornos psicopatológicos, tanto en la infancia como en adultos (Villagrán, 2011). Sin embargo, la relación entre culpa y psicopatología es menos clara. Hay estudios que apuntan a que los efectos patológicos de la culpa se producirían sólo cuando la culpa apareciera fusionada a la vergüenza. Es entonces cuando la culpa llevaría a la rumia obsesiva y al autocastigo. Se trata esta última de una tesis que está en investigación y aún no resuelta (Tangney y Dearing, 2002). En contraste, los datos empíricos apuntan a que la culpa es una emoción más positiva que la vergüenza en el plano interpersonal

(Etxebarria, 2014), sobremanera cuando se asocia a la empatía (Hoffman, 1998, 2000).

A la hora de evaluar la culpa se han utilizado diferentes procedimientos. Se han utilizado técnicas proyectivas en las que se solicita a la persona que complete historias incompletas con argumentos de alguna transgresión (test de historias incompletas). Se ha observado directamente la conducta del sujeto después de que haya cometido una transgresión. Esto se ha hecho con niños, mediante la observación de las expresiones faciales. De este modo, se sabe que el sentimiento de culpa se detecta durante el segundo año de vida, así como otras emociones secundarias o complejas, como el desconcierto, la vergüenza, la envidia y el orgullo, que son las que requieren para su expresión una mayor interacción sociocultural (Lewis, 1992; Stipek, Recchia, McClintic y Lewis, 1992). En la práctica clínica, la manera más común de medir la culpa es a través de la entrevista y mediante el uso de autoinformes (inventarios, cuestionarios y escalas). Aunque el sentimiento de culpa es un ítem frecuentemente presente en numerosos cuestionarios de evaluación clínica (véase el BDI, el LSB-50, etc.), y hasta muchos cuestionarios incluyen subescalas de culpa (véase el factor L del 16PF de Cattell), lo cierto es que pocos cuestionarios estudian específicamente la culpa y sus procesos.

El objetivo de este trabajo es revisar qué instrumentos existen para evaluar la culpa en adultos y detectar qué necesidades y carencias nos encontramos en la investigación en este campo.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de los instrumentos propuestos para la medida de la culpa en psicopatología y psicoterapia. Se empieza por una búsqueda de la literatura primaria en las diferentes bases de datos relacionadas con el tema del estudio: “*PubMed*”, “*Medline*”, “*PsycINFO*” y “*Psicodoc*”. Se utilizan palabras clave tanto libres como indexados (descriptores seleccionados del tesauro). Los descriptores de búsqueda (términos MESH) introducidos han sido: “*guilt*”; “*shame*”; “*evaluation*”; “*self report*”. Se realizaron numerosas combinaciones utilizando operadores booleanos, truncamientos y comodines. Se limitó la búsqueda a estudios en inglés y castellano, publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2018. Como filtro de búsqueda se usó el idioma (“inglés” y “español”) y un criterio temporal (“últimos 18 años”). Todos los títulos y resúmenes encontrados por la estrategia de búsqueda anterior fueron filtrados según la pertinencia para el objetivo del estudio. En un segundo momento, se utilizaron algunas de las referencias propuestas en los resultados arrojados para llegar a nuevas fuentes bibliográficas. A mayores, se incluyeron datos obtenidos de estudios encontrados a través de una búsqueda por la conocida como “literatura gris” o “no convencional”. La anterior estrategia de búsqueda fue actualizada hasta 31.12.2018.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la búsqueda. En primer lugar, se describen los instrumentos disponibles en castellano. Posteriormente, los disponibles en lengua inglesa, algunos aún no validados en población española. Para cada uno se proporciona una referencia bibliográfica, una breve descripción de la escala y del modo como fue confeccionada, así como información psicométrica sobre su validez y fiabilidad. Finalmente, en cada sección se puede encontrar una tabla resumen de los instrumentos descritos.

Instrumentos disponibles en castellano

1. *Escala de culpa en relaciones de pareja* (Álvarez, García y Rivera, 2014)

Se trata de una escala multidimensional para evaluar las dimensiones que integran la culpa en la relación de pareja. La validación del instrumento se llevó a cabo en dos etapas. La primera tuvo como objetivo identificar los componentes involucrados en las manifestaciones de culpa, sus causas y consecuencias en la interacción de pareja. Consistió en un análisis exploratorio realizado a través de la técnica de redes semánticas, con base en que a través del lenguaje cotidiano de los individuos se puede conocer la representación de algún fenómeno. Para ello, se utilizó un cuestionario con frases-estímulo dirigidas a evaluar el significado, las causas, las consecuencias y los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la culpa. Por ejemplo: “*Siento culpa con mi pareja cuando...*”, “*Cuando me siento culpable con mi pareja pienso...*” y “*La culpa en mi relación de pareja ocasiona...*”. Los sujetos tenían que escribir de 5 a 10 palabras que describieran cada uno de los estímulos presentados. Posteriormente y con la información obtenida, se elaboró una escala tipo Likert, con seis intervalos de respuesta desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 6 (*totalmente de acuerdo*), que fue validada en la segunda etapa mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal. En una segunda fase, se obtuvo la validez de constructo con una muestra de 850 participantes de la Ciudad de México. La escala de culpa en la relación de pareja quedó integrada por un total de 72 reactivos, distribuidos en cinco subescalas, con un Alfa de Cronbach global de .929 y una varianza explicada de 63.13. La estructura factorial se comprobó a partir de ecuaciones estructurales, obteniéndose índices de bondad de ajuste adecuados, por lo que se puede concluir que es un instrumento válido.

Las cinco subescalas son las siguientes:

1. *Significado de la culpa*: se comprobó que es percibida en la relación de pareja como algo negativo que va en contra de sus valores y que genera malestar al reflexionar sobre el daño causado a la pareja. Por otro lado, destaca el componente empático, pues los sujetos informaron de que es importante preocuparse por el bienestar de la pareja y consideran necesario la manera de reparar el daño causado.

2. *Causas de la culpa*: las más frecuentes tienen que ver con situaciones en las

que se percibe el sufrimiento de la pareja como consecuencia de sus acciones. Sobre todo en relación a la violencia y a la falta de compromiso por parte de uno de los miembros de la pareja (como no escuchar a la pareja, evitarla, dedicarle poco tiempo...).

3. *Consecuencias de la culpa*: los datos obtenidos indican que la culpa provoca conflicto y ansiedad en la pareja.

4. *Revaloración*: los miembros de la pareja reflexionan sobre las emociones negativas que les provoca, pensar en qué hicieron mal, en acciones de corrección y en cómo evitar esta experiencia, como resultado de sentir remordimiento, tristeza y arrepentimiento por el daño causado a su pareja.

5. *Efectos de la culpa*: esta subescala permite conocer qué acciones llevan a cabo las personas para reparar el daño que causan a su pareja. Se identificaron varios factores: el primero tiene que ver con la reparación del daño, es decir, resolver la situación y enmendar el sufrimiento de la pareja. De acuerdo con los participantes, esto se realiza a través de conductas tales como hablar para resolver la situación, ponerse en el lugar del otro, demostrarle afecto, pedir perdón, recuperar la confianza y ser más atento con la pareja. Estas conductas van dirigidas específicamente a procurar que el otro se sienta mejor. Los otros factores buscan principalmente el beneficio propio. Un ejemplo de esto sería la compensación que trata de reparar la mala conducta a través de regalos. Este hecho parece tener la finalidad de que la pareja se sienta mejor, aunque en el fondo no le interese su bienestar emocional. Otro aspecto negativo de esta subescala es la manipulación y el chantaje.

Según los autores, se pudo concluir que la culpa es una emoción que representa un papel determinante en las relaciones de pareja. Cuando un integrante de la pareja se considera responsable del sufrimiento del otro, motiva conductas dirigidas a la reparación del daño y a la autocorrección, lo que lleva a la mejora de sus relaciones. Estos aspectos se ven reflejados en la escala multidimensional de culpa, que con sus subescalas y factores, discriminan adecuadamente entre los dos aspectos positivos y negativos.

2. *Escala de Sentimiento de Culpa (SC-35; Zabalegui, 1993, 1997)*

Es un cuestionario de lápiz y papel de 35 ítems (hay otra versión de 32) elaborado con una muestra española. Tiene cuatro categorías de respuesta: *falso* (=1 punto), *más falso que verdadero* (= 2 puntos), *más verdadero que falso* (= 4 puntos) y *verdadero* (= 5 puntos). Los ítems negativos, es decir, que afirman algo contrario a la culpabilidad (el 1 y el 31) reciben una puntuación inversa: *falso* (= 5 puntos), *más falso que verdadero* (= 4 puntos), *más verdadero que falso* (= 2 puntos) y *verdadero* (= 1 punto). A un ítem sin contestar o contestado incorrectamente (por ejemplo, con dos respuestas) se le adjudican 3 puntos. La suma de todos los puntos obtenidos en los 35 ítems es la puntuación total. A mayor puntuación total en la escala, mayor tendencia a experimentar sentimientos de culpa. Con una muestra de 396 universitarios de ambos sexos, la media obtenida fue igual a 82 y la desviación

típica igual a 20.

Procede del estudio de las principales aportaciones a la culpa hechas por diferentes modelos psicológicos. Integra múltiples dimensiones que aparecen involucradas en el concepto de culpa. Entre ellos los siguientes: labilidad emocional, baja autoestima, la culpa como mancha, tendencia intrapunitiva, autodesprecio, remordimiento, reparación, reacción por haber recibido anteriormente muchos castigos, culpa existencial, vergüenza, angustia producida por un superyó muy fuerte e insatisfacción por la vida pasada. Tras el análisis factorial se aislaron los siguientes factores:

Factor I. *Autodesprecio*: definido como *asco de sí mismo*; lo componen los ítems 34, 27 y 35 (e.g.: “*A veces he sentido asco de mí mismo*”).

Factor II. *Aprensión*: definido como *tendencia a culpabilizarse sin motivo (culpa infundada)*. Lo componen los ítems 20, 5, 4, 13 y 8 (e.g.: “*Cuando cometo un error, por pequeño que sea, lo paso muy mal*”).

Factor III. *Vergüenza y mancha*: la primera se define como un sentimiento que aparece siempre relacionado con la visión que tienen los otros. La segunda muestra la culpa como algo físico que infecta. Lo componen los ítems 16, 17, 21, 22, 11, 1 y 35. Es uno de los aspectos más primitivos de la culpa (e.g.: “*Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima*”).

Factor IV. *Sentimiento de indignidad en toda relación*: definido como la *incapacidad de amar o ser amado sin sentir culpa*; lo componen los ítems 18, 12, 14 y 13 (e.g.: “*Tengo la sensación de ‘romper’ todo aquello que toco*”).

Factor V. *Necesidad de reparación*: definido como la disposición a enmendar, a arreglar el mal realizado, a pagar las deudas contraídas; lo componen los ítems 33 y 6 (e.g.: “*Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren*”).

Factor VI. *Insatisfacción con la vida pasada*: definido como aquel sentimiento molesto, no verbalizado, *indecible*, que proviene de los fallos cometidos durante el pasado. El comportamiento anterior pesa, culpabiliza. Lo componen los ítems 9, 7 y 31 (e.g.: “*Hay cosas en mi pasado de las que no quiero ni acordarme*”).

Además de los seis factores anteriores, también se detectan, aunque en menor medida, algunos otros que añaden matices a la experiencia de culpa en algunas personas. Por ejemplo, sentir el desagrado de un *superyó exigente*, sufrir depresión por una *baja autoestima* o vivir la angustia de *defraudar las expectativas de los otros*.

Ejemplos de ítems serían: “*Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno tiene lo que se merece*” y “*Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo*”.

Esta escala mide la tendencia o disposición a experimentar sentimientos de culpa, como característica actitudinal (rasgo) de la persona. Es decir, a ser propenso a culpabilizarse. Cuanta más puntuación obtenga una persona en esta escala, más insegura, más aprensiva, más atormentada, más preocupada y más meticulosa será.

Se piensa que los sujetos con mayores puntuaciones presentarán manifestaciones clínicas de psicopatología cuando se enfrenten a vivencias de culpa. Tiene una consistencia interna adecuada (Alfa de Cronbach = .88), y ha sido puesto a prueba satisfactoriamente en algunos estudios como el realizado con toxicómanos y pacientes con SIDA (García, Gorospe, López y Vázquez, 1997). Además, presenta una aceptable validez concurrente con el 16 PF ($r=.64$).

3. Escala de Sentimiento de Culpa (ESC; Berrios et al., 1992)

Es una escala cuyo objetivo es identificar y cuantificar diferentes aspectos relacionados con la culpa en el trastorno depresivo mayor. Además, pretende aplicarse en estudios de correlación con posibles marcadores neurobiológicos. Se trata de un cuestionario de lápiz y papel de 7 ítems con cuatro opciones de respuesta que puntúan de 0 a 2. Los resultados del análisis factorial han aislado dos factores, claramente definidos, responsables del 58% de la varianza: 1) *culpa cognitiva/actitudinal* (ítems 2, 4, 5, 7) relacionada con la vergüenza y la culpa delirante y 2) *culpa humor/sentimiento* (ítems 1, 3, 6) relacionada con la culpa afectiva.

Berrios et al. (1992) informaron de una consistencia interna (Alfa de Cronbach) para los ítems 2, 4, 5 y 7 de .80, .86, .69 y .59 y para los ítems 1, 3 y 6 de .68, .83 y .55, respectivamente.

Está adaptado a población española por Pérez, Martín-Santos, Bulbena y Berrios (2000). De acuerdo con Robins, Nofle y Tracy (2007) es poco usada.

Se presenta un resumen de los instrumentos anteriores en tabla 1.

Tabla 1. Instrumentos disponibles en castellano.

Identificación	Aplicación y formato	Dimensiones
<i>Escala de culpa en relaciones de pareja</i> (Álvarez, García y Rivera, 2014).	Cuestionario frases-estímulo. Escala tipo Likert con 6 intervalos de respuesta. Consta de 72 ítems.	Evalúa significado de la culpa, causas y consecuencias, revaloración y efectos.
<i>Escala de Sentimiento de Culpa (SC-35;</i> Zabalegui, 1993, 1997).	Escala tipo Likert que consta de 35 ítems con 4 categorías de respuesta.	Evalúa diversos factores: <i>autodesprecio, tendencia a culpabilizarse sin motivo, vergüenza, incapacidad de amar o ser amado sin sentir culpa, disposición a enmendar e insatisfacción con la vida pasada.</i>
<i>Escala de Sentimiento de Culpa (ESC;</i> Berrios et al., 1992).	Consta de 7 ítems, con 4 opciones de respuesta.	Evalúa <i>culpa cognitiva/actitudinal</i> y <i>culpa humor/sentimiento</i> .

Instrumentos disponibles en lengua inglesa

1. *The Test of Self-Conscious Affect* (TOSCA; Hanson y Tangney, 1995; Tangney y Dearing, 2002; Tangney, Dearing, Wagner y Gramzow, 2000; Tangney, Wagner y Gramzow, 1992)

Se desarrolla a partir del *Self-Conscious Affect and Attribution Inventory* (SCAAI) de Tangney (1990b). Se trata de un cuestionario de lápiz y papel donde se describen varias situaciones de la vida cotidiana. Consta de 15 escenarios (10 negativos y 5 positivos). Para cada escenario, se presentan varias reacciones posibles. Un ejemplo de escenario es: “*Estás conduciendo por la carretera y atropellas a un pequeño animal*”. Las reacciones serían: (A) *Podrías pensar que ese animal no debería haber estado en la carretera*. (B) *Pensarías: “Soy terrible”*. (C) *Pensarías: “Bueno, es un accidente”*. (D) *Te sentirías mal por no haber estado más atento mientras estabas conduciendo*.

Todas las reacciones se califican en una escala de 5 puntos, donde el sujeto ha de elegir entre 1 (*no probable*) y 5 (*muy probable*), según su tendencia a responder de esa manera. Se trata de evaluaciones percibidas (lo que uno cree que haría).

Una ventaja de las medidas basadas en escenarios es que dependen menos de las habilidades verbales de los sujetos, por ejemplo, no es necesario que sepan distinguir entre los constructos de vergüenza y culpa (Rüsch, Corrigan, Bohus, Jacob, Brueck y Lieb 2007).

El cuestionario incluye las seis subescalas siguientes:

1. *Propensión a la vergüenza*: definida como la tendencia a realizar evaluaciones negativas sobre sí mismo. Es un buen predictor de los sentimientos de culpa, vergüenza y otras emociones autocriticas pero no predice acción compensatoria. Las personas propensas a la vergüenza se enfocan en los aspectos negativos, estables e invariables del *self*, lo que les dirige a sentirse indefensos, a exteriorizar la culpa, a escapar y a tener más comportamientos contraproducentes (Fontaine, Luyten, De Boeck y Corveleyn, 2001).

2. *Propensión a la culpa*: definida como la motivación para la reparación y no tanto como los sentimientos de culpa, es decir, la tendencia a responder a las malas acciones propias con una acción compensatoria. Para evitar confusiones consideramos que una mejor etiqueta sería “propensión a la reparación”.

Los ítems que diferencian predisposición a la culpa de predisposición a la vergüenza son ítems que tratan sobre comportamiento reparador, no sobre la experiencia afectiva de culpa. Las correlaciones entre la escala de propensión a la culpa y los sentimientos crónicos de culpa son muy bajas. En cambio, la escala de predisposición a la vergüenza correlaciona fuertemente con sentimientos de vergüenza y culpa crónicas (Fontaine et al., 2001).

3. *Alfa orgullo*: referido al orgullo global del *self* (de sí mismo).

4. *Beta orgullo*: referido al orgullo de una conducta específica o un logro (de lo que uno hace).

5. *Externalización de la culpa*: tendencia a culpar a otros.

6. *Distanciamiento-despreocupación*: minimización de la seriedad de la situación.

La validez de constructo de este cuestionario ha sido criticada porque conceptualiza la predisposición a la culpa como un estilo de acción muy adaptativo (Harder, 1995) y porque esta predisposición no está relacionada con un constructo de culpa latente (Ferguson y Crowley, 1997).

Tangney y Dearing (2002), informaron de una consistencia interna (Alfa de Cronbach) para la *escala de vergüenza* de .77, para la *escala de culpa* .78, para *alfa orgullo* .48, para *beta orgullo* .51, para *externalización de la culpa* .75 y para *distanciamiento* .72.

De acuerdo con Robins et al. (2007) es frecuentemente usado.

Aunque no está validado en población española, en el estudio de Rodríguez, Cañas, Pinto, Gotzone y Ugartechea (2005) se realizó una validación preliminar llevando a cabo un análisis de validez concurrente y discriminante. Además, calcularon la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach para cada una de las subescalas. Los resultados que encontraron fueron alentadores para continuar investigando sobre este cuestionario, proporcionando las bases para utilizarlo en muestras españolas en el futuro.

2. *The Guilt Inventory* (GI; Jones, 2000; Jones, Schratte y Kugler, 2000; Kugler, 1989; Kugler y Jones, 1992)

Se trata de un cuestionario de lápiz y papel de 45 ítems con opciones de respuesta según una escala de 5 opciones (*fuertemente en desacuerdo*, *desacuerdo*, *indeciso*, *de acuerdo* y *fuertemente de acuerdo*). Se desarrolló utilizando el método racional para medir culpa como rasgo y estado, así como estándares morales generales. En esta escala se evalúan tanto las experiencias recientes como las tendencias generales a experimentar las formas desadaptativas de culpa y arrepentimiento. Se utiliza principalmente en investigación clínica y de personalidad.

Incluye tres subescalas:

1. *Culpa-rasgo*: definida como un sentido continuado de culpa más allá de las circunstancias inmediatas. Incluye 20 ítems.

2. *Culpa-estado*: definida como sentimientos de culpa a partir de una transgresión actual o reciente. Incluye 10 ítems.

3. *Estándares morales*: definida como un código de principios morales generales sin referencia a conductas o creencias específicas. Incluye 15 ítems.

Un ejemplo de ítem sería: “*Hace poco he hecho algo que lamento profundamente*”.

Kugler y Jones (1992) informaron de una consistencia interna (Alfa de Cronbach) para *culpa-rasgo* de .89, para *culpa-estado* de .83, y para *estándares morales* de .81, en una muestra de 1041 adultos. La fiabilidad test-retest sobre un intervalo de 10 semanas fue de .72 para *culpa-rasgo*, .56 para *culpa-estado* y .81 para *estándares morales*.

Según los autores, las escalas de *culpa rasgo* y *culpa estado* han demostrado

fuertes correlaciones con depresión, ansiedad, soledad y timidez. Indican que tener una puntuación alta en la subescala culpa rasgo está inversamente relacionado con auto-descripciones de sentirse satisfecho, confortable y competente.

De acuerdo con Robins et al. (2007) es frecuentemente usado.

En México, Fernández de Ortega y Reidl (2005) estandarizaron la escala de Kugler y Jones (1992) que evalúa la culpa como rasgo, estado y los estándares sociales. Sin embargo, a pesar de considerar las interacciones interpersonales, no está dirigida a las relaciones amorosas.

3. *Interpersonal Guilt Questionnaire* (IGQ-45/IGQ-67; O'Connor, Berry, Weiss, Bush y Sampson, 1997)

Se trata de un cuestionario desarrollado para medir la culpa en relación con la creencia a hacer daño a otras personas. A diferencia de las anteriores, este instrumento se centra en aspectos interpersonales del sentimiento de culpa. La primera versión (IGQ-45) consta de 45 ítems basados en observación clínica y teórica. Para mejorar la fiabilidad, se desarrolló la otra versión (IGQ-67), con un número de ítems mayor en cada subescala y una mayor correlación entre los ítems.

Se compone de cuatro subescalas:

1. *Culpa por sobrevivir*: derivada de la creencia de que a uno le van mejor las cosas que a otros en la vida en general y, por supuesto, ante la muerte. Ejemplos de ítems de esta escala serían: "*Oculto o minimizo mi éxito*" y "*Me siento incómodo hablando de mis logros en situaciones sociales*".

2. *Culpa por separación/deslealtad*: provocada por no estar cerca de las personas significativas. Por ejemplo: "*Pienso que pueden ocurrirle cosas malas a mi familia si no estoy en contacto con ellos*" y "*Prefiero hacer las cosas del modo que las hicieron mis padres*".

3. *Culpa por responsabilidad omnipotente*: derivada de la creencia de que uno es responsable del bienestar de las personas que le rodean y que uno tiene el poder para hacer felices a los demás. Frecuentemente, las personas que sienten culpa por sobrevivir y por separación también sienten este tipo de culpa. Ítems característicos de esta subescala son "*Me preocupo mucho por mis padres, hijos o hermanos*" y "*Es muy difícil para mí cancelar los planes si sé que la otra persona está deseando verme*".

4. *Odio contra uno mismo*: autodesprecio por errores e incapacidad. Según O'Connor et al. (1997), es una forma de culpa que puede presentarse de acuerdo con padres severos castigadores y negligentes. Las personas aceptarían esta visión negativa de sí mismos para mantener una conexión con sus padres u otros seres queridos. Ejemplos de ítems de esta subescala son: "*Si algo malo me ocurre, siento que lo merezco*" y "*No merezco el respeto ni la admiración de otras personas*".

Los ítems deben responderse utilizando una escala de 5 puntos.

O'Connor et al. (1997) informaron para la versión de 45 ítems de una consistencia interna (Alfa de Cronbach) para *culpa por sobrevivir* de .79 (26 ítems), para *culpa por separación/deslealtad* de .64 (5 ítems), para *culpa por responsabi-*

lidad omnipotente de .74 (8 ítems) y para odio contra uno mismo de .85 (6 ítems). Para la versión de 67 ítems se obtuvo: para culpa por sobrevivir, .85 (22 ítems), para culpa por separación/deslealtad, .82 (15 ítems), para culpa por responsabilidad omnipotente .83 (14 ítems) y para odio contra uno mismo de .87 (16 ítems).

Según los autores, ambas versiones cuentan con una adecuada consistencia interna. Sin embargo, el IGQ-67 parece tener mejores propiedades psicométricas debido a que se desarrolló con un número mayor de ítems iniciales, permitiendo la selección de los más fiables. Aunque no existe una subescala de vergüenza, los autores señalan que existe una relación muy fuerte entre ésta y la subescala de culpa por sobrevivir.

Es usado principalmente en investigaciones clínicas. De acuerdo con Robins et al. (2007) es utilizado ocasionalmente.

4. *Guilt Sensitivity Scale* (GSS; Perdighe et al., 2015)

Evalúa la sensibilidad a los sentimientos de culpa investigando la tendencia a evitar estos sentimientos, su influencia en la vida de la persona y su capacidad para tolerarlo. Los autores definen la sensibilidad a la culpa como la tendencia a sobreestimar las consecuencias de experimentar culpa, tanto en términos de intolerabilidad y el significado catastrófico que se asocia a esta experiencia emocional, como las consecuencias sobre la propia vida a nivel social e interpersonal (por ejemplo, la estigmatización). Consta de 10 ítems, y cada ítem se responde mediante una escala de 7 puntos, que va desde 1 (*nunca*), hasta 7 (*siempre*).

Ejemplos de ítem serían: “*Tengo la impresión de que la gente tolera la culpa mejor que yo*” y “*Tengo miedo a ser regañado*”. Tras el análisis estadístico, se encontraron dos factores: el primero es la experiencia emocional negativa, que mide el rasgo doloroso e inaceptable de la experiencia de culpa y a la vez la dificultad para lidiar con ello psicológicamente. Según los autores, la consistencia interna de este factor sería de .79. El segundo factor es el miedo a la culpa y a la reprimenda. Es decir, la culpa anticipatoria y el temor a sus consecuencias. Encontraron una consistencia interna de .63.

5. *Inappropriate and Excessive Guilt Scale* (IEGS; Tilghman-Osborne, Cole y Felton, 2012)

Los investigadores tienden a estar de acuerdo en que el concepto más amplio de culpa incluye inherentemente un sentido de responsabilidad (Barrett, Zahn)

Waxler y Cole, 1997; Caprara, Manzy y Perugini, 1992; O'Connor, Berry y Weiss, 1999; Zahn-Waxler y Kochanska, 1990). Estos autores definen la culpa como una combinación de afecto negativo y la creencia de que uno es responsable de un resultado particular. Sugieren que la culpabilidad se vuelve inapropiada cuando involucra “preocupaciones o rumiaciones sobre fallos menores”. Una de esas manifestaciones de culpa se produce cuando las personas asumen la responsabilidad de los resultados sobre los cuales tienen poco o ningún control. Tilghman-Osborne, Cole y Felton (2010), definen el aspecto inapropiado de la culpa como las cogniciones negativas asociadas con la asunción errónea de la responsabilidad.

Asimismo, consideran que el aspecto excesivo de la culpa es el efecto negativo desproporcionado en respuesta a un contratiempo para el cual se ha asumido tal responsabilidad. En la creación de este instrumento, los autores se enfocaron explícitamente en la experiencia de culpabilidad y trataron de evitar la contaminación de la deseabilidad social y otros constructos como la depresión, la ansiedad y la somatización. Esta escala cuenta con 24 escenarios hipotéticos que reflejan una amplia gama de situaciones. Para cada escenario, construyeron dos posibilidades, una reflejando culpa inapropiada y la otra reflejando una culpabilidad excesiva. Los sujetos deben responder cada ítem con una escala de Likert de 3 puntos (0 = *No en absoluto*, 1 = *Un poco*, 2 = *Mucho*). Un ejemplo de ítem sería: “*Tu madre dice que quiere un libro para su cumpleaños. Le regalas ese libro, pero a ella no le gusta*”.

Culpa inapropiada: “*Pensaría: Es mi culpa, arruiné su cumpleaños*”.

Culpa excesiva: “*Me sentiría mal cada vez que viera el libro*”.

Otro ejemplo: “*Tus abuelos están de vacaciones y se olvidan de enviarte una tarjeta de cumpleaños*”.

Culpa inapropiada: “*Pensaría usted: Hice algo malo*”.

Culpa excesiva: “*Seguiría pensando en todas las cosas malas que hice que podrían haber causado*”.

La prueba ha demostrado una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .94.

Los niños y adolescentes no suelen ser capaces de experimentar una culpa inapropiada sin experimentar también una culpabilidad excesiva, y viceversa.

Se encontró evidencia de validez de convergencia, discriminante y de constructo de la IEGS. Apoyando la validez convergente, el IEGS correlacionó significativamente con otras medidas de culpabilidad. Apoyando la validez discriminante, el IEGS no estaba relacionado con una medida de deseabilidad social, lo que indica que las respuestas de los participantes no fueron excesivamente afectadas por el sesgo de respuesta positiva. Apoyando la validez de constructo, el IEGS se relacionó significativamente con las medidas de los errores cognitivos negativos y la depresión.

6. *Trauma related guilt inventory* (TRGI; Kubany, 2004; Kubany et al., 1995; Kubany et al., 1996; Kubany y Haynes, 2001; Kubany y Watson, 2003)

Incluye 32 ítems distribuidos en tres escalas y con un formato de respuesta tipo Likert: 0 (*nada cierto/nunca*), 1 (*un poco cierto/raras veces*), 2 (*algo cierto/algunas veces*), 3 (*muy cierto/frecuentemente*) y 4 (*totalmente cierto/siempre*). Es un autoinforme aplicable a adultos a partir de los 18 años con un mínimo nivel de lectura.

Evalúa aspectos cognitivos y emocionales de la culpa asociada a un acontecimiento traumático (guerras, accidentes de tráfico, abuso sexual o psicológico o muerte de un ser querido). Para los autores, la culpa se define como un sentimiento displacentero que se acompaña de creencias sobre que uno debería haber pensado, sentido o actuado diferente y supone responsabilidad, sensación de haber obrado mal y/o de insuficiente justificación de actos realizados. Se desarrolló a partir del

trabajo clínico con supervivientes de trauma, revisiones bibliográficas, escalas de culpa disponibles y entrevistas estructuradas seguidas de análisis factorial exploratorio.

Las escalas son:

1. *Escala de culpa global*: formada por cuatro ítems y entendida como una combinación entre malestar emocional y creencias de culpa.

2. *Escala de malestar emocional*: formada por siete ítems que evalúan el nivel de malestar que siente el individuo por el acontecimiento traumático. Se trata de una escala altamente correlacionada con medidas de depresión y de trastorno por estrés postraumático.

3. *Escala de cogniciones de culpa*: formada por 16 ítems distribuidos en tres subescalas: 1) *la escala de sesgo por retrospección/responsabilidad* (7 ítems), 2) *la escala de obrar mal* (5 ítems) y 3) *la escala de insuficiente justificación* (4 ítems). Seis ítems más que se refieren a cogniciones generales y que no se agrupan de forma exclusiva en ninguna de las tres subescalas en los análisis factoriales realizados.

Las tres subescalas, dentro de las cogniciones de culpa, se definen como:

1. *Sesgo por retrospección/responsabilidad*: se refiere a la responsabilidad percibida por un acontecimiento o consecuencia negativos y al sesgo que implica juzgar las acciones, conductas y emociones pasadas en función de la información que se tiene sobre la situación en el presente.

2. *Obrar mal*: definida como la percepción de haber violado los valores propios y estrechamente relacionada con el concepto de culpa religiosa y pecado.

3. *Insuficiente justificación*: evalúa la justificación que el individuo da a las acciones que llevó a cabo ante el acontecimiento traumático y la validez de las razones que esgrime para actuar como lo hizo.

Ejemplos de ítems serían: “*Aún me siento angustiado por lo que sucedió*”, “*Me siento culpable por lo que pasó*” o “*Tuve sentimientos que no debería haber tenido*”.

El cuestionario también permite evaluar, a través de cinco preguntas, el tipo de culpa que experimenta el individuo relacionada con los sentimientos que tuvo y no tuvo durante el acontecimiento, los pensamientos que tuvo durante el acontecimiento, así como su actuación y su falta de respuesta durante tal suceso. Los autores también proponen analizar aquellas respuestas extremas (*muy cierto, siempre*) a determinados ítems que consideran críticos, puesto que indican importantes distorsiones en el individuo respecto a su responsabilidad en el acontecimiento, mala actuación durante el mismo, sesgo por retrospección e insuficiente justificación para su comportamiento.

El TRGI ha demostrado una fiabilidad satisfactoria, con un Alfa de Cronbach entre .67 y .82 para las subescalas de *sesgo por retrospección/responsabilidad*, *obrar mal* y la subescala de *insuficiente justificación*; y entre .86 y .90 para las otras tres escalas. Cuenta también con una validez adecuada (mediante análisis factorial confirmatorio y correlaciones con otros instrumentos) en grupos de personas que han experimentado estresores traumáticos (veteranos de guerra, mujeres que han

sufrido violencia física y víctimas de accidentes).

De acuerdo con Robins et al. (2007) es raramente usado.

Fue validada al español por Pereda, Arch, Però, Guàrdia y Forns (2011) en una muestra de universitarios. La adaptación que proponen demostró una validez de criterio más que satisfactoria. A través de un análisis factorial confirmatorio se corroboró la validez de constructo del TRGI, incluida la diferenciación entre los componentes emocional y cognitivo. Además, la estructura factorial de la escala original mostró un alto nivel de validez interna. En este estudio, los autores concluyen que el TRGI es una herramienta efectiva para evaluar la culpa tras eventos vitales traumáticos en población española.

Existen numerosos estudios que han utilizado el TRGI para investigar las experiencias de culpa en diferentes muestras. Owens, Chard y Cox (2008) utilizaron este cuestionario en una muestra de veteranos de guerra. Otro estudio se realizó con delincuentes violentos y agresores sexuales (Crisford, Dare, y Evangeli, 2008). Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer (2002) llevaron a cabo la investigación en una muestra de 171 mujeres víctimas de abusos y violencia sexual.

7. *Personal Feelings Questionnaire* (PFQ-2; Harder y Zalma, 1990)

Es una lista de palabras. Inicialmente fue desarrollado por Harder y Lewis (1987) con el fin de medir la frecuencia de la culpa y la vergüenza, dos emociones autoconscientes difíciles de distinguir empíricamente. Tiene dos escalas, una de culpa y otra de vergüenza. Consta de 21 ítems, de los cuales 6 ítems miden culpa (culpa moderada; preocupación sobre herir o perjudicar a alguien, culpa intensa, arrepentimiento; sentimiento de pesar y sentimiento de merecer críticas por lo que hiciste) y 10 evalúan vergüenza (avergonzado, sentirse ridículo, autoconciencia, sentirse humillado, sentirse “estúpido”, sentirse “infantil”, sentirse indefenso, paralizado; sentirse ruborizado; sentir que se ríen de uno y sensación de desagradar a los demás). Los ítems restantes, no se puntúan.

Los sujetos tienen que leer palabras como “remordimiento” o “sentirme ridículo” e indicar con qué frecuencia experimentan estos sentimientos. Se debe puntuar cada ítem con una escala Likert de 0 a 4 puntos (0=*Nunca*, 1=*Pocas veces*, 2=*Algunas veces*, 3=*Bastantes veces*, 4=*Muchas veces*).

Harder y Lewis (1987) y Harder y Zalma (1990) informaron de una consistencia interna de .78 para vergüenza y .72 para culpa. La fiabilidad test-retest fue de .91 para vergüenza y .85 para culpa.

Tiene una alta validez aparente, pero ha sido criticado por dos motivos. El primero de ellos es porque depende de la habilidad abstracta de los sujetos para entender y ser capaces de distinguir la diferencia entre culpa y vergüenza y las escalas de contenido. El segundo motivo, lo constituye el hecho de que rellenando la lista de palabras, los sujetos hacen declaraciones sobre sí mismos sin un contexto situacional. Esto puede ser adecuado para medir la propensión a la vergüenza pero no para la predisposición a la culpa pues ésta se encuentra asociada a un comportamiento en una situación específica. Este hecho hace que probablemente limita el

potencial de la lista para medir la diferencia entre predisposición a la culpa y a la vergüenza.

Hay una adaptación española realizada por Popa y Martínez-Arias (2013). En ella, se validó con una muestra de 2816 sujetos y obtuvo un Alfa de Cronbach .82 para el factor culpa y .83 para el factor vergüenza. De acuerdo a los resultados la versión española es conceptualmente equivalente a la original.

Para un resumen de los instrumentos anteriores véase tabla 2.

CONCLUSIONES

De la revisión que se ha realizado se desprenden una serie de limitaciones. La mayoría de instrumentos no delimitan bien culpa y vergüenza. Existe una confusión entre diferentes procesos de la culpa: estado/rasgo de la culpa, estado emocional de la culpa, eventos o situaciones de culpa, efectos de la culpa, tendencias de acción y estrategias de afrontamiento. La mayoría miden más la propensión a sentir culpa sin un contexto social que la culpa provocada por una situación concreta. Al mismo tiempo, no todos los instrumentos desarrollados han aportado información acerca de sus propiedades psicométricas. Son escasos los instrumentos que han sido adaptados y validados en población española. Por otro lado, ninguno de los instrumentos disponibles habían sido desarrollados para la evaluación de los elementos relacionales y estratégicos de la culpa. Desde la perspectiva de la práctica clínica, es preciso desarrollar instrumentos específicos de evaluación de procesos de culpa y diseñar módulos específicos de tratamiento para los mismos.

No cabe duda que la disposición de instrumentos de medida con una adecuada calidad son necesarios para el avance de la investigación. En este trabajo, se ha presentado un conjunto de instrumentos que pueden ser de utilidad a la investigación y a los profesionales que trabajan en salud mental, especialmente a psicólogos clínicos y psicoterapeutas. Los resultados ponen de manifiesto que en el momento actual faltan instrumentos validados en castellano para poder investigar adecuadamente procesos de culpa implicados en psicopatología y psicoterapia. Futuros trabajos deberían seguir examinando los diferentes procesos que componen la culpa y las propiedades psicométricas de este conjunto de instrumentos con la finalidad de mejorar la evaluación de los procesos de culpa en la edad adulta.

Tabla 2. Instrumentos disponibles en inglés.

Identificación	Aplicación y formato	Dimensiones
<i>The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA</i> ; Hanson y Tangney, 1995; Tangney y Dearing, 2002; Tangney, Dearing, Wagner y Gramzow, 2000; Tangney, Wagner y Gramzow, 1992).	Consta de 15 escenarios donde para cada situación se describen posibles reacciones calificadas en una escala de 5 puntos.	Se incluyen las siguientes subescalas: <i>propensión a la vergüenza, propensión a la culpa, orgullo global de sí mismo, orgullo de una conducta específica o logro, externalización de la culpa y distanciamiento-despreocupación.</i>
<i>Guilt Inventory (GI</i> ; Jones, 2000; Jones, Schratte y Kugler, 2000; Kugler, 1989; Kugler y Jones, 1992).	Consta de 45 ítems con opciones de respuesta según una escala de 5 opciones.	Incluye tres subescalas: <i>culpa-rasgo, culpa-estado y estándares morales.</i>
<i>Interpersonal Guilt Questionnaire (IGQ-45/IGQ-67</i> ; O'Connor, Berry, Weiss, Bush y Sampson, 1997).	Consta de 45 ítems en su primera versión (IGQ-45) y de 67 en la segunda (IGQ-67), utilizando una escala de 5 puntos. Están basados en la observación clínica y teórica.	Se compone de las siguientes subescalas: <i>culpa por sobrevivir, culpa por separación/deslealtad, culpa por responsabilidad omnipotente y odio contra uno mismo.</i>
<i>Guilt Sensitivity Scale (GSS</i> ; Perdighe et al., 2015).	Consta de 10 ítems, y cada ítem se responde mediante una escala de 7 puntos.	Se evalúan dos factores: <i>la experiencia emocional negativa y el miedo a la culpa y a la reprimenda.</i>
<i>Inappropriate and Excessive Guilt Scale (IEGS</i> ; Tilghman-Osborne, Cole y Felton, 2012).	Se trata de una escala tipo Likert de 3 puntos. Consta de 24 escenarios que reflejan diferentes situaciones, construyendo dos posibilidades para cada escenario.	Evalúa la experiencia de culpabilidad, centrándose en la culpa inapropiada y la culpa excesiva.
<i>Trauma related guilt inventory (TRGI</i> ; Kubany et al., 1995; Kubany et al., 1996; Kubany y Haynes, 2001; Kubany y Watson, 2003).	Incluye 32 ítems distribuidos en 3 escalas y con un formato de respuesta tipo Likert.	Consta de tres escalas: <i>culpa global, malestar emocional y cogniciones de culpa</i> y tres subescalas: <i>sesgo por retrospección/ responsabilidad, obrar mal e insuficiente justificación.</i>
<i>Personal feelings questionnaire (PFQ-2</i> ; Harder y Zalma, 1990).	Consta de 21 ítems y presenta dos escalas, una de culpa y otra de vergüenza. Se puntúa cada ítem con una escala Likert de 0 a 4 puntos.	Evalúa la frecuencia de la culpa y la vergüenza, dos emociones autoconscientes difíciles de distinguir empíricamente.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E., García, M. y Rivera, S. (2014). Medición de la culpa en la relación de pareja. *Ciencias Psicológicas*, 8(2), 115-128.
- Barrett, K. C., Zahn-Waxler, C. y Cole, P. M. (1997). Avoiders vs. amenders: Implications for the investigation of guilt and shame during toddlerhood. *Cognition and Emotion*, 7, 481-505. <https://bit.ly/2YHOs7O>
- Berrios, G. E., Bulbena, A., Bakshi, N., Denning, T. R., Jenaway, A., Markar, H., Martín-Santos, R. y Mitchell, S. L. (1992). Feelings of guilt in major depression: conceptual and psychometric aspects. *British Journal of Psychiatry*, 160, 781-787. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.160.6.781>
- Caprara, G. V., Manzi, J., y Perugini, M. (1992). Investigating guilt in relation to emotionality and aggression. *Personality and Individual Differences*, 13(5), 519-532. <https://bit.ly/2XXmOXb>
- Castilla del Pino, C. (1973). *La culpa*. Madrid, España: Alianza.
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona, España: Tusquets.
- Chorot, P., Pérez-Llantada, C. y Sandín, B. (2008). Métodos de investigación en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Coords.), *Manual de psicopatología. Edición revisada, Volumen I* (pp. 69-92). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Colina, F. (2001). *El saber delirante*. Madrid, España: Síntesis.
- Colina, F. (2011). *Melancolía y paranoia*. Madrid, España: Síntesis.
- Crisford, H., Dare, H. y Evangeli, M. (2008). Offence-related posttraumatic stress disorder (PTSD) symptomatology and guilt in mentally disordered violent and sexual offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(1), 86-107. <https://doi.org/10.1080/14789940701596673>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta*, 116(27), 905-929.
- Etxebarria, I. (2014). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. En E. G. Fernández-Abascal, B. García, M. P. Jiménez, M. D. Martín, y F. J. Domínguez (Coords.), *Psicología de la emoción* (pp. 431-491). Madrid, España: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ferguson, T. J. y Crowley, S. L. (1997). Measure for measure: A multitrait-multimethod analysis of guilt and shame. *Journal of Personality Assessment*, 69(2), 425-441. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6902_12
- Fernández de Ortega, B. H. y Reidl, M. L. (2005). Adaptación del inventario de culpa rasgo-estado y estándares morales para la muestra mexicana de Jones, Schratte y Kugler. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 513-517.
- Fitzgerald, S. F. (2015). *El gran Gastby*. Buenos Aires, Argentina: LEA.
- Fontaine, J. R. J., Luyten, P., De Boeck, P. y Corveleyn, J. (2001). The test of self-conscious affect: internal structure, differential scales and relationships with long-term affects. *European Journal of Personality*, 15, 449-463. <https://doi.org/10.1002/per.428>
- Freud, S. (1974). *El malestar en la cultura*. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VIII* (pp. 3017-3067). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- García, Y., Gorospe, A., López, A. B. y Vázquez, I. (1997). Culpa en toxicomanías y SIDA. *Clínica y Salud*, 8(2), 333-346.
- García Haro, J. (2014a). Culpa, reparación y perdón: implicaciones clínicas y terapéuticas (I). *Revista de Psicoterapia*, 25(97), 179-210. Recuperado de: <https://bit.ly/2Ggy6fl>
- García-Haro, J. (2014b). Culpa, reparación y perdón: implicaciones clínicas y terapéuticas (II). *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 93-122. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/rp98-07.html>
- García-Haro, J. (2014c). Culpa, reparación y perdón: implicaciones clínicas y terapéuticas (III). *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 135-164. Recuperado de: <https://bit.ly/2YIh2Wv>
- García-Haro, J. (2015). Tres concepciones de la culpa: historia y psicoterapia. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 9(1), 187-205.
- Grinberg, L. (1983). *Culpa y depresión*. Madrid, España: Alianza.
- Grinberg, L. (2005). Sobre dos tipos de culpa. Su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid*, 45, 59-72.
- Hanson, R. K. y Tangney, J. P. (1995). The test of self-conscious affect-socially deviant populations (TOSCA-SD). Ottawa, Canada: Corrections Research, Department of the Solicitor General of Canada.
- Harder, D. W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame -and guilt- proneness to psychopathology. En J. P. Tangney y K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, and embarrassment, and pride* (pp. 368-392). Nueva York, NY: Guilford Press.

- Harder, D. W. y Lewis, S. J. (1987). The assessment of shame and guilt. *Advances in personality assessment*, 6, 89-114.
- Harder, D. W. y Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 729-745. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.1990.9674108>
- Harder, D. W., Cutler, L. y Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604. <https://bit.ly/2S0X72s>
- Hoffman, M. L. (1998). Varieties of empathy-based guilt. En J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 91-112). San Diego, CA: Academic Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Desarrollo moral y empatía*. Barcelona, España: Idea Books.
- Jones, W. H. (2000). The guilt inventory. En J. Maltby, C. A. Lewis y A. Hill (Eds.), *A handbook of psychological tests* (pp. 723-724). Lampeter, Reino Unido: Edwin Mellen Press.
- Jones, W. H., Schratte, A. K. y Kugler, K. (2000). The guilt inventory. *Psychol. Rep.*, 87, 1039-42. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.2000.87.3f.1039>
- Klein, M. (2016). *Amor, culpa y reparación*. Barcelona, España: Paidós.
- Kubany, E. S. (2004). *The trauma related guilt inventory (TRGI). Assessing and treating PTSD manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Kubany, E. S., Abueg, F. R., Owens, J. A., Brennan, J. M., Kaplan, A. S. y Watson, S. B. (1995). Initial examination of a multidimensional model of trauma-related guilt: applications to combat veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 353-376. <https://doi.org/10.1007/BF02229056>
- Kubany, E. S. y Haynes, S. N. (2001). *Trauma related guilt inventory. Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M. y Stahura, C. (1996). Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8, 428-444. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.428>
- Kubany, E. S. y Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53, 51-90.
- Kugler, K.E. (1989). *Guilt: Conceptualization and measurement* (Tesis doctoral no publicada). University of Tulsa, OK.
- Kugler, K. y Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.318>
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. Nueva York, NY: International Universities Press.
- Lewis, M. (1992). Commentary: The self in self-conscious emotions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(1), 85-95. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1992.tb00297.x>
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M. y Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: the development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 73-89.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W. y Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 181-203. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1999.18.2.181>
- Owens, G. P., Chard, K. M. y Cox, T. (2008). The relationship between maladaptive cognitions, anger expression, and posttraumatic stress disorder among veterans in residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(4), 439-452. <https://doi.org/10.1080/10926770802473908>
- Patiño, A. (Productor) y Buñuel (Director) (1955). *Ensayo de un crimen* (Película). México, México: Alianza Cinematográfica Española.
- Perdighe, C., Cosentino, T., Faraci, P., Gragnani, A., Saliari, A. y Mancini, F. (2015). Individual differences in guilt sensitivity: The Guilt Sensitivity Scale (GSS). *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22(3), 349-362. <http://dx.doi.org/10.4473/TPM22.3.3>
- Pereda, N., Arch, M., Peró, M., Guàrdia, J. y Forn, M. (2011). Assessing guilt after traumatic events: The Spanish adaptation of the Trauma-Related Guilt Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 251-257. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000071>
- Pereña, F. (2001). *La pulsión y la culpa. Para una clínica del vínculo social*. Madrid, España: Síntesis.
- Pérez, G., Martín-Santos, L., Bulbena, A. y Berrios, G. E. (2000). Sentimiento de culpa. En A. Bulbena, G. E. Berrios y P. Fernández (Coords.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 179-183). Barcelona, España: Masson.
- Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Popa, A. E. y Martínez-Árias, R. (2013). Validation of the personal feelings questionnaire-2 in a Spanish sample. *TFP en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud* (Trabajo Final de Master no publicado). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, España.

- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. y Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 867-879.
- Rodríguez, C. L. H., Cañas, V. G., Pinto, A. G., Gotzone, Z. y Ugartechea, J. G. (2005). Preliminary validation in spanish of the test of self-conscious affect (tosca). *Avances en salud mental relacional*, 4(3). Recuperado de: <https://bit.ly/30kozLu>
- Robins, R. W., Nofhle, E. E. y Tracy, J. L. (2007). Assessing self-conscious emotions. A review of self-report and nonverbal measures. En J. L. Tracy, R. W. Robins y J. P. Tangney (Eds.), *The Self-conscious emotions. Theory and Research* (pp. 443-467). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Jacob, G. A., Brueck, R. y Lieb, K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Research*, 150(3), 313-325. <https://bit.ly/32gnbeS>
- Stipek, D., Recchia, S., McClintic, S. y Lewis, M. (1992). Self-evaluation in young children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(1), 1-100. <http://dx.doi.org/10.2307/1166190>
- Tangney, J. P. (1990a). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 199-206.
- Tangney, J. P. (1990b). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (SCAAI). *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 102-111.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and Guilt in Interpersonal Relationships. En J. P. Tangney y K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 114-139). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Tangney, J. P. y Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E. y Gramzow, R. (2000). *The Test Of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P., Wagner, P. y Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469-478.
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A. y Felton, J. W. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 536-546. <https://bit.ly/2XZ7ARo>
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A. y Felton, J. W. (2012). Inappropriate and excessive guilt: instrument validation and developmental differences in relation to depression. *J Abnorm Child Psychol*, 40(4), 607-620. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9591-6>
- Villagrán, J. M. (2011). Culpa y psicopatología. *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 12, 4-16.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder
- Villegas, M. (2017). Culpa y perdón en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 149-167. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.206>
- Zabalegui, L. (1993). Una escala para medir la culpabilidad. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 51(99), 485-509.
- Zabalegui, L. (1997). ¿Por qué me culpabilizo tanto? Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Zahn-Waxler, C. y Kochanska, G. (1990). The origins of guilt. *Nebr Symp Motiv*, 36, 183-258.

ASEPCO

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

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

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

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

TEST DE AUTONOMÍA PSICOLÓGICA (TAP). UNA PRUEBA EN CONSTRUCCIÓN

PSYCHOLOGICAL AUTONOMY TEST. A TOOL IN CONSTRUCTION

Albert Vidal Raventós

Centro Simbòlics Psicoteràpia. Barcelona, España

Alejandro Garcia-Gutierrez

Universitat de Barcelona, España

Víctor Rouco

Ghent University, Bélgica

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Vidal Raventós, A., Garcia-Gutierrez, A. y Rouco, V. (2019). Test de Autonomía Psicológica (TAP). Una prueba en construcción. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 141-152. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.307>

Resumen

El Test de Autonomía Psicológica (TAP) es una prueba psicológica en desarrollo. Su objetivo es medir el sistema de regulación moral de un individuo, estableciendo un perfil de autonomía psicológica acorde con el Modelo del Desarrollo Moral (Villegas, 2011, 2013, 2015). En el presente artículo, los autores presentan una herramienta de evaluación de libre acceso online (<http://www.autonomiapsicologica.com>) Se aportan evidencias sobre la validez estructural del modelo a partir de una recolección de datos con 2032 sujetos.

Palabras clave: modelo del Desarrollo Moral, autonomía psicológica, test psicológico, test online, investigación de resultados en psicoterapia

Abstract

The Psychological Autonomy Test (PAT) is a psychological test in development. Its objective is to measure the moral regulation system of an individual, setting a psychological autonomy profile according to the Moral Development Model (Villegas, 2011, 2013, 2015). In this work the authors present an assessment tool freely available online (<http://www.autonomiapsicologica.com>). Promising evidence of structural validity was found after collecting data on 2032 participants.

Keywords: Moral Development model, psychological autonomy, psychological test, online test, psychotherapy outcome research

Fecha de recepción: 29 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 10 de mayo de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: albertvidal@simbolics.cat, alejandrogutierrez@ub.edu, victor.rouco@ugent.be

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

El concepto de Autonomía, desde el punto de vista psicológico, es la capacidad de regularse por uno mismo, de tomar decisiones y actuar en base a una norma o criterio propio. El término proviene del griego *auto*, “uno mismo”, y *nomos*, “norma”. Significa esencialmente capacidad de autodeterminación, de decidir según una voluntad intencional: en base a la elección de objetivos prefigurados de los que uno es responsable. Decisiones que son (o pueden ser) autónomas en la medida que se dan en un marco de libertad, aunque estén condicionadas inevitablemente por la facticidad histórica, social, familiar y material (Villegas, 2011).

La persona autónoma, pues, es aquella que toma decisiones libres y responsables en los diferentes ámbitos de su vida. Decisiones que siguen este proceso: intentan identificar lo que más conviene y satisface al sujeto, a la vez que adaptarse a las condiciones externas, tanto impersonales como interpersonales (Villegas, 2015). Decisiones que son a menudo complejas y contradictorias, pues enfrentan intereses en conflicto, y dan respuestas dolorosas por implicar alguna renuncia (Villegas, 2018). Autonomía es voluntad y lucha, aunque también es aceptación y renuncia. Es el arte de gestionar las diferentes tendencias en conflicto, y de sintetizar una buena respuesta para cada reto, que satisfaga la propia voluntad de forma negociada con la realidad del mundo.

Decisiones de diferente índole, que son referidas a las necesidades, a los deseos, a las normas sociales impersonales, o a las relaciones con los otros y las normas interpersonales que van asociadas. Se trata de diferentes ámbitos decisorios con diferentes implicaciones morales, que el Modelo del Desarrollo Moral (Villegas, 2011) inscribe respectivamente en los términos de prenomía (necesidades), anomía (deseos), heteronomía (norma impersonal) y socionomía (norma interpersonal). Cuatro ámbitos de regulación que evolutivamente siguen un proceso progresivo de aparición y desarrollo, y que en la fase adulta representan los cuatro subsistemas básicos de regulación moral. Autonomía y desarrollo moral, así, quedan estrechamente vinculados, en la medida que la primera es el reflejo de la óptima integración de los diferentes subsistemas de regulación moral.

El concepto de Desarrollo Moral, sin embargo, no es unívoco. Fue planteado inicialmente por Jean Piaget (1932/1976), como extensión de su propio trabajo sobre el desarrollo cognitivo en la infancia y la adolescencia. Según Piaget, a lo largo del crecimiento, el niño y la niña van desarrollando capacidad de juicio moral, en concordancia con sus logros cognitivos. Posteriormente, y partiendo de ese enfoque cognitivo-evolutivo, su discípulo Lawrence Kohlberg desarrolló un extenso trabajo sobre Desarrollo Moral, incluido un test, el Cuestionario de Razonamiento Moral (Colby, 1987). Dicho cuestionario se basa en el planteamiento de una serie de historias dilemáticas, tales como el *dilema de Heinz y la medicina*, donde el sujeto que es evaluado debe tomar una decisión frente al conflicto planteado. La prueba pone énfasis no tanto en la decisión tomada, como en las razones que llevan al entrevistado a tomar la decisión concreta. Se consideran aspectos como los intereses

personales y las normas abstractas tenidas en consideración (la ley, la justicia). Finalmente, el entrevistador analiza las respuestas para determinar el nivel de desarrollo del juicio moral del entrevistado, que puede ser pre-convencional, convencional o post-convencional. La prueba proporciona, de ese modo, un indicador del nivel de desarrollo moral que la persona ha alcanzado, en una escala jerárquica de seis estadios consecutivos.

Posteriormente, y a partir del trabajo de Kohlberg, se han creado otros instrumentos psicométricos basados en su teoría, donde destacan el *Moral Judgment Test* (MJT) de George Lindt (2005) y el *Defining Issues Test* (DIT) de la Universidad de Minnesota (Rest, 1979). Estas nuevas propuestas ponen énfasis en elementos complementarios como la motivación y los afectos.

Sin embargo, y a pesar de su aparente similitud, el concepto de desarrollo moral en ambos modelos (Villegas y Piaget/Kohlberg) es significativamente diferente. Al margen de la diferencia en la concepción de la construcción genética y evolutiva de las etapas del desarrollo moral entre la concepción de Kohlberg y la de Villegas, puesta de manifiesto, por ejemplo, en la diversidad de criterios de clasificación para cada una de ellas o sobre el momento evolutivo de la aparición específica de alguna de ellas como la heteronomía, existen otras diferencias fundamentales que afectan a cuestiones de concepto y de aplicación.

La escuela neopiagetiana, con Lawrence Kohlberg (1964) a la cabeza, define la competencia del juicio moral como “*la capacidad de tomar decisiones y emitir juicios morales (basados en principios internos) y de actuar en función de tales juicios*”. En esta definición el énfasis se pone en la formación del *juicio* moral, lo que implica una actividad básicamente criteriológica (razonamiento moral), que lleva, según el estadio evolutivo (pre-), (post-), -convencional del sujeto a poder juzgar sobre la mayor o menor (a)moralidad de una acción. Los test propuestos por estos autores plantean evaluar la rectitud de los criterios empleados para tomar sus decisiones por parte de los sujetos que se hallan en situaciones de conflicto entre principios morales, por ejemplo: robar una medicina en caso de necesidad (Kohlberg) o realizar espionaje por parte de los trabajadores de una empresa para demostrar prácticas abusivas por parte de sus directivos (Lind, 2000).

La propuesta de Villegas (2011, 2015) no se interesa tanto por la rectitud del juicio moral, que no deja de ser (pre-, post-), -convencional, sino por las implicaciones que tienen los distintos niveles de desarrollo moral en la regulación de la vida psíquica. Así la trascendencia del sistema de regulación pre-, a-, hetero- o socio-nómico no estriba en la capacidad de emitir juicios o de evaluar su adecuación moral, sino en las repercusiones que, para el bienestar psicológico consecuente, por ejemplo sentimiento de culpabilidad, vergüenza, rumiaciones, ansiedad, compulsiones, anhedonia, somatizaciones, etc., puedan tener los comportamientos derivados del predominio de un sistema de regulación moral sobre otro, o del conflicto surgido entre ellos.

Viktor Frankl, por ejemplo, amenazado como judío de ser deportado a un

campo de concentración en época de la anexión de Austria a la Alemania nazi, tuvo que decidir entre quedarse con sus padres en Viena o aprovechar un visado personal que le había sido conseguido por la embajada suiza para trasladarse a EE.UU, donde hubiera quedado definitivamente a salvo (Frankl, 2016). El interés por conocer el criterio de regulación moral seguido por el fundador de la Logoterapia no se centraría tanto en evaluar el grado de moralidad de su decisión, sino en comprender las motivaciones que le empujaran a tomarla y las repercusiones psicológicas que pudieran derivarse de ella.

En este contexto era posible tomar decisiones, como la de utilizar el visado para refugiarse en EE.UU. que, según el modelo de Kohlberg, corresponderían a un criterio preconventional. Era posible igualmente decidir quedarse con sus padres, siguiendo los preceptos de la ley mosaica de “honrar padre y madre”, afrontando el riesgo de ser deportado a un campo de concentración, como así sucedió finalmente, que se regiría por un criterio convencional.

La visión del Modelo del Desarrollo Moral de Villegas no juzga el grado de moralidad de la decisión tomada por Frankl, sino la posible integración o desintegración de los diferentes sistemas de regulación implicados en la decisión y las consecuencias sobre su equilibrio psicológico: por ejemplo, los sentimientos de culpa en el caso de ponerse a salvo individualmente, o de rabia, miedo o tristeza en el caso de deportación. Tales sentimientos solo serían asumibles desde una decisión autónoma.

Otra diferencia importante es la perspectiva teleológica o finalista que preside el planteamiento psicoterapéutico de Villegas (2011, 2013, 2015), orientado a la consecución de la autonomía, como máxima expresión de la libertad humana. Para el autor la constricción de la libertad se encuentra en la base de cualquier patología neurótica en la medida en que son los dilemas morales los que ponen en juego su ejercicio espontáneo, dando origen a los trastornos ansioso-depresivos. Su interés se centra en la comprensión de la psico(pato)logía desde esta perspectiva y en la posibilidad de una psicoterapia orientada al desarrollo de la autonomía, como punto de integración de los diversos sistemas de regulación moral.

Como consecuencia, el ámbito de aplicación de los modelos neopiagetianos es preferentemente el de la *pedagogía*, a saber, la formación de ciudadanos éticamente conscientes y responsables, tal como ponen de relieve los propios tests dedicados a explorar los diversos niveles de desarrollo moral, donde se plantean cuestiones de comportamiento social o público. El ámbito de aplicación del modelo de la Terapia del Desarrollo Moral, en cambio, se centra en favorecer “el proceso de convertirse en persona autónoma” (Villegas 2015), dando prioridad a la dimensión individual, aunque sin excluir la dimensión social o cívica, inherente a la propia responsabilidad de un sujeto autónomo. Así, en la medida que autonomía, regulación moral y psicopatología se conciben como conceptos interconectados, el ámbito de aplicación de dicho modelo es preferentemente clínico. Así como el test que presentamos en el presente artículo.

El Test de Autonomía Psicológica (TAP)

Se trata de una herramienta psicométrica pensada para el ámbito clínico, y creemos que especialmente adecuada tanto para comprender la organización del sistema de regulación moral en el momento de iniciar la terapia, como para monitorizar los cambios producidos a través del proceso terapéutico, como feedback tanto para el terapeuta como para el paciente para conocer el progreso en autonomía psicológica a lo largo de la terapia.

La monitorización del proceso terapéutico es actualmente un objetivo prioritario en la investigación sobre psicoterapias basadas en la evidencia. El uso de instrumentos adecuados ayuda a obtener una medida más exhaustiva del progreso y su contraste entre enfoques, centros y profesionales. Comúnmente se ha utilizado observación directa, entrevistas, autorregistros (Feixas et al., 2018). Técnicas que pueden resultar excesivamente cualitativas o bien costosas, por lo que es interesante el uso de herramientas de registro de tipo cuantitativo y de aplicación ágil. La mayoría de los instrumentos que existen actualmente se centran en medir la sintomatología de cada patología en particular, siendo escasamente aplicables a pacientes con otras problemáticas o con diagnósticos inciertos o poco definidos (Twigg et al., 2009).

Por ese motivo, existe la necesidad de elaborar herramientas breves que eviten el uso de múltiples instrumentos y recursos. También que fomenten una evaluación cuantitativa del proceso terapéutico de modo que facilite la integración y análisis de la información proveniente de diferentes profesionales, ámbitos y patologías (Feixas et al., 2018).

Una evaluación del cambio durante la terapia que resulta especialmente interesante no sólo para el estudio de la eficacia, sino también como retroalimentación para el terapeuta y el propio cliente (Feixas et al., 2012). En nuestro caso, proporcionando un perfil de regulación que indicaría el progreso en el desarrollo de la autonomía, y orientaría en la detección de los déficits de regulación que aún podrían persistir, para adaptar así el trabajo terapéutico.

Para Villegas (2011, 2015), la regulación autónoma es la capacidad de decidir en el ámbito personal, relacional y social, y requiere del pleno desarrollo de los subsistemas de regulación moral. La ausencia de autonomía, por el contrario, indica déficits de regulación, que el test mediría en función de la mayor o menor presencia de los diferentes subsistemas de regulación. El concepto de *autonomía* es, así, central en el modelo, motivo por el cuál ha sido escogido para poner el nombre de la nueva herramienta: *Test de Autonomía Psicológica*.

La función de la autonomía, pues, es conseguir la integración de todos los subsistemas de regulación moral (Villegas, 2018). Se trata de una tarea permanente, laboriosa y constante, siempre en tensión dialéctica en búsqueda de una buena integración. Sin embargo, cabe distinguir aquí integración de autonomía, pues no son sinónimos. Se considera integración la ausencia de discrepancia entre los diferentes subsistemas de regulación, y por lo tanto refleja ausencia de conflicto

psicológico (Feixas, 2011). Lo que no presupone necesariamente autonomía psicológica. Por ejemplo, un niño puede actuar de forma integrada en función de su estadio evolutivo, sin por ello ser autónomo. Del mismo modo, una persona adulta puede presentar un desequilibrio de regulación, donde la anomía (deseo) ocupa un lugar preeminente y, a pesar de ello, puede no tener dificultades ni discrepancias con su entorno, si éste se ha adaptado a sus demandas. En este caso, diríamos que esta persona se regula de forma integrada –ausencia de conflicto psicológico (egosintónica)–, aunque lejos de ser autónoma –por el desequilibrio de regulación–. De este modo, cabe señalar que el objetivo de la herramienta psicométrica no está orientado a la detección del grado de integración, sino a describir el perfil de regulación moral y el grado de autonomía asociado.

Con anterioridad, se publicó un cuestionario de regulación moral (Villegas, 2015), con carácter exploratorio y divulgativo, elaborado por Solsona, Alabart, Oliveras, Creus, Gómez Enguix y Vidal Raventós. Se basaba en la medición del peso relativo de cada subsistema de regulación, como es nuestro caso. El actual trabajo recoge aquella experiencia, aunque con herramientas y objetivos diferentes.

Descripción del test

El test se encuentra online (<http://www.autonomiapsicologica.com>), bajo el título “Test de Autonomía Psicológica”. Su dirección está indexada por Google y puede aparecer en los resultados de búsqueda utilizando determinadas palabras clave. No se ha promocionado con publicidad ni se ha enlazado en ninguna página web. Es un test de libre acceso y gratuito, cualquier persona puede acceder al mismo utilizando internet. Las repuestas de los sujetos se van almacenando en una base de datos a medida que van avanzando.

Al abrir la primera página del link referenciado aparece en pantalla este tarjetón

¿Eres una persona autónoma?*

**Este test se encuentra aún en fase experimental.*

Te damos la bienvenida al Test de Autonomía Psicológica.

Te llevará tan solo entre 5 - 10 minutos y es totalmente gratis.

Al final podrás conocer tus resultados.

En este estudio se ha buscado crear un test que permita describir el perfil de regulación moral de cada persona a partir del peso relativo de cada subsistema de regulación. Cómo la persona se regula en el día a día, y cuál es su flexibilidad para priorizar un subsistema de regulación u otro en función de su voluntad o la conveniencia de cada situación, reflejando de este modo su grado de autonomía.

Con este objetivo en mente, a partir de los datos recabados en este estudio se intenta estimar cinco factores latentes que se supone subyacen al TAP. Cada uno de estos se corresponde con un sistema de regulación moral. El modelo de cinco factores correlacionados se ajusta a los datos. El test está formado por varias

situaciones con cinco ítems asociados. Se plantea la hipótesis, por tanto, que, dentro de cada situación, estos ítems compartirán una variabilidad específica.

Todo esto debería permitir la validación el test, aportando datos cuantitativos que avalen algunos de los postulados de la Teoría del Desarrollo Moral, aunque serán necesarios estudios adicionales que apoyen con más evidencia la utilidad de este modelo teórico.

Método

Participantes

Los participantes en esta fase experimental de la construcción del test, han sido voluntarios anónimos que han respondido a la invitación de rellenar el test a través de un acceso libre en internet. De este modo, aunque la muestra inicial alcanzó los 2860 sujetos, se eliminaron todos aquellos que no habían terminado el test, quedando finalmente en 2032 sujetos, que completaron con éxito el test online. La muestra total se ha ido recogiendo durante el periodo de un año aproximadamente (desde que se hizo público en la red hasta el momento del análisis de datos). Se parte pues de un muestreo aleatorio, para poder valorar la consistencia de los ítems, sin pretensiones todavía de valor predictivo, en función de criterios diagnósticos o clínicos

Instrumento y medidas

En la primera página del test, como se puede ver más arriba, se explica que el test durará aproximadamente entre 5 y 10 minutos y que es totalmente gratuito. Posteriormente, cuando el sujeto da al botón de continuar, se pregunta a los sujetos si ya lo han realizado con anterioridad para evitar tener medidas repetidas. En caso afirmativo, los datos no se guardan.

En la página siguiente se recaban varios datos. La edad y el género son obligatorios, se pide que los sujetos tengan como mínimo 16 años. A parte de esto también se pide de forma voluntaria datos sobre: satisfacción vital (escala de 1 a 10), estado civil, últimos estudios, ocupación, país de nacimiento, ciudad de nacimiento, país de residencia, código postal actual.

Después de introducir estos datos se presentan brevemente las instrucciones del test, describiendo la actitud que se debe mantener durante el mismo y avisando de que no se podrá utilizar el botón de retroceso. Cuando el sujeto presiona el botón, el test da comienzo.

El test está formado por 12 situaciones. Cada una de ellas tiene asociados 5 ítems, que se corresponden con los diferentes sistemas de regulación moral. Cada ítem representa una forma de responder a la situación en función de ese sistema. El test ha sido construido de este modo para aportar un marco de referencia al sujeto y así disminuir la variabilidad intra-individual (Lievens, De Corte, Schollaert, 2008).

A continuación puede verse un ejemplo de situación con sus respectivos ítems:

Situación: Inesperadamente me comunican que hoy tengo el día libre. ¿Qué hago?

Ítem 1 (Prenomía): Voy dejando pasar el día sin hacer nada en concreto.

Ítem 2 (Anomía): Rápidamente encuentro un montón de cosas apasionantes que me gustaría hacer.

Ítem 3 (Heteronomía): Lo primero que hago es organizar el día, elaboro un plan.

Ítem 4 (Socionomía complaciente): Pienso en mis amigos y a quién podría llamar para quedar.

Ítem 5 (Socionomía vinculante): Aprovecho para estar con los míos, siempre hay cosas que puedo hacer por ellos.

Las situaciones y los ítems se presentan de manera aleatoria para cada sujeto utilizando un algoritmo. Las situaciones son presentadas primeramente con un grafismo aumentado, cuando el sujeto da al botón de continuar, aparece el primer ítem asociado a esta situación junto con una escala visual analógica y, de nuevo, la situación con el grafismo disminuido. Todos los ítems son presentados de la misma manera hasta llegar a la siguiente situación.

El test está diseñado para que se adapte a los diferentes dispositivos que se utilizan hoy en día para acceder a internet: móviles, *tablets*, ordenadores, etc. Por esta razón, la escala visual analógica que el sujeto utilizará para responder también se adapta al tamaño de la pantalla, esto quiere decir que a veces será más corta y otra más larga. La escala es una barra con un botón deslizante, un diseño al que todos estamos acostumbrados a utilizar hoy en día. Al mover el botón, un texto indica la puntuación que se ha seleccionado, esta oscila entre 0 y 100, que se encuentra en los extremos. Debajo de ellos, una leyenda reza: “0 = *no me representa en absoluto*” y “100 = *me representa totalmente*”. De cada ítem se almacena la puntuación y también el tiempo que una persona ha tardado en responderlo.

Cuando el sujeto ha contestado a todas las situaciones, el test finaliza, se presentan unos resultados tentativos basados en las respuestas del sujeto (se advierte al sujeto de tomarlos con precaución) y se explica resumidamente el significado de los diferentes sistemas de regulación. También se da la oportunidad de que el sujeto comparta los resultados en las redes sociales y de este modo, incentivar la difusión del test. Los resultados del test se presentan gráficamente. Encontramos en Mallor y Villegas (2011) una primera propuesta de representación geométrica de los diferentes subsistemas de regulación: en forma de círculos de distinto tamaño, cada uno de ellos correspondiente a uno de los subsistemas. En este caso se ha utilizado el gráfico de radar con cinco ejes de diferente dimensión, en función del peso relativo de cada subsistema de regulación moral. El resultado gráfico es un pentágono de tamaño y regularidad variable según el equilibrio entre sistemas de regulación (ver, por ejemplo, figura 1).

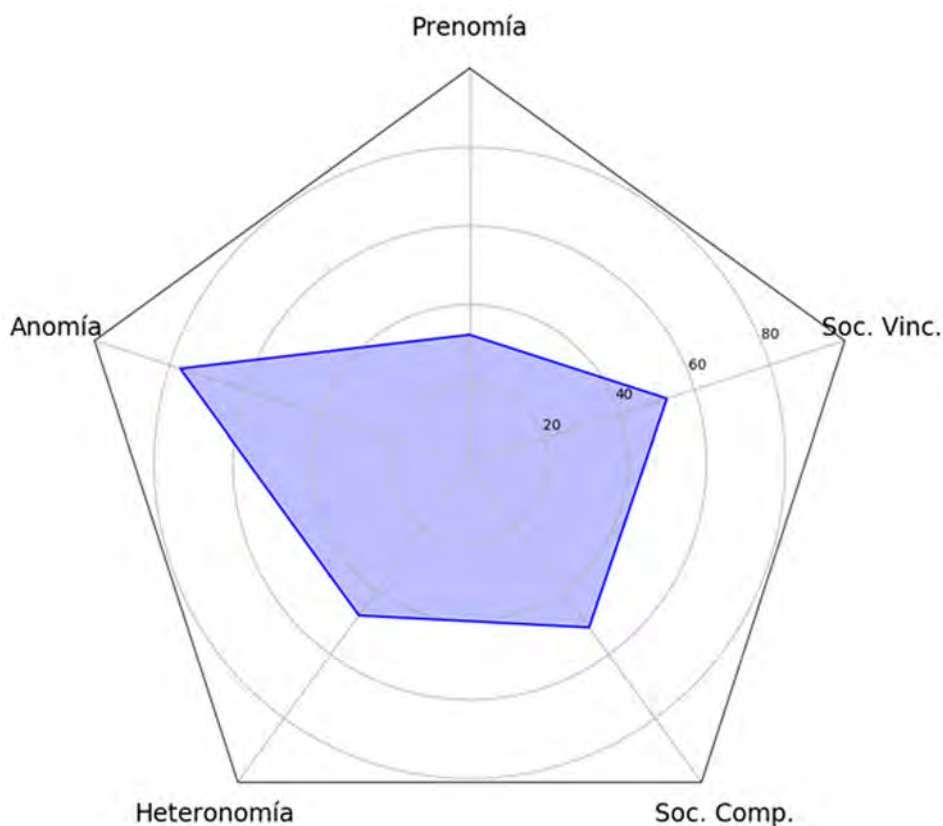


Figura 1. Gráfico de radar.

Procedimiento

La programación del test se llevó a cabo utilizando el lenguaje de programación Python 3, y para el diseño, en el que se priorizó la sencillez y facilidad de uso, se utilizó CSS y JavaScript. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando R.

Las situaciones y los ítems del test fueron elaborados cuidadosamente, pasando varios procesos de cribado y corrección, teniendo en cuenta que fuesen suficientemente comunes y realistas para que todo el mundo pudiese sentirse representado al leerlas.

Análisis de datos

El estilo de respuesta del test es de estímulo único, utilizando una escala analógica de respuesta. Este tipo de escalas tienen la peculiaridad de generar datos continuos, pero la complicación de generar un mayor número de respuestas en los límites del rango (efectos suelo y techo). Observamos habituales formas en “u” en los histogramas de frecuencia de los ítems. Por este motivo hemos hecho una

transformación logarítmica a los ítems, que soluciona problemas relacionados con la violación de los supuestos de Máxima Verosimilitud.

Las respuestas transformadas se analizarán en un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Se asumirá una estructura de clústers independientes, medidas congénéricas y factores latentes correlacionados en un primer AFC. Los ítems han sido elaborados por expertos en el modelo, por lo que la estructura factorial a priori es conocida y no vemos necesario el uso de un Análisis Factorial Exploratorio previo. Tras el primer AFC se ajusta otro modelo con los errores correlacionados de los ítems que comparten un marco de referencia o situación. A partir de entonces se irán eliminando ítems en AFC sucesivos, basándonos en índices de modificación y la matriz de correlación de los errores. Cada nuevo modelo se comparará con el anterior a través de pruebas de Chi cuadrado.

Resultados

La base de datos completa, usando únicamente las filas sin datos perdidos, es de 2032 sujetos. Respuestas con latencia de respuesta muy alta (más de 30 segundos) o muy baja (menos de 2 segundos) fueron consideradas valores perdidos.

El modelo que mejor se ajusta a los datos cuenta con 25 ítems, medidos en base a seis marcos de referencia o situaciones diferentes. El modelo final tiene un ajuste relativo a los datos. Según los puntos de corte clásicos sugeridos por Hu y Bentler (1998), el modelo tiene un buen ajuste acorde al RMSEA (95% I.C. = .030 - .035) y al SRMR (.05). No obstante, el ajuste medido con el CFI está ligeramente por debajo del punto de corte sugerido por los autores citados anteriormente (.92).

Algunos factores latentes están fuertemente correlacionados. Hemos comprobado estructuras factoriales alternativas, agrupando factores más próximos según la teoría, y no ha resultado mejor que la estructura de cinco dimensiones.

Discusión

En Test de Autonomía Psicológica (TAP) es una prueba psicométrica en construcción. En el presente artículo se describen los primeros resultados, que muestran validez de constructo del modelo utilizado.

Por sus características descritas, este test (García-Gutiérrez, Vidal Raventós y Rouco, 2018) podría ser de utilidad para aquellos clínicos que desean conocer el perfil de regulación moral de sus clientes, aunque aún es pronto para concluir si este test es capaz de, por ejemplo, discernir los cambios que se pueden producir durante un proceso psicoterapéutico. Creemos que podría ser una herramienta útil para confirmar o desmentir las hipótesis clínicas del terapeuta. Su corto tiempo de aplicación, su naturaleza *online*, y el hecho de que se pueda realizar desde cualquier dispositivo, puede permitir que el cliente lo complete sin descontar tiempo de la sesión terapéutica. También se podría desarrollar una presentación en papel, si hubiera una demanda al respecto, pero complicaría su proceso de evaluación, ahora automatizado.

Sería necesario repetir este test, en su versión breve de 25 ítems ajustada a los datos, con una muestra más controlada, por ejemplo en contextos clínicos o educativos. Además, será necesario seguir investigando en esta línea, para saber si este test tiene validez predictiva. Para ello, se podría intentar someter a prueba alguna de las implicaciones teóricas derivadas del Desarrollo Moral, y comprobar, por ejemplo, si las personas con un determinado déficit en alguno de los sistemas de regulación moral presentan un trastorno psicológico tipificado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* (5.ª Ed.; *DSM-V*; American Psychiatric Association [APA], 2013). Posteriores investigaciones ayudarán a determinar la utilidad de este test y algunas de las conceptualizaciones del modelo teórico.

Limitaciones del estudio

Se han detectado algunas limitaciones de la prueba que deberían tenerse en cuenta en posteriores investigaciones.

Debido a que los participantes de este estudio son usuarios anónimos de internet, se ha ejercido un bajo control sobre la muestra. Pese a que se han descartado aquellos sujetos que contestaban por debajo de un umbral de tiempo (es decir, que probablemente contestaban a los ítems sin leerlos) no se han utilizado mecanismos efectivos para evitar que los sujetos den respuestas falsas o incorrectas. Tampoco se puede estar totalmente seguro que un mismo sujeto no haya repetido el test varias veces o que hayan participado menores de edad que aún no hayan tenido la oportunidad para desarrollar los diferentes sistemas de regulación. Más importante es no poder estar totalmente seguros sobre el género de los participantes, ya que la muestra podría estar sesgada en una dirección. También es posible que los sujetos pertenezcan en su mayoría a un determinado país, cultura, estrato social, etc. que esté afectando a los resultados. A pesar de ello, la magnitud de la muestra permite suponer un grado aceptable de representatividad.

El hecho de que la escala se adapte al tamaño de la pantalla del dispositivo desde el cuál se está visualizando el test, provoca que la escala analógica cambie de resolución. Eso pudiera dar lugar a que algunos sujetos no hayan podido contestar con la precisión suficiente, por ejemplo, si lo completaban a través del teléfono móvil.

La naturaleza de este estudio tampoco ha permitido controlar el estado psicológico o la situación ambiental de los sujetos, cuya variación podría afectar los resultados de algún modo.

Consideraciones finales

El objetivo de la publicación del presente trabajo sobre el TAP, todavía en fase de construcción, es, entre otros, el de animar a terapeutas y estudiosos a involucrarse y colaborar en su desarrollo. Los datos recogidos de forma sistemática en contextos controlados han de permitir someter a validación su utilidad como instrumento de

trabajo en distintos ámbitos de aplicación. Naturalmente queda mucho trabajo todavía por hacer y por eso animamos a quienes estén interesados en promoverlo a ponerse en contacto con nosotros.

Referencias Bibliográficas

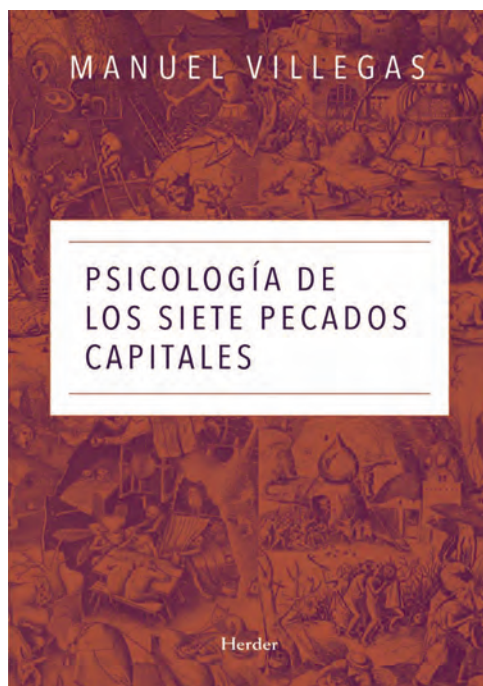
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.^a Ed.). Madrid, España: Panamérica.
- Colby, A., Kohlberg, L., Abrahami, A., Gibbs, J., Higgins, A., Kauffman, K., ... Tappan, M. (1987) *The Measurement of Moral Judgment*, Volume 1: Theoretical Foundations and Research Validation. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Feixas, G. (2011). Entrevista con Manuel Villegas sobre “El Error de Prometeo. Psico(pato)logía del Desarrollo Moral”. *Revista de Psicoterapia*, 22(85), 111-123. Recuperado de: <https://bit.ly/2LJ9ak3>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M.A. (2012). *La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation*. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. Recuperado de: <https://bit.ly/31XTfnw>
- Feixas, G., Badia, E., Bados, A., Medina, J. C., Grau, A., Magallón, E., Botella, L. y Evans, C. (2018). Adaptación y propiedades psicométricas de la versión española del YP-CORE (Young Person’s Clinical Outcomes in Routine Evaluation). *Actas Esp Psiquiatr*, 46(3), 75-82.
- Frankl, V. E. (2016). *Lo que no está escrito en mis libros. Memorias*. Barcelona, España: Herder.
- García-Gutiérrez, A., Vidal Raventós, A., y Rouco, V. (2018). *Autonomía psicológica* (prueba y archivo de datos). Recuperado de: <http://www.autonomiapsicologica.com>
- Hu, L. y Bentler, P. (1998). Fit Indices in Covariance Structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Kohlberg, L. (1964). Development of moral character and moral ideology. En M. L. Hoffman y L. W. Hoffman, (Ed.), *Review of child development research*, Vol.I (pp. 383-431). Nueva York, NY: Russel Sage.
- Kohlberg, L. (1984). *The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages* (Essays on Moral Development, Volume 2). San Francisco, CA: Harper & Row.
- Lievens, F., De Corte, W. y Schollaert, E. (2008). A closer look at the frame-of-reference effect in personality scale scores and validity. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 268-79. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.93.2.268>
- Lind, G. (2000). Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 24(3), 24-33.
- Lind, G. (2005). *Validation and certification procedure for the Moral Judgment Test*. Recuperado de: <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/mut/mjt-certification.htm>
- Mallor, P. y Villegas, M. (2011). Aplicación didáctica del modelo del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 55-79. Recuperado de: <https://bit.ly/303Uthf>
- Piaget, J. (1976). *Le jugement moral chez l'enfant*, París, Francia: PUF.
- Rest, J. (1979). *Development in judging moral issues*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B., Mulhern, B., Connell, J. y Cooper, M. (2009). The Young Person’s CORE: Development of a brief outcome measure for young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(3), 160-168. <http://doi.org/10.1080/14733140902979722>
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2018). La teoría del desarrollo moral en el marco del análisis existencial. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 1-38. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.226>

RECENSIÓN DE LIBRO:

PSICOLOGÍA DE LOS SIETE PECADOS CAPITALES

Editor: Villegas, Manuel
Barcelona, España: Herder.
Año de publicación: 2018.
ISBN: 978-8425441349

Blanca Anguera Domenjó
Universidad de Barcelona. España



¿Es un un azar que en el mismo año y en la misma ciudad de Barcelona se publiquen dos libros escritos por dos autores que trabajan en el campo del malestar psicológico y que giran alrededor de la responsabilidad y la moralidad de cada uno de nosotros? Dejo para cada lector la pregunta abierta.

Efectivamente, este 2018 el psiquiatra Roger Armengol, ha publicado *La moral, el mal y la conciencia*, donde profundiza en las enseñanzas de Sócrates y Jesús y, también este año el psicólogo Manuel Villegas nos regala la lectura de *Psicología de los siete pecados capitales*, libro que ahora vamos a comentar.

Como el título impacta, el autor explica desde el inicio su motivo: *Relacionar en el mismo título los conceptos de “psicología” y “pecado” puede parecer un anacronismo o un error monumental. Y no lo vamos a negar aquí. Nos limitaremos a reflexionar sobre los elementos comunes que permiten asociarlos, y que no son otros que los de la libertad y responsabilidad (p.9)*. De hecho, estos dos conceptos van íntimamente relacionados porque es cuando somos libres que podemos ser

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2019. Fecha de aceptación: 11 de abril de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: banguera@ub.edu

© 2019 Revista de Psicoterapia



auténticamente responsables.

El lector tiene la fortuna de encontrarse con un escritor perseverante que de nuevo se expone a compartir sus reflexiones en este quinto libro que surge, como los anteriores, de su experiencia como psicólogo. Así como Dante, en la *Divina Comedia*, describía el purgatorio como una montaña con siete escalones, cada uno correspondiente a uno de los pecados capitales que era necesario superar para llegar al paraíso, Villegas dedica sendos capítulos a la soberbia, la ira, la envidia, la codicia, la lujuria, la gula y la pereza, con las emociones y los sentimientos correspondientes que acompañan cada uno de estos “pecados” a fin de llamar nuestra atención sobre el mal que causamos a los demás empujados por nuestras motivaciones egocéntricas.

Porque este es el objetivo que atraviesa todo el texto: mirar los orígenes del mal desde la perspectiva psicológica. Como escribe el autor: “*Comprender la existencia del mal (pecado) y sus motivaciones psicológicas no es intentar justificarlo, sino tomar conciencia de él para poder superarlo*” (p.28). De este modo, Villegas trasciende la visión religiosa de la supeditación a una ley divina y se aventura en una comprensión psíquica de los pecados capitales con una mirada laica y existencial.

La idea de hacer una lista de los pecados “capitales” surgió en el siglo IV en el ámbito monástico, con el objetivo de evitarlos y estimular los valores contrarios. Leyendo al autor se constata que en nuestra sociedad ocurre hoy lo opuesto: por ejemplo, se estimula la envidia y los celos en la publicidad para vender objetos, mientras que las *virtudes* (que significan *fuerzas*) como la humildad, la fortaleza, la templanza, la paciencia, etc. no tienen demasiada propaganda en el mundo actual.

Villegas toma los siete males como referentes para mirarlos psicológicamente y explorar temas tan frecuentes en psicoterapia y en la vida humana como los celos, la agresividad, la envidia, el narcisismo, el dominio, el consumo compulsivo, el maltrato, la ambición y muchos más temas que, de hecho, no sólo son individuales sino también de naturaleza social.

Cada uno de los siete capítulos aporta muchos ejemplos, no solo de casos clínicos, sino también de la literatura, de películas y mitos, de hechos de la vida cotidiana que salen en los medios de comunicación y que dan a quien lo lea una amplia comprensión psicológica y también social, como por ejemplo las ideologías políticas xenófobas. Además, sugiere cómo desactivar o evitar estas actitudes que nos hacen daño a nosotros mismos y/o a los demás.

Además, el autor muestra en su escritura mucha atención al significado de las palabras, porque al ir a las raíces del lenguaje que utilizamos podemos conectar con su sentido profundo. Esto da un rigor a su estilo y facilita comprender los fenómenos psíquicos que describe.

Al leer con atención el libro queda claro que el “pecado” al que se refiere Villegas es el daño que producimos a nuestros compañeros de vida a causa de nuestro egoísmo. Y los lector@s observarán que con ello, reintroduce en la psicología la responsabilidad y la moral.

ETHICS AND PSYCHOTHERAPY: A SOCIO-CULTURAL PERSPECTIVE

Isabel Caro Gabalda

University of Valencia. Faculty of Psicología

Department of Personality, Assessment and Psychological Treatments. Valencia, Spain

This article was published in Spanish. This is the English version.

Link to the Spanish version: (<http://revistadepsicoterapia.com/rp113-3.html>).

How to reference this article:

Caro Gabalda, I. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. [Ethics and psychotherapy: A socio-cultural perspective]. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 73-91. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>

Abstract

The main aim of this paper is to understand ethics in psychotherapy from a socio-cultural perspective. To fulfill this aim, psychotherapy, as a social healing practice, is related to the socio-cultural issues underlying it. This perspective could offer therapists some ethical reflections about what (and why) is appropriate/inappropriate to be done in the psychotherapy field. Exemplifying and deconstructing such issues could facilitate therapists' training, and could fulfill an ethical need for more critical thinkers. This paper works toward these aims by first placing psychotherapy in a socio-cultural context and exemplifying the bidirectional influence between psychotherapy and society. This will be related to an ethics perspective because it implies what therapists and clients are entitled to do and how appropriate psychotherapy aims and means are socially constructed. Second, it focuses on the three main ethical challenges in psychotherapy; i.e., trust, caring and power. These three issues are closely related and cannot be properly understood and developed unless they are placed in a socially constructed practice context.

Keywords: *ethics, psychotherapy, socio-cultural perspective*

Resumen

La meta principal de este trabajo busca comprender la ética en psicoterapia desde una perspectiva socio-cultural. Para conseguirla, la psicoterapia, al ser una práctica social de cura, se relacionará con los elementos socioculturales a su base. Esta perspectiva permite ofrecer a los terapeutas algunas reflexiones éticas sobre qué (y por qué) es correcto hacer, o no, en el campo de la psicoterapia. Ejemplificar y deconstruir tales elementos facilita la formación de los terapeutas, al igual que nos permite lograr la necesidad ética de pensadores más críticos. Este artículo desarrolla estas metas, situando, en primer lugar, a la psicoterapia en un contexto sociocultural y ejemplificando la influencia bidireccional entre psicoterapia y sociedad. Esto se relacionará con una perspectiva ética puesto que determina qué se permite hacer a terapeutas y clientes y cómo se construyen, socialmente, las metas y los medios adecuados de la psicoterapia. En segundo lugar, el trabajo se centrará en los tres desafíos éticos principales de la psicoterapia, es decir, confianza, cuidado y poder. Existe una gran relación entre estos tres elementos y no se pueden comprender ni desarrollar adecuadamente a menos que se sitúen en el contexto de una práctica socialmente construida.

Palabras clave: *ética, psicoterapia, perspectiva sociocultural*

Received: March 3, 2019. Accepted: May 10, 2019.

Correspondence:

E-mail: Isabel.Caro@uv.es

Postal address: Universidad de Valencia. Facultad de Psicología.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010-Valencia (España)

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introduction: ethics, values and psychotherapy

Ethics is a key element at the core of therapeutic practice. As Clarkson (2005) defined it:

“Ethics is that branch of philosophy devoted to the study of good and bad. Also used to describe a set of rules that a group of people have between them agreed on about what is better or worse about how to behave” (p. 102).

Ethical guidelines are of much interest. They are regulated by different codes and in distinct cultures and contexts to provide therapists with norms about what is appropriate to be done what should not be done, or what should be avoided (Colegio Oficial de Psicólogos, COP, 2010; Gabriel, 2005; Jenkins, 2002; Koocher, 2007; Pope & Vasquez, 2011; Zur, 2007).

All these guidelines are important and have helped to understand and define the phenomena of properly conducted practice. It is noteworthy that psychotherapy practice reflects certain ethical assumptions, which are mostly hidden from our views (Tjeltveit, 2004). At the same time, if, according to McLeod (2001), psychotherapists are not trained, but socialized to particular therapeutic approaches and research types, it could be considered an ethical responsibility to facilitate future psychotherapists with some reflections about their profession, and about the main elements underlying it. Therefore, it is very important for psychotherapists to be aware of the philosophical and theoretical assumptions that lie at the heart of the methods they use for treating clients and for studying psychotherapy (Elliott, 2008; Slife & Williams, 1995).

If it could be assumed that psychotherapy is a social healing practice (Wampold & Imel, 2015), it would be important to delineate and track the socio-cultural origin of therapeutic practice and to use it to understand what is appropriate to be done in the ethics context. Deconstructing and exemplifying such relationships are the main aims of this paper.

For example, if ethics answers the question of what is right or wrong to be done in a particular psychotherapeutic context, some ethical issues appear in an ongoing way in the in-session interaction of therapy participants. This refers to what is agreed on by therapists and clients as being appropriate for each role, and what is the basis that facilitates the establishment of conjoint therapeutic practice.

First, the answer could obviously differ depending on the therapeutic model. However, this answer does not come unexpectedly. In an attempt to fulfill the main aim of this paper, we need to relate this answer as being deeply ingrained in a particular zeitgeist or socio-cultural moment. Psychotherapy could be anything but apolitical (Cushman, 1992). This means that, depending on the specific socio-cultural moment, clients tend to demand a specific behavior of their therapists, while assuming a specific role. Likewise, therapists assume a specific role and provide their clients with a specific context based on several constructed therapeutic assumptions. How clients and therapists resolve their conjoint work is deeply

ingrained in the values, assumptions, feelings, attitudes, etc., that pertain to a particular historic moment (Caro Gabalda, 1995a, 1999).

The issue of values is important for psychology (Prilleltensky, 1997). Practitioners tend to use their knowledge wrongly most of the time, as if psychotherapy were a neutral application of this knowledge. In this case, psychotherapy is converted into an applied science or a psychotechnology with a predominant objectivist view (Woolfolk & Richardson, 2008). This perspective on psychotherapy is not only reflected in the aims and means of change, but also in the ways to measure change.

For instance, reliance on the tendency to empirically support treatments, a gold standard (albeit controversial; Consumer Reports, 1995; Elliott, 1998; Seligman, 1995) for many researches has important connections to ethics. Indeed, it is related to answering questions such as whether therapy does any good, what good it does and what the aims in relation to that good should be (Smith, 2009). In this context, therapy research has more to do with socio-economical and cultural forces than with academic debates.

For example, as Woolfolk and Richardson (2008) stated, cognitive-behavioral therapy conceived its methods as a psychotechnology by standardizing manuals, and by applying treatments as if applying a drug. This allowed cognitive-behavioral treatments to enter randomized controlled trials (Roth & Fonagy, 1996; David, Cristea, & Hofmann, 2018). This is merely an example of psychotherapy immersed in a practice guided by market values. Let's develop *"ever-faster and more efficient brief therapy practice, more concrete and specific DSM categories, and more quantifiable therapeutic outcomes, all in order to better technicize and industrialize therapeutic practices"* (Cushman, 2002, pp. 103-104).

Obviously, this does not justify that "anything goes". Quite the reverse. We can suggest that the training of a future researcher should not focus exclusively on research methods, and on mental health conceptualizations, techniques, etc., but, also, on theoretical reflections on the attitudes and values behind these clinical and research strategies. That is, reflect on what is "good" or "bad" to be done. For instance, that therapy could be fully manualized; that it is appropriate to establish therapeutic "horse races"; that all the subjects in an experimental group, for example, do change and do so to the same extent, etc. (Elliott, 1998; Henry, 1998; Wampold, 1997).

Therefore, if we frame psychotherapy within a conceptual, socio-cultural context, different questions and answers arise, and a close connection with the field of ethics is maintained. That is, each model, as it is historically situated, regulates what is good or bad, what to focus on, or how therapists and clients put their therapeutic roles into practice. Psychotherapy occurs in a socio-cultural context that implies various disguised ideologies (Woolfolk, 1992).

Psychotherapy and the socio-cultural context

Offering a general definition of psychotherapy is difficult because it is better defined in specific perspectives. Frank's classic definition of psychotherapy established that psychotherapy could be considered a kind of personal influence that requires a healing agent, a sufferer who seeks relief from this healing agent, and a healing relationship. That is, more or less structured contacts between the healing and the sufferer exercised primarily by words, acts, rituals, etc. (Frank & Frank, 1991). In any case, a *"form of rhetoric that relies on the methods of hermeneutics"* (Frank & Frank, 1991, p. 73).

Hence, in psychotherapy, there is a tendency to focus on and analyze clients' problems from specific therapeutic approaches, which facilitates both the therapist and client to interpret and to frame clients' needs. Once these problems are understood and framed, different techniques and strategies are applied in the context of a different kind of therapeutic relationship. Each historic moment offers a specific way of understanding different clinical phenomena and the relationships among them. Aims of psychotherapy, its procedures and its focus are agreed on by a particular *zeitgeist*.

More specifically, from a hermeneutic perspective, the substance of all our beliefs, experiences, practices, or our very identity, is mediated through culture, language and self-understanding (Richardson, 2012).

As Berger and Luckmann (1966) established from a social constructionist perspective, society was a human product, and an objective reality; and, in addition, the human being was a social product. Therefore, their analysis could be applied to therapy as a human product. For these authors, what is relevant is the conceptual aspect of therapy. In this sense, and following Berger and Luckmann (1966):

"Since therapy must concern itself with deviations from the 'official' definitions of reality, it must develop a conceptual machinery to account for such deviations and to maintain the realities thus challenged. This requires a body of knowledge that includes a theory of deviance, a diagnostic apparatus, and a conceptual system for the 'cure of souls'" (pp. 130-131).

Moreover,

"When psychological theories attain a high degree of intellectual complexity they are likely to be administered by personnel specially trained in this body of knowledge.... The psychological theories then serve to legitimate the identity-maintenance and identity-repair procedures established in the society, providing the theoretical linkage between identity and world, as these are both socially defined and subjectively appropriated" (p. 197).

Understanding psychotherapy from these perspectives allows us to assume the bidirectional influence between psychotherapy and society. Woolfolk and Murphy (2004) described that, some time ago, human beings' definitions were framed within theological, moral or political conceptualizations. However, with time, the

relevance of these influences have diminished and, thus:

“...the explanation of human nature has come to rely more and more on the kind of interpretation provided by psychotherapists and behavioral scientists. Psychotherapy in this manner achieves a cultural impact that extends beyond its immediate effects on clients. The institution of psychotherapy becomes an important source of customs, values and worldviews. It is also a sensitive indicator of those very customs, values and worldviews. The relation between psychotherapy and culture is one of reciprocal influence. Psychotherapy absorbs and reflects the culture of which it is a part while, at the same time, it places its own distinctive imprint on that culture. Psychotherapy influences society directly, through its effects on literature, art, the mass media, and the manifold social institutions of which psychology and psychiatry are integral features. The institution of psychotherapy and its underlying disciplines respond to the needs that secularized societies have for directive structures by providing “scientifically based” cognitive frameworks for ordering, rationalizing, and norming the social world. The normative order of psychotherapy is one in which fact and value are intertwined, sometimes to the degree of being conflated” (Woolfolk & Richardson, 2004, p. 179).

The appearance of mindfulness could be an example of this mutual influence. This tendency can be used to describe a different psychological and therapeutic perspective. First, it should be acknowledged that as a scientific discipline, psychology formed part of a modernist tradition (Gergen, 1991; Kvale, 1992). Therefore, psychotherapy could be considered a project of modernity and a Western project. On the contrary, the tendency toward mindfulness reflects the appearance of an Eastern perspective (Kabat-Zinn, 1990). This tradition has appeared in a postmodern world, a global world with an inclusive view on different cultures. At the same time, the self is fragmented and saturated (Gergen, 1991).

Very briefly, when the Western subject attempted to control thoughts and emotions, the ‘mindful’ subject welcomed them. The subject embedded in this tradition has developed his/her possibilities for living in the here and now and being self-conscious and mindful of what (s)he is experiencing. So according to Kabat-Zinn (1999), there is a change from what is wrong for this kind of subject to what is fine for it. The therapist, from a modernist tradition, knows what is wrong; e.g., distorted or irrational thinking. However, from an Eastern tradition, the power to connect with what is wrong or with what is desirable and healthy relies on clients. This tendency toward mindfulness is inherited from a society that turns to new ways of behaving (and, therefore, to what is good to be done in therapy) based on different/new valued traditions and cultures (e.g. Buddhist philosophy). What it has begun in, for example, the field of cognitive therapy (Segal, Teasdale, & Williams, 2002) and behavior therapy (Hayes, 2004), as a different way of approaching and dealing with human problems, has spread worldwide. In the present decade, the

practice of mindfulness is used in many areas, from hospitals to therapeutic institutions, businesses, Internet big corporations, etc. (Brandsma, 2017). There is a wide variety of ‘mindful.....’ possibilities. Mindfulness is all around, not only in academic contexts, but also in media. Working on mindfulness is very fashionable. A new society is spreading mindfulness and mindfulness contributes differently to that society; for instance, a different understanding of therapists’ ethical guidelines.

Hence, there are huge differences between what can be considered ethical guidelines from a Western vs. an Eastern perspective. Following Morgan (2013), a therapist should follow certain precepts that have to do more with moral action than with ethics, as previously defined. In this sense, a therapist should follow precepts, such as do not kill (behave compassionately and live a reverence life); do not steal (be more worried about equity and generosity); do not exercise improper sexual behavior (the ability to deal with sexual energy); do not lie (use skilful sincere talk); finally, do not take drugs/pills, etc. (be aware of such uses).

A second example comes from emphasizing that the mindfulness practice, based on Buddhist psychology, does not differentiate between “good” and “bad” actions because they are merely social conventions. If the general aim of mindful practice is to stop suffering (Segovia, 2017) then, and following Germer (2013), a difference appears between ‘wholesome’ actions (those that reduce our suffering) and ‘unwholesome’ actions (those that increase our suffering). This doubtlessly reflects a different perspective about any psychotherapeutic aim in different ethical requirements.

Any socio-cultural account should take into account not only the main societal elements of each historical period, but also a reflection on the kind of subject who develops and arises in this society. Therefore, any person who applies and receives therapy has very specific characteristics. Each model has a specific human being image at its core (Pilgrim, 1997; Rychlak, 2003), just as any taxonomical system has, like DSM (Cushman, 2002).

For instance, if we continue with our previous example, the human being behind mindful practice is very different from the human image in a Western psychotherapeutic practice. A therapist practicing mindfulness should understand the assumption that there is a possibility of addressing his/her work to a different kind of subject; e.g., one who does not exert control (as in mindful practice in acceptance and commitment therapy; Hayes, 2004), vs. one who does and must do (as in classic cognitive therapy work, for example).

However, let’s assume that how this tendency has arisen, is being sustained and what it defends as being appropriate for a particular client in a particular context, lacks, basically, a proper specific reflection, especially about values, perspectives, kinds of implicit subjects, etc. Undoubtedly, it should be acknowledged that this oversimplified dichotomy would be unable to reflect the many diverse characteristics of practicing psychotherapy based on Western vs. Eastern tradition. It is used here only to explain purposes, and merely as a brief example of how we cannot avoid

ethics (based on our definition at the beginning) in the psychotherapeutic field, and how ethical guidelines depend on psychotherapy as a socio-cultural product.

To conclude, it can be assumed that therapeutic approaches integrate explicit and implicit socially constructed assumptions on what the aims and means of psychotherapy are, and what is right to be done. All this offers a context to negotiate therapeutic roles and how the inherent differential power is resolved through the therapeutic relationship. In addition, it facilitates to know what the psychotherapy focus could be, and how the conjoint client and therapist work is organized. This deeply resonates with ethics, and should, therefore, be a relevant core of therapists' training.

The three ethical challenges in psychotherapy

Pope and Vasquez (2011) have emphasized that the greatest ethical challenges that psychologists face are related to trust, power and caring. These three challenges are interconnected. For instance, trust is fundamental and must provide clients with a context in which to explore their complaints by justifying and accepting the therapist's intrusiveness into their problems. As a regulated profession, therapy depends on society, just as society relies on therapists to take care of clients' problems. *"In return for assuming a role in which the safety, welfare, and ultimate benefit of clients is to be held as a sacred trust, therapists are entitled to the roles, privileges, and power due professionals"* (Pope & Vasquez, 1991, p. 34).

Therefore, therapists gain power from the trust that clients and society place in them, which must match therapists' caring of clients and their only aim: to enhance clients' well-being.

It is important to point out that a differential power exists in therapy. Although many therapeutic approaches have emphasized an egalitarian perspective, which can be seen in different ways in the therapeutic relationship, the issue of power (above all as an ethical concern) goes far beyond this relationship (Pope & Vasquez, 1991, cit.). For instance, the therapeutic relationship in client-centered therapy (Rogers, 1957) can be designed from an egalitarian perspective. However, power is, or differences in power are, still inherent in therapy. Someone is considered the therapist and someone else the client who pays, or who does not (depending on the context), for the treatment received in a professional context. Therefore, *"a defining attribute of the professional is the recognition, understanding, and careful handling of the considerable power—and the personal responsibility for that power—inherent in the role"* (Pope & Vasquez, 2011, p. 39).

Trust in psychotherapy

Why are therapists entitled to their roles and privileges as mental health professionals? Why do clients rely on them to solve their problems? First, because psychotherapy is a regulated profession (e.g., see a review on European regulations, Van Broeck & Lietaer, 2008). Ever since its beginning, psychotherapy has been

socially sanctioned because universities, institutions, professional societies, journals, etc., have used their efforts to establish what the rules are for proper practice. From the very first attempts made, e.g., Freud's interest in stopping the "wild analysis" or the regulations after the Boulder Model, ongoing interest has been shown in training and establishing who and by what means a psychotherapist can be considered as such. This is fundamental for ethical practice as training cannot escape from providing an answer to what is good or wrong to do in the field.

The training issue can be seen in all kinds of therapeutic approaches. For instance, cognitive psychotherapy has devoted considerable efforts to articulate what the best characteristics of a cognitive therapist could be (e.g., Newman, 2010; Rodolfa et al., 2005) and how to apply cognitive therapy at its best. These works have regulated the proper way of conducting cognitive therapy, and have undoubtedly influenced clients' trust in their cognitive psychotherapists. In this cognitive context, the proper training issue has been important since the beginning and is becoming increasingly more relevant (Bennett-Levy, 2006).

Second, the assumption about the proper way of being a professional therapist has been inherited from Modernism (McNamee & Shawver, 2004). Through modernist characteristics, such as industrialization, urbanization and secularization, and according to Cushman (1992), a new interest was shown in the physical world, humanities, science, commerce and rationality. Therefore, the State developed ways to control a new type of subject, based always on change and development, and one being less regulated and constrained by the role of tradition and religion, and, therefore, less predictable. This new self was a more isolated, less communal and more individualistic self, and one more confused about what was good or wrong, about what was ethical or unethical, and one who required the development of a new kind of expert, the *modern philosopher* who, with time, would become a *social scientist* who developed techniques to observe, measure, predict and control subjects' behavior (Foucault, 1975).

Psychotherapists are this figure, a socially created one that has become an integral part of the modernist tradition. As McLeod stated (1997), "*psychotherapy is a cultural form or arena in which people are given permission to tell their personal stories of troubles, in the presence and with the assistance of another person with special skills and status in relation to this task*" (p. 20).

According to Berger and Luckmann (1966):

"Therapy entails the application of conceptual machinery to ensure that actual or potential deviants stay within the institutionalized definitions of reality, or, in other words, to prevent the 'inhabitants' of a given universe from 'emigrating'. It does this by applying the legitimating apparatus to individual 'cases'. Since, as we have seen, every society faces the danger of individual deviance, we may assume that therapy in one form or another is a global social phenomenon. Its specific institutional arrangements, from exorcism to psycho-analysis, from pastoral care to personnel

counselling programmes, belong, of course, under the category of social control” (p. 130).

By translating this view in the psychotherapy field, this modernist background has contributed to build a corpus of worldwide spread knowledge that provides society and prospective psychotherapy users with guidelines to know what they should demand, and where and how to find a therapist. Therapy has become globalized. Millions of people in Western industrial nations and societies have some knowledge about what a psychologist or a therapist could do for them. These more or less general or specific notions come from school, TV, magazines, films, etc. (McLeod, 1997). These socially constructed guidelines and knowledge about therapy help clients to rely on their therapists because there is a social background that confers the therapist the power to heal. Therefore, clients trust this socially regulated profession. That is, society depends on therapists “to fulfill the trust for the benefit of their clients as well as the social order” (Pope & Vasquez, 2011, p. 34).

As Howe (1993) emphasized, “*there is a ‘centre’, an individual subject who has privileged access to the truth, who holds the key which alone can unlock the contents of the client’s experience*” (p. 185). Therefore, a prospective psychotherapist should know that (s)he, as the keeper of this key, has great ethical responsibility.

Therapists are socially sanctioned in their roles, as well as their clients. That is, trust might be an ethical issue, but in two ways. For instance, both clients and therapists have expectations in therapy about change and about what to obtain from this process.

For example, clients may expect that their therapists will fulfill their expectations, an interesting issue that could be related to therapeutic outcome (Bohart & Greaves Wade, 2013), or psychotherapists could have expectations related to outcome (Connor & Callahan, 2015). According to Feltham (2017), “... *attention from a socially sanctioned healer in a sanctioned setting plays a large part in setting positive expectations. People are often reassured by appropriate settings, a professional manner, qualifications, and an explicit rationale for therapy*” (pp. 151-152). That is, any therapy requires providing clients with a sense of hope, of being helped (Frank, 1974). Obviously, this does not mean that all clients (or therapists) attend psychotherapy with the same degree of expectations. Some clients could have a positive faith in the outcome, some could be ambivalent about it, and others could show lack of confidence in the therapeutic outcome (Glass, Arknoff, & Shapiro, 2001).

Although many prospective clients may consider that they do not need a psychotherapist and non psychotherapeutic practices have been described or could be anticipated (Gergen, 200; Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin, & Stowell-Smith, 1995), most have obtained some degree of information that could form the basis for their decisions about whether to choose one kind of therapeutic approach or another. If clients are educated about what to expect from therapy and about what sustains the whole therapeutic device, they would probably make more informed

choices and better match their therapists (Glass, Arnkoff, & Shapiro, 2001). It has been noted that clients attend psychotherapy with knowledge, provided by the Internet and self-help books, which could imply that psychotherapists are mere consultants and not the authority figures as they were in the last century (Strong & Sutherland, 2007). Hence, the evolution of society implies different demands and attitudes for these “social scientists”.

As McLeod (2012) stated:

“.... members of Western societies are exposed to a range of discourses and practices around how to make sense of, and resolve, emotional, behavioural and relationship difficulties. It is probable, therefore, that when a person enters therapy, he or she is likely to be influenced by several of these discourses and practices, in relation to his or her general sense of what will be helpful in therapy. In addition, he or she is likely to hold some preferences around the value of certain therapy ideas and methods and will regard other approaches as lacking in credibility” (pp. 23-24).

However, therapists could base their therapeutic decisions on what to demand of their clients because clients' role is socially sanctioned. Clients trust their therapists and enter therapy to be able to talk about things that they will not tell anyone and allow their therapist to ask any kind of intrusive questions (Pope & Vasquez, 2011). Why do therapists do that? Why is it correct to intrude into clients' deeper and more personal areas?

First because psychotherapy has inherited the modernist idea of the need for a social scientist who plays a fundamental role. The Panopticum metaphor, established by Foucault (1975), could be the perfect symbol (according to Cushman, 1992) of the new order that the modernist tradition required, as described above. The Panopticum was a prison designed by Bentham in the 18th century. It had a specific characteristic as the prisoner could see him/herself, but could never see the guards. The Panopticum metaphor describes how prisoners increase a) their tolerance to be observed; b) their tendency and ability to observe themselves; c) pressure to be normal; d) attempts to practice self-observation and the conscious behavioral change.

In relation to this metaphor, there is a clear description of what kind of subject is required for the new social scientist. This kind of subject could justify, whenever appropriate, the therapist's intrusion in clients' personal areas. In order to practice psychotherapy, we need an individual who is able to be *self-conscious*, with the capacity for *introspection* (Caro Gabalda, 2015). Therefore, any proper practice should facilitate access to the private world, to a kind of subject who expects to be observed (Cushman, 1992). Individuals are able to observe themselves, wonder what they are, think about what they hide or reveal, and speculate about their true characteristics and identity.

Therapists address their work to such subjects, independently of the therapeutic approach. Differences can be established between approaches, but they require

a therapist who relies on clients' possibilities for self-consciousness, self-exploring, etc. Thus, this is a requirement for the therapist to be able to enter clients' world. Clients trust their therapists to behave accordingly.

Caring in psychotherapy

It is an ethical responsibility to use the power and trust offered to therapists for the only aim of enhancing clients' well-being. Caring is the foundation of therapists' responsibilities (Pope & Vasquez, 2011). That is, psychotherapists base their role on benefiting others. For this reason, this aim is included in psychologists' Codes of Conduct. To benefit others is a logical demand and is, therefore, an important ethical principle (Tjeltveit, 2006).

Following Howe (1993), clients tell a story about their therapeutic experiences characterized by three main themes. *Accept me; understand me; and talk with me.* Moreover, clients describe a "nice" therapist in relation to six main themes: Comfort; good therapists are real people; the quality of the relationship; liking and being liked; truth and honesty; and support and being there (Howe, 1993, p. 21). Therefore, prospective psychotherapists should be aware that they should fulfill these clients' expectations. However, this is no easy task. Psychotherapists should guide their practice by careful thinking and carefully planning what to do in psychotherapy. Their responsibility is not only to be properly trained as a justification for trust and caring. Caring cannot be developed without sensitive and responsive attunement (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998) to clients' demands. Such work cannot proceed without some pain and suffering or without clients feeling worse before feeling better (Stiles, Osatuke, Glick, & McKay, 2004). Thus, therapists should provide such caring by carefully considering its consequences.

Therefore, we may assume that a good therapist is able to go into clients' needs in-depth and to handle them properly. However, this means that clients need to experience comfort in therapy and need to trust their therapists as a way to justify them profoundly examining their suffering (or feeling worse before feeling better). This would open a door to the complexity of their lives (Messer, 2006). Only when this door opens will the ethical requirement of caring be fulfilled.

What clients need should be carefully handled in psychotherapy because the individuals attending therapy are in a vulnerability state or, as Frank (1974) stated, are *demoralized*. This vulnerability has to do with not only describing the client as being "broken", a "puzzle", "empty", etc., or as a "fragmented soul" that needs to be helped and carefully guided (Caro Gabalda, 2018). It has to do with such important issues in relation to the ethics context that should be carefully handled. Clients are the entrusting part that presents the problem by revealing confidential information, idealizing their therapists, and experiencing stress by the treatment process (Gutheil, Jorgenson, & Sutherland, 1992).

Although therapists are entitled to go more deeply into the human soul, clients' well-being has various definitions from any perspective. This means that each

therapeutic focus will be differentially constructed from specific models.

For instance, let's compare differences as to how reason and emotion are resolved in the field of cognitive psychotherapies. Traditional modernist cognitive therapies tend to favor reason over emotion, while their constructivist counterparts favor emotion over reason (Caro Gabalda, 1995b; Mahoney, 1991). That is, the Romantic philosophical tradition, where emotions should be the focus of respect and concern, clashes with the Enlightenment tradition, which considers that emotions should be regulated (Fowers, 2005). This could also be related to how emotions and thoughts are dealt with in classic therapeutic practices ("Let's control them!") *versus* how they are dealt, as stated above, in mindfulness and contextual approaches, or in constructivism where emotions are considered primitive and powerful knowing processes (Mahoney, 1991). Once again, we find a different focus that is appropriate or inappropriate in a specific approach.

Those differences in reason *versus* emotion can be understood from an ethics perspective by implying, at the same time, a vision about a different kind of person. Following Richardson's (2012) reflections on virtue ethics, as established by Fowers (2005), this dichotomy should be transcended. For Richardson (2012):

"It holds that emotions reveal 'the kind of person one is' (Fowers, 2005, p. 44) and reflect the current state of one's 'character strengths' (p. 9) or excellences of living. Character development involves non judgmentally and non coercively schooling one's emotions 'so that they are consistent with acting well' and make up an important part of the experience of what one takes to be the best kind of life. The person who has cultivated such character excellences can act 'with concordance of emotion, thought, and action,' which enables a degree of 'continuity, wholeness, and cumulativeness' (p. 66) in one's life over time" (p. 28).

Finally, we ought not to forget that any therapy is a theory. Briefly, this means that it is related to important socio-cultural issues about human beings. As a theory about human beings (Robinson, 1997; Rychlak, 2003), therapy provides us with reflections about what kind of life human beings should live; what the "best" kind of living is for them; what kind of identity we should look for and enact; what means some persons are allowed or entitled to use to influence others' lives and, finally, what good therapy aims could be. Nevertheless, this issue of what is good or bad has received diverse answers but, from our perspective, it is based on an important underlying assumption. Therefore, therapy is more than the treatment of clients' symptoms or disorders (González Pardo & Pérez Álvarez, 2007; Smith, 2009). Hence, implicit philosophical and theoretical questions should be clarified, instead of being taken for granted (Pérez Álvarez & García Montes, 2017; Woolfolk & Richardson, 2008). What is good, what is bad, what psychotherapists' obligations, virtues, etc., for clients 'caring are all core elements of the psychotherapeutic practice (Tjeltveit, 2004).

Power in psychotherapy

Therapists, as they are defined in the sections above, are entitled to their role, and are treated as professionals whose suggestions, directions or guidelines should be followed. Therapists have got advanced degrees with specific training and a professional license that enhance their credibility and authority, and offer them the chance to serve as agents of behavioral change (Foote, 2011).

Therapists should use their power carefully by caring for clients and being responsible for the trust that clients and society place in them (Pope & Vasquez, 2011). This is especially relevant when “... *the therapist is being styled and perceived as the one who is qualified, who knows, who embodies super-sanity, whose powers may apparently border on telepathy, and who may hold the key to an exit from misery*” (Feltham, 2017, p. 150).

Clients can, therefore, see their therapists as having a considerable amount of power. This power can be observed in different areas. The power to name and define, or the power to attach diagnostic labels, is particularly important. As Cushman (1992) described,

“each society or era could be studied according to historical judgments pertaining to, a) the predominant configuration of self, b) the illnesses with which each self was characteristically afflicted, c) the institutions or officials most responsible for healing those illnesses, and d) the technologies that particular institutions or practitioners have used in order to heal the self’s characteristic illnesses” (p. 24).

That is, what is the cause or the explanation for human problems, and how to evaluate and overcome those problems, are the basis of both therapeutic theories and therapeutic decisions (Gergen & Kaye, 1992). Thus, the power to attach diagnostic labels should be used based on profound ethical reflection which, from the perspective defended herein, can be better developed by placing the comprehension of psychotherapeutic decisions in a socio- cultural context.

For instance, according to social class, kleptomania was considered a mental disorder when a woman had a high social status, but robbery when a woman had a low social status. The way of solving the same situation was differentially constructed in relation to social class (Parker, et al., 1995). The history of psychopathology and psychotherapy is full of such examples (e.g., see Woolfolk & Murphy, 2004; Woolfolk & Richardson, 2008).

Following Higginbotham, West and Forsyth (1988), any illness or any set of psychological symptoms form part of the human experience, and become objects of human action only when human beings attach a meaning to them through language. Second, each illness is based on a particular point of view about the world, an epistemology and a set of values. Thus, each illness category is a cultural product based on theories and meaning networks, used to interpret and communicate specific symptoms. Finally, each clinical practice will be an interpretation. Each therapist, no matter what therapeutic approach (s)he follows, understands and

frames clients' symptoms, experiences, behaviors, etc. The therapist focuses on some issues. Some will be considered central, some marginal, and others less relevant. Abstractions will be made and the therapist will be involved in an ongoing translation process through different meaning systems. This completely depends on a particular historical moment, as the history of psychotherapy shows (Robinson, 1976). This is not only a therapist's task, but also a client's one. Clients interpret the meanings that therapists offer about their problems, which help them to construe new meanings about what is happening to them.

Hence, psychotherapeutic practice cannot be separated from a context of negotiated meanings. Codes of ethics show this. For instance, from the *conversational ethics* perspective (Strong & Sutherland, 2007), clients and therapists' conversations, dialogs and conjoint therapeutic work should be sensitively attuned. In other words, ethical practice does not only imply using our professional knowledge, but doing this, as Stiles et al. (1998) defined, in *responsiveness* terms. This cannot be separated from language. That is, psychotherapeutic practice is associated with a *content ethics* (what should or should not be done; i.e., breaking confidentiality) and with a *conversational ethics* (i.e., practical reasoning and situation-specific ways of talking with clients). Then, "... *psychologists practice in relationally and contextually responsive ways informed by their ethics and knowledge.... Psychologists face ethical tensions when balancing their professional knowledge and intentions with clients' intentions and preferences in professional interactions*" (Strong & Sutherland, 2007, p. 95).

Therefore, therapists should acknowledge that their power implies naming, defining and selecting the best ways to handle clients' problems. This means that therapists have the power of knowledge or of what factors affect human beings, and the best ways to produce changes in them (Pope & Vasquez, 2011).

Conclusion

Therapists, according to Owen (1992), relate with their clients from their theoretical explanations, which offer an implicit and taken-for-granted or justified context for their practice. As theories, psychological and psychotherapeutic theories are not perfect. If the problems in these theories are not acknowledged, they will, therefore, remain unquestioned.

In addition, the power socially entitled to therapists helps them to enter therapy as experts, as those who know what to do. Accordingly, the therapist is the strong person and the client is the weak one (Avia Aranda, 2018; Gergen & Kaye, 1992). This assumption could bias therapeutic work and strongly influence how therapists dwell on the power they have and how they justify their practice with the only aim to provide a trusting context and to pursue clients' well-being and profound care.

Many psychotherapeutic theories may fail when there is not critical reflection on therapists' actions on their clients' lives. Many therapists may also fail when they do not make this reflection. Interestingly, therapists do not tend to reflect on their

theories and how they are constructed when, most of the time, they request clients to change their own.

The answer to the question about how a therapist is entitled to speak from an authority perspective is because knowledge is a social product. That is, just as the history and evolution of what is mental health and the way to address these problems have taught and reminded practitioners, scientific representations are a consequence of the scientific community, which negotiates, competes or conspires, and agrees. Our therapeutic maps should not be taken for granted.

Therapists' proper training is one of the main ethical responsibilities of all those involved in it. In a few words, this training should encompass both the technical and theoretical parts, or theories about their work, about how to apply their knowledge. Nevertheless, there should be a higher level of abstraction and reflection about the content and context of this training. Therapists should reflect on their background, or on the historic and socio-cultural origins of their work that justify and facilitate their practice, and have explicit and implicit consequences. There is an ethical need for more critical thinkers.

References

- Avia Aranda, M^a D. (2018). "La casa de juegos" o la importancia en la terapia de la vida personal del terapeuta. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Cine, metáforas y psicoterapia* (pp. 97-106). Madrid, España: Pirámide.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Londres, Reino Unido: Penguin.
- Bohart, A. C. y Greaves Wade, A. (2013). The client in psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed.) (pp. 219-257). Nueva Jersey, NJ: John Wiley and Sons.
- Brandsma, R. (2017). *The mindfulness teaching guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Caro Gabalda, I. (1995a). La psicoterapia en una sociedad postmoderna. *Revista de Psicoterapia*, 6(24), 29-44. Recuperado de: <https://bit.ly/2JyBp2c>
- Caro Gabalda, I. (1995b). Pasado, presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro Gabalda, I. (1999). Un enfoque postmoderno sobre la salud mental y la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 10(37), 31-50. Recuperado de: <https://bit.ly/2LdkLsa>
- Caro Gabalda, I. (2015). The subject in cognitive psychotherapy. *Anales de Psicología*, 31, 379-389. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.200201>
- Caro Gabalda, I. (2018). Conclusión: Cine, metáforas y psicoterapia. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Cine, metáforas y psicoterapia* (pp. 317-338). Madrid, España: Pirámide.
- Clarkson, P. (2005). Values, ethics and the law: a story with some morals. En N. Tottom (Ed.), *The politics of psychotherapy* (pp. 97-107). Maidenhead, Reino Unido: Open University Press.
- Connor, D. R. y Callahan, J. L. (2015). Impact of psychotherapist expectations on client outcomes. *Psychotherapy*, 52, 351-362. <https://doi.org/10.1037/a0038890>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP, 2018). *Código Deontológico del Psicólogo*. Recuperado de: <http://www.cop.es/index.php?page=codigodeontologico>
- Consumer Reports (1995, Noviembre). Mental health: Does therapy help? 734-739.
- Cushman, P. (1992). Psychotherapy to 1992: A historically situated interpretation. En D. K. Fredheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 21-64). Washington, DC: APA.

- Cushman, P. (2002). How psychology erodes personhood. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 22, 103-113. <http://dx.doi.org/10.1037/h0091217>
- David, D., Cristea, I. y Hofman, S.G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-3. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 115-125. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332257>
- Elliott, R. (2008). A linguistic phenomenology of ways of knowing and its implications for psychotherapy research and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 40-65. <https://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.18.1.40>
- Feltham, C. (2017). Client experiences. En C. Feltham, T. Hanky y L. A. Winter (Eds.), *The Sage handbook of counselling and psychotherapy* (pp. 149-159). Londres, Reino Unido: Sage.
- Foote, W. E. (2011). On duty, power and informed consent in relation to termination in psychotherapy. *Professional Psychology*, 42, 165-167.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller and punir*. Paris, Francia: Gallimard.
- Fowers, B. (2005). *Virtue ethics and psychology: Pursuing excellence in ordinary practice*. Washington, DC: APA.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frank, J. D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (3ª Ed). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Gabriel, L. (2005). *Speaking the unspeakable. The ethics of dual relationships in counselling and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Gergen, K. G. (1991). *The saturated self*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Gergen, K. G. (2000). The coming of creative confluence in therapeutic practice. *Psychotherapy*, 37, 364-369. <https://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.37.4.364>
- Gergen, K. G. y Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of meaning. En S. McNamee y K. G. Gergen (Eds.), *Therapy as a social construction* (pp. 166-187). Londres, Reino Unido: Sage.
- Germer, C. K. (2013). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (2ª ed.) (pp. 3-35). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B. y Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy*, 38, 455-461. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.455>
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Gutheil, T., Jorgenson, L. y Sutherland, P. (1992). Prohibiting lawyer-client sex. *Bulletin of the Academy of Psychiatry and Law*, 20, 365-382.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. <https://bit.ly/2XIhUNN>
- Henry, W. P. (1998). Science, politics, and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-140. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332267>
- Higginbotham, H. N., West, S. G. y Forsyth, D. R. (1988). *Psychotherapy and behavior change. Social, cultural and methodological perspectives*. Nueva York, NY: Pergamon Press.
- Howe, D. (1993). *On being a client*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Jenkins, P. (2002). *Legal issues in counselling and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York, NY: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1999). Indra's net at work: The mainstreaming of dharma practice in society. En G. Watson, S. Batchelor y G. Claxton (Eds.), *The psychology of awakening: Buddhism, science and our day-to-day lives* (pp. 225-249). Londres, Reino Unido: Rider.
- Koocher, G. P. (2007). Twenty-first century ethical challenges for psychology. *American Psychologist*, 62, 375-384. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.5.375>
- Kvale, S. (1992). Postmodern psychology: A contradiction in terms? En S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 31-57). Londres, Reino Unido: Sage.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. Nueva York, NY: Basic Books.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Sage.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Sage.
- McLeod, J. (2012). What do clients want from therapy? A practice-friendly review of research into clients preferences. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14, 19-32. <https://bit.ly/2XO3qMj>

- McNamee, S. y Shawver, L. (2004). Therapy as social construction. Back to basics and forward toward changing issues. Sheila McNamee with conversational partner Lois Shawver. En T. Strong y D. Paré, *Furthering talk* (pp. 253-270). Nueva York, NY: Springer.
- Messer, S. B. (2006). What qualifies as evidence of effective practice?: Patient values and preferences. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health* (pp. 32-39). Washington, DC: APA.
- Morgan, S. P. (2013). Practical ethics. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (2013). *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 112-129). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy*, 47, 12-19. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018849>
- Owen, I. R. (1992). Applying social constructionism to psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 5, 385-402. <http://dx.doi.org/10.1080/09515079208254483>
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T. y Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2007). The Charcot effect: The invention of mental illnesses. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 309-336. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530701503843>
- Pilgrim, D. (1997). *Psychotherapy and society*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Pope, K. S. y Vasquez, M. J. T. (2011). *Ethics in psychotherapy and counselling* (4ª ed.). Nueva Jersey, NJ: John Wiley and Sons.
- Prilleltensky, I. (1997). Values, assumptions, and practices. *American Psychologist*, 52, 517-535. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.517>
- Richardson, F. C. (2012). On psychology and virtue ethics. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 32, 24-34. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026058>
- Robinson, D. N. (1976). *An intellectual history of psychology*. Madison, WI: The University of Wisconsin Press.
- Robinson, D. N. (1997). Therapy as theory and civics. *Theory & Psychology*, 7, 675-681. <https://bit.ly/2FTL02w>
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. y Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implication for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 347-354. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>
- Rychlak, J. F. (2003). *The human image in postmodern America*. Washington: APA.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Segal, Z., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Segovia, S. (2017). *Mindfulness: un camino de desarrollo personal*. Bilbao, España: DDB.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Slife, B. D. y Williams, R. N. (1995). *What's behind the research? Discovering hidden assumptions in the behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Smith, K. R. (2009). Psychotherapy as applied science or moral praxis: The limitations of empirically supported treatment. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 29, 34-46. <https://bit.ly/2LFr0UQ>
- Stiles, W. N., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 439-458. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J. y Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. En H. H. Hermans y G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). Nueva York, NY: Brunner-Routledge.
- Strong, T. y Sutherland, O. (2007). Conversational ethics in psychological dialogues: Discursive and collaborative considerations. *Canadian Psychology*, 48, 94-105. <http://dx.doi.org/10.1037/cp2007011>
- Tjeltveit, A. C. (2004). The good, the bad, the obligatory, and the virtuous: The ethical contexts of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 149-167. <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.14.2.149>
- Tjeltveit, A. C. (2006). To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy*, 43, 186-200. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.186>
- Van Broeck, N. y Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care. A review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*, 13, 53-63. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.13.1.53>

- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309712331331853>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapeutic debate. The evidence for what makes psychotherapy works*. Nueva York, NY: Routledge.
- Woolfolk, R. L. (1992). Hermeneutics, social constructionism and other items of intellectual fashion: Intimations for clinical science. *Behavior Therapy*, 23, 213-223. <https://bit.ly/2Jp2h4I>
- Woolfolk, R. L. y Murphy, D. (2004). Axiological foundations of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 168-191. <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.14.2.168>
- Woolfolk, R. L. y Richardson, F. C. (2008). Philosophy and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 25-39. <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.18.1.25>
- Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy. Ethical and clinical explorations*. Washington, DC: APA.

KANT'S CONTRIBUTION TO PSYCHOTHERAPY

The relevance of Kant's writings in the tradition of ethical enquiry for the field of Psychotherapy

APORTACIONES DE KANT A LA PSICOTERAPIA

La importancia de la obra de Kant en la tradición de la investigación ética aplicada a la Psicoterapia

Lorena Sánchez Blanco

Irish Association of Humanistic and Integrative Psychotherapy

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7709-3378>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez Blanco, L. (2019). Kant's Contribution to Psychotherapy. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 173-178. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.294>

Abstract

The study and integration of the ethics into the psychotherapeutic realm has a fundamental role in order to help therapist to take right decisions that will affect to the wellbeing of clients. For the purpose of this article Kant's perspective of Ethics is considered in order to offer a guidance to practitioners and to facilitate the resolution or understanding of ethical dilemmas that may arise within the psychotherapeutic encounter. Criticism to his work are taken into account with the aim to expand his view and to include the role of the emotions in the study of ethics and psychotherapy.

Keywords: Kant, Ethics, Moral, Psychotherapy

Resumen

El estudio y la aplicación de la ética al ámbito de la psicoterapia ocupan un papel fundamental a la hora de ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones adecuadas para mejorar el bienestar de sus clientes. El propósito de este artículo es el de revisar la aportación de Kant al campo de la ética con el objetivo de ofrecer una guía para facilitar el entendimiento o resolución de dilemas éticos que puedan emerger en el encuentro psicoterapéutico. Además, la visión de Kant es analizada desde una perspectiva crítica reclamando el papel de las emociones en el ámbito de la ética y la psicoterapia.

Palabras clave: Kant, Ética Moral, Psicoterapia.



*All our knowledge begins with the senses,
proceeds then to the understanding, and ends with reason.
There is nothing higher than reason.
Kant & Smith (1929)*

Introduction

The practice of psychotherapy brings many ethical dilemmas. Psychotherapists must be aware of feelings, transferences and prejudices that may arise in their inner world as a result of the therapeutic relationship. Additionally, psychotherapists must explore these feelings or attitudes from a position of curiosity and respect with clients at the same time that they are aware of the legal system and ethical codes of behavior. Consequently, inconsistencies between personal attitudes and legal issues can lead to moral and ethical dilemmas for therapists.

Cohen and Cohen (1999) define Ethical theory as a way of providing directions for living a good and moral life, formulating general criteria for distinguishing the morally good from the morally bad. There are many schools of knowledge in relation to Ethics, the two fundamental types are virtues ethics and rule ethics. Rule ethics proposes different principles of moral conduct. On one hand, one form of rule ethics is Utilitarianism which considers that actions are good or bad in terms of their consequences. On the other hand another form of rule ethics is developed by Kant, who highlights the motive of actions, emphasizing the good will. Following, Kant's concepts of ethics are described and applied to the processes of psychotherapy.

Kantian Ethics

Kant is considered as one of the principal thinkers of the Enlightenment, 18th century, and one of the greatest philosophers of all time. Kant initiated an era in the development of philosophical thought influenced by the rationalism, which stresses reason; and the empiricism, which stresses experience (Johnson & Cureton in *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2004).

One of the main and most relevant Kant's writings is the Critique of Practical Reason and Other Works on the Theory of Ethics. In this work, Kant provides rational justifications for fundamental moral principles and the development of an ethical system (Callender, 1998). For Kant, ethical behavior consists of obeying the moral law out of respect for it. The moral law is our duty to do the right thing in any situation (Kant & Wolff, 1969).

By reviewing this writing, Stumpf and Abel (2001) highlight the importance of the good will in Kant's theory, being the good will the most valuable good. Hence Kant's aim is to study what makes a will good, considering the morality of actions in terms of motive. Thus when a person acts morally, means that what the person wants to do is what duty requires and consequently is acting from duty.

Kant's ideas on acting from duty led him to formulate three propositions of

morality. The first is that an action must be done from duty in order to have moral worth. An action done from any motive other than duty doesn't have a moral value (Stumpf & Abel, 2001). Kant's second proposition of morality states that an action done from duty derives its moral worth from the maxim, a ground rule or subjective principle, by which it is determined. Therefore morality is determined by the maxim, not by the result that happens when one acts on this maxim, but on whether the maxim itself is morally acceptable. Kant's third proposition is a definition: Duty is the "necessity of acting from respect for the law". Thus, duty is the obligation to obey the law because it is the law (Stumpf & Abel, 2001).

Furthermore, Kant proposes the existence of moral imperatives founded on the principles of reason. These moral imperatives are universal and applicable to all rational beings in all circumstances (Whittemore, 2005). The central principle is the Categorical Imperative. It is categorical in the sense that is not instrumental to achieve some other end, but comes to us as an end in itself (Whittemore, 2005). Kant offered three major formulations of the categorical imperative in an attempt to clarify what this unconditional imperative entails. They are: the principle of universalization, the principle of respect for persons, and the principle of autonomy. These principles are not separate rules but merely different ways of understanding what our moral duty is (Paton, 1967).

The principle of universalization means that an act is moral only if you can universalize the rule of that behavior (Kant & Wolff, 1969). For example, if a person considers lying to get out of trouble, it is not moral because it is not possible to universalize the rule of that behavior. For Kant, it is wrong to do something that you cannot will to be a universal rule. One implication of this principle is that it is not moral to make oneself an exception to a rule that applies to everyone else (Whittemore, 2005).

His second formulation of the categorical imperative is referred to as the principle of respect for persons. For Kant, respecting a person is the recognition of a person's inherent dignity. Regarding individuals as an end themselves, and not merely as means to some other end, such as someone else's personal gain (Kant & Wolff, 1969). Kant states that all human transactions involve using others to get something, whether it is a waiter getting a meal or a physician giving a needed prescription. What is crucial to treating others ethically is not the absence of using them, but the presence of respect for them as ends in themselves, and not as means only (Whittemore, 2005).

His third basic formulation of the categorical imperative, referred to as the autonomy principle, is that one must always decide for oneself what choices to make and what rules one will follow (Kant & Wolff, 1969; Paton, 1967). This involves taking responsibility for own decisions and for the reasons used to make decisions. For Kant, a good will involves not only doing the right thing but also doing it for the right reason (Whittemore, 2005).

Following, the application of these principles will be considered in relation to

psychotherapy.

Application of Kant's theory on psychotherapy

The psychotherapeutic work has a huge significance because can be considered that therapists have the power to do good and have the power to do ill. Most of the therapeutic approaches in use today would place a high value on such concepts as awareness, choice, responsibility and an attitude of concern for others (Palmer, 2001). Kant's principles of universality, respect for persons, and autonomy, leads to guidelines in attitude and behavior, reflecting ethical rules in the field of psychotherapy. Some of these rules are related to the establishment of boundary guidelines and warnings against a dual relationship between therapist and client or truth telling in presenting one's expertise (Whittemore, 2005). The ethical implications of these principles are embedded in ethical codes of conduct such as the American Psychological Association (American Psychological Association, 1992).

The psychotherapeutic encounter between therapist and client goes beyond of the therapist position of superiority. The role of the therapist is not based on giving advices, making decisions or to solve client's problems, but as Rogers formulates is to accompany the client in his or her own process, providing empathy, unconditional positive regard and congruence (Rogers, 1961). Kant's principles of respect and autonomy concordance with Roger's perspective, taking into account the general therapeutic strategy of empowering clients and in refraining from simple advice giving. These principles guide the therapist in knowing how to communicate so that the interventions empower the clients, preventing the development of dependence for decision making to the therapist. This is particularly challenging with lower functioning clients, since they may need a complex intervention based on self-care skills, boundaries, goals, communication and negotiating skills that can be transmitted by the therapist according to Kant's rules of ethics (Whittemore, 2005). The consideration of principles of respect and autonomy will benefit clients making their own decisions and selecting ends for themselves. Kant's approach can help therapist to work with clients from an equal perspective and reaffirming respect for clients as autonomous persons (Whittemore, 2005).

Kant stated that humans being needs to treat humanity, never just as a means, but always at the same time as an end. Thus, to behave in ways which are destructive to oneself or others is not only distressing, but also ethically unacceptable. (Callender, 1998). Many clients, who attend psychotherapy, present problems that have their origin in traumatic experience of having been used as the means to the end of another. These clients have been damaged by different reasons such us upbringings characterized by emotional deprivation, abuse, or insecure attachment. The end results of such experiences may at worst be a fragmented sense of self, as is found in clients with personality disorders, depression, anxiety and low self-esteem. These individuals lack a self-concept of being ends in themselves and

consequently are vulnerable to domination and exploitation by others. According to Kant's ideas, Psychotherapy should not only be aimed at improvement in the client, but should also help him towards living in relationships of mutual respect with his fellow human beings (Callender, 1998).

Criticism of Kant's theory of Ethics

Psychotherapists need to be prepared to face a wide range of difficulties in the therapeutic context, from crossing boundaries with clients to deal with clients with suicidal ideation. Kant's philosophy serves as a reminder of the importance of obeying one's duty. However for Kant, the consequences were not the reason for obeying duty, but moral actions proceed from a good will as manifested in action performed for the sake of duty (Whittemore, 2005).

According to Kant, an action is morally worthy only if it is done out of respect for the moral law, as prescribed by practical reason. In Kant's ethical theory reason is the only legitimate motive of action, underestimating feelings and emotions. Kant doesn't consider emotions as valid motives (Cohen & Cohen, 1999). Contemporary theorists criticize Kant for failing to give proper value to emotions; Hegel argues that Kant's limited view of the human nature creates an internal conflict between reason and desire. For Hegel, it is unnatural for humans to suppress their desire and subordinate it to reason. This means that, by not addressing the tension between self-interest and morality, Kant's ethics cannot give humans any reason to be moral (Singer, 1951). Therefore Kant's adherence to pure practical reason overlooks the importance of emotion in moral experience and life in general, especially when it comes to the moral significance of personal relationships in different contexts such as the psychotherapeutic relationship.

The lack of consideration of the context is another aspect of Kant's theory of Ethics that has been criticized. For example, Kant's consideration of suicide as to end one's own suffering is always wrong. Nevertheless, in opposition to Kant's view, it is questionable that under some severe circumstances of extreme pain, suicide can be justified and moral. Hence Cohen and Cohen (1999) state that Kant's conceptualization of ethical questions by theoretical calculations without consideration of concrete situations seems to simplify the process of ethical decision making.

Conclusion

Despite of criticism to Kant's theory, the analysis of ethical dilemmas from Kant's perspective may guide therapists in their therapeutic practice. Kant's ideas on rationality, good will and ethics are part of a philosophical system, which offer a relevant theoretical framework for considering ethical issues in psychotherapy (Callender, 1998). Therefore, there are certain elements that therapists need to consider in order to have a better relationship with clients and to achieve better outcomes for them. These elements are the following: the understanding of ethics

and ethical principles the law, the knowledge of professional codes of ethic, therapist's self-awareness and perception of boundaries as well as confidentiality issues in therapy (Palmer & Murdin, 2001). Thus the relevance of ethics in the psychotherapeutic field is acknowledged. Consequently Kant's theory of ethics can help therapists to overcome difficulties that they may face in their arduous work.

References

- American Psychological Association (APA, 1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597- 1611. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.12.1597>
- Callender, J. S. (1998). Ethics and aims in psychotherapy: a contribution from Kant. *Journal of Medical Ethics*, 24, 274-278. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.24.4.274>
- Cohen, E. D. & Cohen G. S. (1999). *The virtuous therapist: Ethical practice of counseling and psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Wadsworth.
- Johnson, R. & Cureton, A. (2019). Kant's Moral Philosophy. En E. N. Zalta, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from: <http://plato.stanford.edu/entries/kant-moral/#TelDeo>
- Kant, I. & Smith, N. K. (1929). Immanuel Kant's Critique of pure reason. Boston, MA: Bedford.
- Kant, I. & Wolff, R. P. (1969). *Foundations of the metaphysics of morals*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person; a therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Singer, P. (1983). *Hegel: A Very Short Introduction*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Stumpf, S. E. & Abel, D. C. (2001). *Elements of Philosophy: An Introduction*. New York, NY: McGraw-Hill Companies.
- Paton, H. J. (1967). *The categorical imperative; a study in Kant's moral philosophy*. New York, NY: Harper & Row.
- Palmer, F. & Murdin, L. (2001). *Values and ethics in the practice of psychotherapy and counseling*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press.
- Whittemore P. B. (2005). If Kant Was Director of Clinical Training. *Journal of Theoretical and Philosophical Psy.* 25(1), 91-105. <http://dx.doi.org/10.1037/h0091253>

PROCESOS SENSORIALES Y EMOCIONALES IMPLICADOS EN LA ACTITUD SOLIDARIA

SENSORY AND EMOTIONAL PROCESSES INVOLVED IN SOLIDARY ATTITUDE

Ramón Rosal Cortés

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista. Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8378-2682>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rosal Cortés, R. (2019). Procesos Sensoriales y Emocionales implicados en la Actitud Solidaria. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 179-196. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.308>

Resumen

El presente trabajo se centra en el estudio de la relevancia de las primeras fases del ciclo del fluir vital de la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2016, 2017), y en concreto de la sensibilidad y la emoción, para la vivencia sana de la actitud de solidaridad para la justicia. En él tiene muy en cuenta –a modo de prólogo– la dimensión psicológica y ética del Movimiento de los Indignados, así como las reflexiones sobre el mismo del sociólogo Castells (2005, 2006, 2013). Tras subrayar la contribución de lo sensorial y afectivo para generar la experiencia que llevará a la persona a adopción de una ética solidaria, se describen, los principales trastornos de aquellas fases que la obstaculizan. La descripción contemplará los problemas que llevan a bloquearla, distorsionarla o dispersarla, haciéndola ineficaz. También se ocupa de las consecuencias a que darán lugar estas primeras fases cuando repercutan en la fase valorativa. Termina con la enumeración de los requisitos para transformar las experiencias sensibles y emocionales en una praxis efectiva, y la esperanza de que se pueda contribuir a ella desde la práctica psicoterapéutica.

Palabras clave: *solidaridad para la justicia, ciclo del fluir vital, psicoterapia integradora humanista, sensibilidad, afectividad.*

Abstract

This work focuses on the study (The aim of this paper is to analyze) the relevance of the first phases of the vital flow cycle of Humanist Integrative Psychotherapy (Gimeno-Bayon & Rosal, 2016; 2017), and particularly of sensitivity and emotion, for the healthy living of the attitude of solidarity for justice. In this paper he takes very much into account –as a prologue– the psychological and ethical dimension of Indignados movement, as well as the considerations about it by the sociologist Castells (2005, 2006, 2013). After emphasize the contribution of the sensorial and affective dimension to generate the experience that will lead the person to adopt a solidarity ethic, the main disorders of those phases that hinder it are described. The description will contemplate the problems that lead to blocking, distorting or dispersing it, making it ineffective. The description also deals the consequences that will lead to these first phases when they affect the valuation phase. Finally, it ends with an enumeration of the requirements to transform sensitive and emotional experiences into an effective praxis, and the hope that it can be contributed to it from psychotherapeutic practice.

Keywords: *solidarity for justice, cycle of vital flow, Humanistic Integrative Psychotherapy, sensitivity, affectivity.*

Fecha de recepción: 15 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 21 de mayo de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: ramonrosalc@gmail.com

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

© 2019 Revista de Psicoterapia



El sociólogo Manuel Castells, es profesor de Sociología y Urbanismo en la Universidad de California en Berkeley y asimismo director del *Internet Interdisciplinary Institute* en la *Universitat Oberta de Catalunya*. Es el académico más citado del mundo en Tecnologías de la Información y la Comunicación, y el quinto académico más citado en Ciencias Sociales. Pero lo que aquí importa señalar principalmente es que se puede considerar como el principal investigador científico del *Movimiento de los Indignados*. Un precedente de esta tarea suya fue una experiencia importante que vivió en el año 1968, cuando era el profesor más joven de la Universidad de París, a los 24 años. Fue en sus clases donde un grupo de sus alumnos, entre los cuales se encontraba Daniel Cohn-Bendit, iniciaron el movimiento del Mayo francés de 1968. Esto tuvo como consecuencia su expulsión de París y su traslado a los Estados Unidos. Es a partir de este momento cuando se concentró en la investigación sobre el desarrollo de las tecnologías de la información y su impacto social. En su importante trilogía *La Era de la Información*, traducida a varios idiomas, tiene presentes las explicaciones sociológicas sobre la sociedad industrial que habían presentado anteriormente, entre otros, Max Weber y Marx. Aunque al inicio de los años 80 Castells ya se había distanciado de la influencia del segundo.

De sus más de veinte libros, casi todos traducidos a varios idiomas, y que han dado pie a que se le concediesen doctorados *honoris causa* en sucesivas universidades, el que aquí se tendrá presente es uno publicado en 2012 con el título —en la edición española— *Redes de esperanza e indignación*. En él ofrece la mejor investigación realizada hasta hoy sobre la influencia que estas redes han ejercido en el *Movimiento de los Indignados* en diversos países, inicialmente en países islámicos. Se informa sobre cómo han causado cambios que constituyen auténticas revoluciones pacíficas, aunque a veces grupos minoritarios violentos hayan podido deteriorar algo su estilo. Países como Túnez y Egipto, entre otros, sometidos desde hacía décadas a gobiernos dictatoriales, han tratado de implantar regímenes democráticos. A continuación el *Movimiento de Indignados*, gracias al apoyo de esas redes sociales, y de la eficacia de la comunicación digital, suscitó actuaciones multitudinarias en países del Primer Mundo, entre ellos: Inglaterra, Estados Unidos y España. Respecto a lo ocurrido en este último, Castells, escribiendo en el período de plena crisis, afirmó:

“España es el país de Europa donde el sistema político ha mostrado menos sensibilidad ante la protesta, y con los dos grandes partidos de acuerdo en ignorarla. El caso más dramático es el de las hipotecas. Los suicidios han disparado la alarma social, pero hace más de un año y medio que viene planteándose sin respuesta. La opinión pública ha registrado las críticas del 15-M. Las encuestas señalan un 70 % de apoyo, pero también registran que apenas se cree que haya capacidad de cambio. Ha cambiado la conciencia de la gente, pero el sistema político se mantiene imperturbable. Y esto puede degenerar en enfrentamientos y en violencia [...] Con una sociedad

movilizada indignada, sin respuesta institucional creíble, es difícil evitar la violencia” (Castells, Entrevista en *El País*, 19-12-2012).

Castells destaca lo ocurrido en Islandia como la revolución pacífica con mayores consecuencias profundas en la transformación de las estructuras sociales, políticas y económicas, a partir de una elevada toma de conciencia democrática por parte de la generalidad de los ciudadanos. “En Islandia se nacionalizaron los bancos, se echó a los dos partidos que la gobernaban desde 1927, se creó un nuevo gobierno con democracia participativa, se elaboró una nueva constitución debatida por internet con miles de ciudadanos interviniendo” (Castells, *ibidem*).

No se puede decir que el *Movimiento de los Indignados* se limitara a protestar contra lo existente en las estructuras económicas y políticas y en la forma irresponsable o incompetente de actuar los principales responsables de ellas. Principalmente se protestó por el funcionamiento actual del sistema financiero (aunque solo una parte de los seguidores era anticapitalista, había unanimidad respecto a este rechazo). Pero, a continuación, presentó propuestas razonables para la solución de esos problemas: “es sobre todo un movimiento político que exige la democracia real”. Para España presentó “propuestas positivas: la reforma de la ley electoral, la modificación del sistema hipotecario y mecanismos de control sobre la banca” (*Ibidem*).

Algunos datos y conclusiones que pueden deducirse de las declaraciones de este reconocido sociólogo son:

a) En el inicio del *Movimiento de los Indignados* han tenido lugar –en cada uno de los implicados– *experiencias sensoriales*. Los que hayan cerrado los ojos y/o los oídos a ellas habrán impedido su movilización para implicarse. Algunas de ellas son:

- Ver el cuerpo de un suicidado por desesperación. Verlo directamente, o por internet, o por visualización mental tras recibir la información. En España la ley de hipotecas ha ocasionado sucesivos suicidios.
- Ver y leer gran cantidad de mensajes por internet de testigos de sucesos y situaciones injustas.
- Comprobar *sensorialmente*, en ocasiones de concentraciones multitudinarias que son muchos los que comparten las mismas experiencias. Ver los mensajes de sus carteles y oír las exclamaciones y gritos de protesta.

Los obreros se comunican en las fábricas, los jóvenes de hoy lo hacen en internet, pero es vital que luego ocupen el espacio público. Al ocupar un espacio público, la gente se da cuenta de que existe y de que puede imponer su derecho a la ciudad por encima de las reglas de tráfico. Lo que produce los cambios históricos es la combinación de un espacio de comunicación, un espacio de reunión, un espacio de incidencia política [...] Los movimientos nacen en la red y se organizan en el espacio urbano (*Ibidem*).

Gracias a estas concentraciones multitudinarias los procesos sensoriales de la

mirada y la escucha son profundamente estimulados. La fase inicial del ciclo del *fluir vital* del modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista (vid. Gimeno-Bayón y Rosal, 2016, 2017), la receptividad sensorial, puede almacenar una gran cantidad de información. En cambio, la población –sea juvenil o adulta– que se ha mantenido al margen de esas imágenes y sonidos –tanto por no escucharlas y contemplarlas en internet, como por no acudir a los espacios públicos– no dispondrá de esa base sensorial movilizadora. Requerirá mucha más capacidad imaginaria e inteligencia emocional para hacerse cargo de lo que ocurre.

a) A partir de la receptividad sensorial respecto a esa información –o simultáneamente– la persona con un *fluir emocional sano* (sin bloqueos, ni dispersiones, ni distorsiones) experimenta *vivencias emocionales profundas*, de sentimientos y emociones diversas.

La primera emoción que aparece es la indignación. El miedo atenaza a la gente. Miedo a perder lo poco que queda. El miedo y la resignación paralizan a la gente. Esto salta cuando no se puede más. En ese momento se supera el miedo. La esperanza llega cuando superas el miedo y encuentras en las redes, en la calle, mucha gente que está como tú. Empieza al hablar con otro, al sentir con otro. Al percibir que no tenemos el poder pero estamos juntos, y tenemos la razón con nosotros. Ese es el paso del miedo a la esperanza (*Ibidem*).

Sin haberse podido vivir estas experiencias sensoriales y emocionales no se habrían producido las transformaciones sociales en varios países islámicos, y en Islandia, y la creciente toma de conciencia de muchos ciudadanos europeos y americanos.

Está claro que no todo se reduce a un buen *fluir* de los procesos sensoriales y emocionales, pero estos cumplen la función básica de informar –e impactar, si es preciso– para orientar la acción. Luego vienen las intuiciones y reflexiones de una buena inteligencia emocional, la captación intuitiva –cognitivo-emocional– del atrayente valor ético de la solidaridad para la justicia, la toma de decisiones prácticas para una praxis de la justicia en la vida cotidiana de un ciudadano corriente. Pero el tema de este artículo es llamar la atención sobre el papel de la sensibilidad y los sentimientos como fundamentos para la praxis de la justicia.

Y es motivo de satisfacción que un sociólogo tan relevante y científico como Manuel Castells haya mostrado con tanta claridad –deslizándose desde lo sociológico hacia lo psicológico– la importancia de las vivencias sensoriales y emocionales sanas para contribuir a la transformación humanizadora de la sociedad.

Definición de solidaridad para la justicia

Aquí se entenderá por solidaridad para la justicia social:

“la actitud que, a partir del sentimiento de compasión y de indignación ante los daños ocasionados por conductas injustas, y de la toma de conciencia de la responsabilidad personal para la contribución al bien común, experimenta ideales de cooperación social y de actuaciones altruistas para

contribuir a la promoción y defensa de los derechos humanos, en una lucha por el logro simultáneo de una mayor libertad y justicia en beneficio de todos” (Rosal, 2012, p. 231).

Contribución de la sensibilidad

Una persona con suficiente fluidez en cuanto a receptividad sensorial sabrá prestar atención para ver (contemplar) y escuchar los sufrimientos que padecen individuos y colectivos que son víctimas de actuaciones o situaciones injustas. Cualquier ciudadano o ciudadana dispone actualmente de muchos más recursos que hace apenas un siglo, para darse cuenta sensorialmente de estas desgracias, en comparación con lo que se podía percibir en épocas pasadas. Por la televisión, y por internet, tiene la posibilidad y facilidad de percibir a gente que padece las consecuencias dolorosas de injusticias provocadas por individuos –especialmente los que tienen poder económico o político– y por estructuras sociales, económicas o políticas que obstaculizan la igualdad en la vivencia de los derechos humanos por parte de los ciudadanos. Véase un ejemplo de información sobre el hecho de las desigualdades injustas que ocurren en el mundo: unos párrafos de la introducción de un libro de Díaz-Salazar. Aparte de poder recibir esta información escrita, cualquier persona tendrá oportunidades de ver con sus propios ojos y escuchar con sus oídos –por televisión, o por internet– ejemplos de individuos de los que se informa en estos párrafos. Ante estas percepciones, si tiene una buena receptividad sensorial, no permanecerá impasible.

“conviene, no obstante, tener presente que cada año mueren de hambre en el mundo 40 millones de personas (toda la población de España en un año) y cada día mueren de hambre 100.000 personas, de las cuales 35.000 son menores de 5 años. En la actualidad, existen en el mundo más de 1.300 millones de pobres, 1.200 millones de personas sin acceso a ningún servicio de salud (es decir, el equivalente a 30 países con el mismo volumen de población que España), 1.300 millones de seres humanos sin acceso a agua potable, 860 millones de analfabetos. Los 3.000 millones de personas que pueblan los países más pobres sólo disponen del 5,4% del ingreso mundial total, lo que representa unos recursos inferiores al PNB de Francia (57 millones de habitantes). Todo el África subsahariana (unos 565 millones de personas) dispone de algo menos del 1% del ingreso mundial, lo cual es igual a tener menos de la mitad de los ingresos del Estado norteamericano de Texas. Los países ricos del Norte, que no llegan a representar ni siquiera una cuarta parte de la población mundial, consumen el 70% de la energía mundial, el 75% de los metales, el 85% de la madera y el 60% de los alimentos. El consumo energético que representa la circulación de turismos en la parte occidental de Alemania, equivalente a unos 40 millones de toneladas de carbón por año, es igual al consumo total de energía de los habitantes de África negra. Es necesario recordar que

todos los habitantes de la unión Europea, EE.UU., Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda sólo constituyen el 14% de la población mundial, esto es, algo menos que toda la población de la India, que representa el 16% de la población mundial. Las personas que habitamos en los países de la Unión Europea sólo somos el 6,5% de la población del mundo.

El desconocimiento y, sobre todo, el olvido de esta realidad –que por otro lado se impone con manifestaciones constantes y dramáticas– es el que acompaña la baja intensidad de las políticas y acciones de solidaridad internacional. Especialmente cuando se regresa de algún país empobrecido, se tiene la sensación de que el Norte está ciego y dormido, reposando en un “sueño de cruel inhumanidad” (Jon Sobrino). Y contra este sueño del Norte hay que levantar un movimiento de insumisión a favor del Sur. No podemos consentir que una minoría del 14% de la humanidad –con islotes ciertamente de pobreza– esté instalada en la cultura de la satisfacción producida por la sociedad de consumo, mientras que la gran mayoría de los habitantes del planeta Tierra están sometidos a la dictadura de la pobreza” (Díaz-Salazar, 1996, pp. 16s.).

Estos años, sin salir de nuestra ciudad, y estar viendo a muchas personas –mayoría inmigrados– que van con un carrito a recoger material del interior de los *containers* –unos recogen papeles, otros metales, etc. – para poderlos vender por unos pocos euros. La persona sensible evitará acostumbrarse a ver esta desgracia como algo normal. Y al anochecer, en algunos rincones de la ciudad, se puede fácilmente observar que algunos indigentes están instalándose como pueden, con unos cartones y, en el mejor de los casos con una manta, para pasar la noche en el exterior, aunque sea en el invierno, porque no hay plazas disponibles en los albergues, o porque les ha ocurrido que en algunos les han robado parte de lo poco que arrastran con ellos. También muchos de ellos, a pesar del valioso folleto actualizado anualmente por la Comunidad de San Egidio (de 218 páginas) sobre todos los recursos existentes en Barcelona, desconocen la dirección de más de cincuenta lugares donde pueden encontrar comida gratis, los aproximadamente veinte albergues donde pueden probar si hay plazas disponibles, los trece lugares donde pueden ducharse, los locales –principalmente parroquias– donde pueden obtener ropa gratis, o aquéllos en los que les pueden ofrecer ayuda legal, y así sucesivamente.

Trastornos en la sensibilidad

Si se plantea el problema de los trastornos psicológicos que pueden obstaculizar la actitud solidaria, procede iniciarse por los de la sensibilidad, de los que pueden destacarse los siguientes:

a) *Bloqueo externo deliberado: supresión de información sensorial concreta*

Se da aquí no propiamente con un problema psicológico del sujeto, sino con un entorno ambiental en el que se evita que se puedan percibir las actuaciones individuales o estructurales que causan injusticias, con el consiguiente sufrimiento de las víctimas. Ahora bien, la persona puede ser responsable de haber buscado o consentido este ocultamiento, con la finalidad –consciente o inconsciente– de inhibir sentimientos sanos de culpa (no son escasas las personas que han decidido no leer periódicos y escuchar informativos para no ponerse de malhumor). Se dará con más frecuencia en los casos de trastorno de la personalidad evitativo o por dependencia. Cuando tal patología no esté implicada, o sólo en parte, habrá que reconocer una responsabilidad moral.

b) *Dispersión externa: exceso de estímulos ambientales*

Al igual que en el caso anterior, para que se trate de un problema del sujeto, y no sólo de una circunstancia ambiental, se requiere que el sujeto sea responsable al menos parcial de su inserción en este ambiente. Cuando, por el contrario, este ambiente le viene impuesto con muy poco margen de libertad de elección, se da un claro peligro de conducir a trastornos de adaptación.

Una sucesiva multiplicación de informaciones y noticias –por televisión, por internet, u observable directamente transitando por las calles– que muestran señales de sufrimiento en víctimas de injusticias, pueden conducir a una especie de desensibilización sistemática en el ciudadano observador. Puede ir dando pie a un gradual amortiguamiento o desaparición de la capacidad de reacción emocional, a vivenciar esas situaciones como algo normal, que apenas llaman la atención.

Este problema puede dar lugar también al de la *atención dispersa*, por el que la persona se incapacita para centrar la atención en un hecho o sujeto, que –para el tema que nos ocupa– se relacionaría con la injusticia.

c) *Falta de atención a elementos que aportan información relevante*

Aquí se da, no propiamente con un problema de receptividad sensorial, sino de filtración de sensaciones. Pero no se trata de un proceso saludable de filtración –necesario para una conducta sana, concentrada y no estresada– sino de un “punto ciego”, que no le permite al sujeto obtener un significado congruente o una ubicación correcta por falta de visión panorámica. Expresándonos con términos de Análisis Transaccional, podrá tratarse con frecuencia de un “mandato de guión” que impida conectar con sensaciones que expresen sufrimientos –con tristeza, o miedo, o rabia– por parte de víctimas de injusticias.

Contribución de los procesos afectivos

Se pueden señalar algunos sentimientos que son requisitos integrantes de esta actitud, recogidos del libro sobre *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida* (2012, pp. 231).

a) El *sentimiento de tristeza* ante las desgracias humanas, como el hambre padecida por un porcentaje importante de la población mundial; la muerte de millones de niños en el Tercer Mundo por imposibilidad de pagar las vacunas o por falta de centros de atención médica; la necesidad de vivir y dormir a la intemperie por falta de recursos para pagar un alquiler; los encarcelamientos injustificados por falta de libertades democráticas o por errores judiciales; la lapidación de mujeres por denuncias de adulterio en algunos países musulmanes, o el desfiguramiento de sus rostros por ácidos, al haber sido violadas y considerarse deshonorada la familia; los periódicos asesinatos a creyentes religiosos –principalmente cristianos– y destrucciones o incendios de sus templos por no admitir la libertad religiosa, las violaciones de mujeres, principalmente durante las guerras. La relación se podría alargar mucho más, pero baste lo mencionado, como muestra representativa de injusticias causantes de sufrimiento y existentes en la actualidad.

Ante estos hechos, que desde que existe la televisión se pueden hacer visibles para todos, la persona con suficiente sensibilidad y fluidez emocional experimentará tristeza en forma de *compasión* –si tiene cierta capacidad de ponerse en la piel de los otros, de intuición empática– y también *indignación* ante las injusticias causantes de estas desgracias, por acción o por omisión. Tanto la compasión como la indignación son dos sentimientos básicos para la posibilidad de la actitud solidaria. Por ello es aconsejable que la persona dispuesta a cultivar esta virtud se detenga a veces en contemplar o evocar con recogimiento y atención plena estos hechos, en una especie de meditación que le mantenga atenta y despierta a esta realidad humana dolorosa y sus capacidades para la compasión y la indignación nunca lleguen a inhibirse o apagarse.

b) El *sentimiento de esperanza* es otro sentimiento que es conveniente destacar aquí. La esperanza en que colaborando con otros es posible alcanzar algunos logros para contribuir a un mundo con más paz y bienestar y menos sufrimiento, gracias a una mayor justicia. La meditación contemplativa sobre lo que podría lograrse actuando con iniciativas personales o colaborando con otras, y el consiguiente sentimiento de alegría ante esa posibilidad futura, pueden ayudar a no permanecer pasivo, inhibiendo toda energía movilizadora para una actuación eficaz, en la medida de las propias capacidades y limitaciones.

c) Puede añadirse aquí también el *sentimiento de atracción o captación de la belleza moral* de un estilo de vida solidario para la justicia. En el último capítulo del libro citado, el autor se adhiere a la interpretación de aquellos filósofos que, como Max Scheler (1921/1948), sitúan como requisito previo a la consolidación de una actitud ética (virtud) la captación de un valor, la comprensión intuitiva sobre su belleza moral, a través del sentimiento, entendido como un proceso afectivo-cognitivo, a diferencia de una mera emoción o una mera idea. La actual concepción de lo que se entiende por “inteligencia emocional” se puede percibir como un concepto afín al sentimiento según Max Scheler (2003) o Jacobi (Panikkar, 1948), entre otros.

Por lo tanto, si uno sabe recogerse para vivir lo que se ha descrito en otro capítulo del mismo libro como “escucha interior” y visualizar mentalmente, con ayuda de la fantasía, cómo sería la vida en una sociedad en la que la mayoría de las personas cultivasen la actitud solidaria para la justicia, incluyendo lo que se ha entendido como “amor social” (Messner, 1967, pp. 524-529), será fácil que surja un *sentimiento de admiración* hacia ese estilo posible de sociedad y aumente la energía personal que impida desentenderse de toda contribución hacia esa meta.

d) *Sentimientos de alegría y admiración* ante el testimonio de héroes del altruismo y la solidaridad. Todos tienen oportunidades de experimentar estos sentimientos al contemplar y reflexionar sobre la vida de personajes del presente o del pasado, y a veces también sobre personas cercanas, protagonistas de actuaciones admirables por el ejercicio de esta actitud. No sólo se puede evocar a Mahatma Gandhi, Martin Luther King, la madre Teresa de Calcuta, Louis Pasteur, y otros famosos citados en otros capítulos. Son numerosos los que pueden estar a disposición para evocar sus vidas y abrirse a su influencia, permitiendo experimentar un sentimiento de admiración y una aspiración a implicarse en la actitud de la que son modelos de vida. Merece la pena facilitar esto con la ayuda de la lectura de biografías, o el visionado de películas u obras de teatro. Aparte de lo que constituyen biografías, la literatura y el cine pueden ofrecer a veces la narración de trayectorias vitales admirables como testimonios de solidaridad. ¿Quién no salió con un sentimiento profundo de admiración y alegría tras ver la película *La lista de Schindler* (Spielberg, Lustig, Molen y Kennedy, 1993), o *La vida de los otros* (Berg, Wiedmann, Hamm y von Donnersmarck, 2006), por señalar dos ejemplos? ¿No resulta aconsejable practicar, de vez en cuando, unos minutos de recogimiento y meditación, evocando escenas admirables de este tipo de vidas, como vía para la energización de la capacidad solidaria?

e) Finalmente, se puede considerar también la contribución del *sentimiento de temor* –quizá no tanto sentimiento como emoción transitoria– ante los peligros de un futuro previsible, si no aumenta el porcentaje de personas solidarias. Cabe también aquí la práctica de meditaciones con ayuda de la visualización mental de imágenes sobre la vida en una sociedad sin apenas personas solidarias. El filósofo Jonas, en su valiosa obra *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para una civilización tecnológica*, plantea la importancia de ser conscientes y responsables sobre las consecuencias previsibles de nuestras actuaciones en las generaciones futuras. Implica en la conducta responsable tanto el sentimiento de esperanza como el de temor.

“Al principio de la esperanza oponemos nosotros no el principio del temor, sino el principio de responsabilidad. Pero sin duda el temor forma parte de la responsabilidad tanto como la esperanza; y dado que el rostro que el temor tiene es el menos atractivo e incluso, en algunos círculos, es objeto de un cierto descrédito moral y psicológico, hemos de concederle nuevamente la palabra, pues hoy es más necesario que en otras épocas en las que,

dada la confianza existente en la buena marcha de los asuntos humanos, podía ser despreciado como una debilidad propia de individuos pusilánimes y medrosos” (Jonas, 1995, p. 356).

Trastornos emocionales

Pasando a identificar posibles trastornos emocionales que obstaculizan la vivencia solidaria, procede destacar los cinco siguientes:

a) Emociones prohibidas

Problema presente en personas que tienen “prohibido” experimentar o expresar alguna de las emociones –y correspondientes sentimientos– señalados en el apartado anterior y, con mayor razón, en aquellos que padecen las consecuencias de esta “prohibición” inconsciente respecto al conjunto de las emociones. Este estilo de persona fría, sin calidez emocional, se da preferentemente en quienes padecen los trastornos de personalidad esquizoide y antisocial. Algo menos en la personalidad obsesivo-compulsiva. Pero no sólo en éstos. No siempre, en el origen de esta conducta emocionalmente fría, o en la inhibición, en especial de sentimientos de compasión y de indignación se encuentra la influencia recibida en la infancia del mensaje “No sientas” –como se señala en el Análisis Transaccional de Berne–, a partir de un estilo de cultura, o grupo familiar, o figura parental. A veces puede ocurrir lo contrario, cuando constituye propiamente una reacción de rebelión frente a unos mensajes culturales, familiares o parentales, que imponían que “hay que sentir continua e intensamente”, o que se caracterizaban por una vivencia descontrolada de las emociones. Cualesquiera que sean las influencias que contribuyeron a la gestación –normalmente inconsciente– de una decisión del “guión de la vida”, del tipo “no sientas”, el hecho es que quien viva sometido a sus consecuencias inhibirá toda experiencia y expresión de estos sentimientos, obstaculizando con ello el cultivo de la actitud solidaria.

b) Falsa identificación por proyección en el presente de una situación pasada

Aquí no se trata de un bloqueo, sino de una distorsión. A partir de ella se puede producir un sentimiento de compasión, o de indignación, inadecuados para la situación real. Unos jóvenes que conservan en su memoria experiencias dolorosas por actuaciones que percibieron como injustas por parte de su padre –que acostumbraba a vestirse de una determinada manera–, pueden tender a reaccionar con indignación injustificada respecto a todo representante de la autoridad –académica, cultural, política, etc.– que vista de una forma semejante. Personas que conservaban en su memoria frustraciones debidas a un prolongado aplazamiento del retorno a un gobierno democrático, producido por cerca de cuarenta años de franquismo, no era fácil que pudiesen confiar en una persona como Adolfo Suárez –ex-dirigente falangista– como líder posible de la transición democrática. Los ahora unánimemente valorados méritos de este político, reconocidos internacionalmente, tardaron

mucho en cambiar los sentimientos negativos de indignación hacia él de quienes cayeron, inconscientemente, en una “falsa identificación por proyección en el presente de una situación pasada. Sentimientos de indignación –aunque contenidos– que todavía se expresan de vez en cuando en quienes devalúan los grandes logros de su liderazgo de la transición.

c) Descontrol emocional

Este problema da lugar a que la emocionalidad de la persona –sea en forma de sentimientos de comprensión, o miedo, o indignación, o esperanza (que son los que aquí interesan) – le desborde e invalide el funcionamiento de los consiguientes procesos cognitivos y volitivos. Quien padece este problema se incapacita para acceder a sus recursos racionales y autolimita su comportamiento.

En el caso del *Movimiento de los Indignados*, este tipo de distorsión emocional puede conducir, por ejemplo, a episodios maníacos (por descontrol de la esperanza, la alegría, o la rabia); o descontrol de la rabia en personalidades esquizoides, u obsesivas, o antisociales.

A veces su origen puede encontrarse en la educación recibida en la infancia, según la cual el protagonista de una indignación ha aprendido que si se descontrola suficientemente logrará lo que quiere. El niño aprendió que si no le daban lo que deseaba por las buenas, siempre podía montar una pataleta para conseguirlo. Probablemente esta pueda ser una de las causas psicológicas de las actuaciones de esos grupos minoritarios violentos, que van destruyendo todo lo que encuentran – escaparates de comercios, coches, *containers*, farolas, etc.– malogrando los efectos de una manifestación o concentración pacífica del *Movimiento de Indignados* u otros similares.

d) Desplazamiento de la afectividad hacia otros niveles de la personalidad

Aquí se produce una desviación de la energía del caudal afectivo hacia otras áreas como la somática, mediante la somatización o la agitación motora; o bien mediante procesos mentales de tipo racionalizador o pensamiento obsesivoide. Así puede ocurrir, por ejemplo, en quienes padezcan los trastornos de personalidad evitativa u obsesiva, pero no sólo en estos casos.

De hecho, en estos casos, el fluir emocional queda detenido o trastocado. En lugar de la vivencia de emociones o sentimientos profundos –los diversos que he señalado en el *Movimiento de los Indignados*– aquí sólo se produce agitación práxica, o somatización, o agitación mental. Sin embargo, un funcionamiento sano y fructífero del *Movimiento de Indignados* y, en general, del dinamismo de todo individuo o colectivo movilizad hacia la solidaridad para la justicia, requiere la vivencia profunda de los sentimientos indicados. Y este problema implica la inhibición de los mismos, o su represión.

e) Distorsión como consecuencia de una falsa identificación cognitiva

Aquí, como se indica en su denominación, la base de la distorsión emocional se encuentra en el error interpretativo de la fase de identificación cognitiva. Puede estar presente en diversos síndromes y trastornos de la personalidad, y de forma espectacular en momentos de las crisis psicóticas y de la personalidad esquizotípica. De ahí la conveniencia de evitar que personas con estas dolencias se integren en grupos con iniciativas a favor de la justicia, ya que su falta de salud mental puede malograr proyectos valiosos. Conviene evitar que se integren en grupos humanos con proyectos valiosos y solidarios a favor de la justicia personas que se dejan influir excesivamente por prejuicios, proyecciones y generalizaciones sin base objetiva. O por personas insanamente condicionadas por “posiciones vitales” (Berne, 1974) gravemente distorsionantes de la realidad, de los tipos “Yo estoy bien, tú estás mal”, “Yo estoy mal, tú estás mal”, “Yo estoy mal, tú estás bien”, vivenciadas como individuos y también como colectivo en el que uno se siente implicado. Estas “posiciones vitales” insanas que aparecen más de la cuenta en las relaciones y enfrentamientos entre los partidos políticos, sería lamentable que también malograse los estilos de actuación a favor de la justicia de colectivos inicialmente sanos y bienhechores.

La capacidad valorativa de la actitud solidaria

Tras los procesos sensoriales y emocionales, corresponde la implicación de la capacidad valorativa, en la cual cabe también la presencia de trastornos que impiden la vivencia solidaria.

Está claro que para reflexionar sobre procesos psicológicos –y sus posibles problemas– que pueden intervenir en la vivencia y praxis de la solidaridad para la justicia –como de cualquier otro valor ético– la fase del ciclo de la experiencia más directamente implicada en ello –según la Psicoterapia Integradora Humanista– es la *fase de la valoración*. Pero este escrito se limitará casi sólo a nombrar los posibles problemas que obstaculizarían la praxis de este valor. Pues el tema del artículo se centra sólo en los procesos sensoriales y emocionales implicados, que corresponden a tres fases anteriores del fluir vital. Tampoco se detendrá en los problemas de la fase cognitiva, que son importantes en la vivencia de este valor, porque el espacio disponible no lo permite.

Cuando hablamos de capacidad valorativa entendemos la capacidad de discernir –en una situación determinada en la que el sujeto experimenta normalmente varias motivaciones o tendencias– cuál es la que en esa situación ve conveniente considerar prioritaria por su importancia, o tal vez por su urgencia. Este discernimiento o visión se llevará a cabo normalmente por la vía de lo que Max Scheler denominó “intuición emocional”. Se trata por consiguiente de una actividad psicológica en la que se integran procesos afectivos y cognitivos.

De las varias motivaciones o tendencias que conducen al sujeto hacia el ejercicio de diversas actitudes o conductas, el que disponga de capacidad valorativa

sabrá discernir –normalmente por intuición emocional, o en algunos casos por reflexión razonada– cuáles de aquéllas favorecen su proceso de crecimiento personal (o autorrealización) y cuáles lo obstaculizan. No se pretende decir que en una determinada situación, considerada en abstracto, sólo haya una posible motivación (con el acompañamiento de actitudes y conductas) discernible como valiosa. Normalmente serán varias. Pero dado el carácter singular e irrepetible de toda existencia humana, como también lo peculiar de todo proyecto existencial (aunque normalmente sólo implícito), cabrá pensar en que pueda captarse la mayor relevancia o valor de una de las posibilidades.

Respecto a cualquiera de las áreas que componen toda existencia humana es beneficioso disponer de una capacidad valorativa fluida. Al decir “fluida” se entiende, en el modelo psicoterapéutico de la Psicoterapia Integradora, una experiencia valorativa exenta de posibles formas de bloqueo, dispersión o distorsión de sus manifestaciones. Merecen ser destacadas algunas áreas de la vida en las que resulta especialmente conveniente el cultivo de dicha capacidad, para poder diferenciar lo humanizador de lo deshumanizador.

Estas áreas son:

- a) La experiencia del amor en sus diversas clases: de relación de pareja, paternofilial, de amistad, de compañeros en proyectos basados en metamotivaciones. etc.
- b) La experiencia humana del trabajo, no sólo el profesional.
- c) La experiencia de la ciudadanía y la participación política.
- d) Las experiencias en relación con la ciencia, el arte, o la filosofía.
- e) La experiencia de la administración de los propios recursos económicos.
- f) La experiencia de la vinculación a una cosmovisión religiosa, o agnóstica o atea.
- g) La experiencia del ocio humanizador.

El tema de este artículo afecta principalmente a las áreas c) y e).

Teniendo presente la eticidad implicada en el concepto de crecimiento psicológico personal (quizá también habría que hablar de su esteticidad), siguiendo un enfoque frommiano de ética psicológica humanista, el autor se ha detenido en otros lugares (Rosal 2003, 2012; Rosal y Gimeno-Bayón 2011) en la descripción y justificación de veintidós valores éticos, como favorecedores del crecimiento personal.

De los diecinueve problemas que identificados en la fase valorativa del modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista aquí solo se van a nombrar los ocho que pueden destacarse más, como obstaculizadores de la solidaridad para la justicia.

Bloqueos posibles que obstaculicen la vivencia –y consiguiente praxis– de la solidaridad pueden estar causados por los problemas siguientes:

- Frigidez valorativa
- Fobia al compromiso de valores

- Sumisión a la presión de grupos amoraless
- Autoprohibición del sentimiento de culpa

Respecto a formas de vivencia *dispersa o distorsionada* de la fase valorativa, es conveniente destacar los siguientes problemas:

- Fragmentación valorativa
- Valoración invertida
- Valoración por confluencia o rebelión afectiva
- Prejuicio moral

Cinco formas distorsionadas de solidaridad para la justicia

- a) *Legalismo*: implica los bloqueos de la fase valorativa denominados “heteronomía” y “dogmatismo”, y la distorsión valorativa “conciencia inmadura” correspondiente a la segunda etapa convencional del desarrollo moral según Kohlberg (1982). Tal distorsión es más frecuente en la personalidad *obsesivo-compulsiva*.
- b) *Solidaridad reduccionista* (cuando se ejercita únicamente respecto a un partido político, o una clase social, o la propia nación o cualquier otro colectivo humano, actuando insolidariamente respecto a los otros): tiene relación con la distorsión valorativa denominada “Fragmentación valorativa”. Más frecuente en la *personalidad pasivo-agresiva y en la antisocial*.
- c) *Cumplimiento de las leyes justas sólo por miedo a la sanción*: constituye una distorsión valorativa que en el modelo se denomina “Conciencia inmadura” y, en este caso, corresponde a la fase primera del desarrollo moral según Kohlberg (1982) o “conciencia temerosa”, más frecuente en las *personalidades evitativa, esquizoide y antisocial*.
- d) *Impaciencia solidaria por falta de realismo*: corresponde a la dispersión valorativa denominada “inestabilidad valorativa” (la persona no es capaz de mantener su propia valoración durante el tiempo necesario para que sea eficaz). Más frecuente en la *personalidad histriónica y antisocial*.
- e) *Actitud revolucionaria violenta*

No han sido pocos, a lo largo de la historia, los líderes de revoluciones violentas que, con la colaboración entusiasta de sus seguidores, han perseguido fines aparentemente justos, pero con medios gravemente injustos. En este sentido puede compararse la Revolución Francesa, con medios extremadamente violentos, a base de llevar a la guillotina a miles de ciudadanos inocentes, hasta acabar matando incluso a varios de los que habían sido los cerebros de la revolución, en comparación con las revoluciones anglosajonas no violentas, sin derramamiento de sangre, o con la revolución no violenta de Gandhi, logrando la independencia de la India. La más violenta en la historia de las revoluciones fue la liderada por Lenin, y continuada por Stalin. Son cerca de cien millones los muertos a causa de dicha revolución, de los cuales sesenta y cinco millones murieron en China y veinte

millones en la URSS, aparte de los asesinados en otros países.

Nikolai Berdiaev (1874-1948) fue el primer intelectual ruso de prestigio que, a pesar de pertenecer a una familia de la aristocracia, promovió la lucha contra el zarismo para la implantación de un socialismo democrático. El 27 de febrero de 1917 se produjo la revolución democrática en Rusia, con la que quedó derrocado el zar. Esto supuso la inauguración de un sistema democrático parlamentario que, en su comienzo, se tradujo en un gobierno de coalición. Las dificultades internas provocaron cambios en el gobierno, de forma que en septiembre de ese año ya se constituyó un tercer gobierno de coalición, presidido por el socialista democrático Kerenski. Mientras tanto los bolcheviques, liderados por Lenin, prepararon una insurrección armada para tomar el poder. Entre los días 25 y 27 de octubre tuvo lugar el golpe de Estado en Petrogrado y en Moscú, con lo cual se malogró definitivamente el proyecto para Rusia en el que Berdiaev había soñado. Se estableció el sistema totalitario más cruel de la historia que provocó los 104 millones de muertes antes referidas. Se comprende que pasados los años este filósofo ruso escribiese lo siguiente:

“Las revoluciones persiguen grandes fines: la manumisión del hombre de la opresión y de la esclavitud. Los que prepararon la revolución eran hombres heroicos, capaces de sacrificar su vida a una idea. Pero una vez que triunfan, las revoluciones destruyen la libertad, sin dejar la menor huella, desconfían de ella más de cuanto se desconfiaba antes de la revolución, y sus autores, una vez instalados en el poder, se hacen feroces, crueles, y se deshonran derramando sangre humana” (Berdiaev, 1955, p. 241).

Tránsito a la praxis socialmente beneficiosa

Una vez garantizado un fluir sano de los procesos sensoriales y emocionales, sin olvidar los cognitivos –que aquí no se han considerado–; y una vez captado, con inteligencia emocional, en la fase valorativa, el carácter positivo de los sentimientos de compasión y de indignación respecto a víctimas de injusticias, la persona estará en condiciones de realizar una apropiación personal de este valor, al asumirlo como actitud o virtud ética, como un contenido estable de su personalidad y su conducta.

Entonces se encontrará en las mejores condiciones para:

- a) Tomar decisiones concretas para una praxis personal de la solidaridad
- b) Movilizar sus recursos para ello
- c) Planificar las actuaciones con cierto grado de complejidad
- d) Ejecutar las acciones u omisiones para la justicia

Respecto a las *omisiones*, será capaz de:

1º *Abstenerse de practicar o colaborar con conductas injustas*

Ejemplos de *injusticias contra la verdad* son:

- Manipulación de la opinión pública publicando o difundiendo informaciones devaluativas de personas e instituciones, total o parcialmente falsas.

- Aceptar la propuesta de mentir al actuar como testigo en procesos judiciales.
- Presionar para obtener injustificadamente la baja médica.
- Al impartir cursos o conferencias utilizar fotocopias de esquemas, gráficos, cuadros, tablas, etcétera, sin indicación de la fuente.
- Plagiar escritos.

Ejemplos de *injusticias contra la ética económica* son:

- Pago de comisiones ilegales para conseguir apoyo para intereses egoístas.
- Traficar con drogas.
- Evadir impuestos.
- Mantenerse cobrando el paro mientras se están cobrando ingresos por un trabajo que no se declara (sin encontrarse en grave necesidad).
- Evitar pagar el IVA siempre que sea posible.
- Evitar dar recibos por servicios profesionales liberales para evitar declarar los ingresos a Hacienda.
- Colocar ahorros en Fondos de Inversión sin averiguar a qué tipo de Empresas se destinará ese capital.
- Perder el tiempo durante la jornada laboral.
- Perder el tiempo como estudiante malgastándose con ello el dinero que dispensa el Estado para subvencionarle, habiéndose podido destinar ese capital a gastos urgentes, por ejemplo, en servicios para el Bienestar Social.

Si se está dispuesto, no sólo a no practicar injusticias, sino tampoco a cooperar directa o indirectamente con ellas, a través de empresas que causan perjuicios a individuos o grupos, o daño medioambiental, se procurará tomar las medidas para evitar colocar ahorros de capital en fondos de inversión que no acrediten abstenerse de invertir el capital en empresas en las que se practiquen lo que, según la clasificación presentada en Bancos Éticos o en Fondos Éticos de Inversión, se entienden como “criterios negativos” (Alsina, 2001, p. 176).

2º *Abstenerse de consentir costumbres causantes de injusticias*

Se citan aquí sólo una parte de las señaladas en el libro *Valores éticos* (Rosal, 2012).

Puede verse una serie de ejemplos concretos de prácticas de conductas injustas sancionadas por las leyes, parte de las cuales llegan a ser costumbre en algunos ambientes.

- Vender fármacos sin reclamar la presentación de la receta en los casos en que ésta sea obligatoria. El farmacéutico antepone su interés lucrativo al de evitar cometer una imprudencia que pueda ser perjudicial para su cliente y, a la vez, comete la injusticia de competencia desleal con colegas que en otras farmacias se hayan abstenido de venderla. Conseguirá que su cliente simpatice con esta farmacia que se salta esta ley.

- Sobornar al funcionario correspondiente de un Ayuntamiento para conseguir que sea recalificado un terreno, gracias a lo cual suba notablemente su valor al poder construirse en él viviendas.
- Faltar a la justicia en ocasión de concursos u oposiciones para el nombramiento de profesores titulares universitarios o catedráticos, o en otros tipos de concursos.
- Médicos que recetan medicamentos no necesariamente por ser los más recomendables en un caso determinado, sino por los beneficios que les ofrecen los laboratorios farmacéuticos, los cuales disponen de procedimientos para controlar las recetas de médicos. Los beneficios que ofrecen pueden ser, entre otros, atractivos viajes y estancias en hoteles de lujo con derecho al acompañamiento de las familias.
- Laboratorios farmacéuticos que ofrecen una información algo falsificada, alarmando innecesariamente a las personas calificando de peligrosos síntomas con poca importancia, en vistas a aumentar sus ventas.
- Industrias de producción alimentaria que, cuando se trata de alimentos de los que no puede indicarse la fecha de caducidad –ya que se trata de alimentos de duración indefinida– han creado la costumbre de indicar avisos inquietantes como “consumir preferentemente antes de...” que no tienen ningún fundamento.

Respecto a las *acciones*, será capaz de:

3º *Tomar iniciativas eficaces para la promoción y defensa de los derechos humanos, o para colaborar en la reforma de estructuras sociales*

Aunque sea sólo un esquema, se transcribe a continuación el que incluye Rafael Díaz Salazar en su libro *Redes de Solidaridad Internacional* (1996, p. 410).

- La afiliación a las ONGD.
- La inserción en Comités y Plataformas de solidaridad.
- La creación de redes sociales Norte-Sur.
- La implantación de la educación para el desarrollo y la solidaridad internacional en los centros escolares.
- El apoyo al comercio justo.
- La acción internacionalista de los sindicatos.

Contribución de la psicoterapia a la justicia

No sólo los profesionales honestos, inteligentes y bien formados de la Política, la Economía, el Derecho, etc. tienen en sus manos especiales posibilidades de contribuir eficazmente en una reforma humanizadora de la sociedad. No sólo ellos tienen una responsabilidad relevante de cultivar la actitud de solidaridad para la justicia, y llegar a ser modelos de ella para el conjunto de la ciudadanía.

Los psicoterapeutas –y quizá, con mayor razón, los de la corriente experiencial humanista– tienen unas grandes posibilidades y consiguientes responsabilidades.

Dada la importante influencia de los problemas psicológicos mencionados, en la debilitación o incapacitación para la actitud solidaria, hay sobradas razones para confiar en que su trabajo de contribución a la salud mental y al crecimiento personal y, en concreto, al favorecimiento de un sano fluir de los procesos sensoriales, emocionales y valorativos de los pacientes a los que se atiende, pueda tener consecuencias beneficiosas no sólo para sus vidas individuales, sino para su influencia social beneficiosa como ciudadanos. Aspirar a que el trabajo psicoterapéutico llegue a tener estas consecuencias puede ser una interesante “metamotivación” –utilizando este término de Abraham Maslow–. Una interesante motivación que fortalezca la capacidad de encontrar sentido a la vida.

Referencias bibliográficas

- Alsina, O. (2001). *La banca ética. Molt més que diners*. Barcelona, España: FETS.
- Berg, Q., Wiedemann, M., Hamm, D. (Productores) y von Donnersmarck, F. H. (Director). (2006). *La vida de los otros* (Película). Alemania: Wiedeman & Berg Bayerischer, Arte y Creado Film.
- Berne, E. (1974). *¿Qué dice usted después de decir “hola”?* Barcelona, España: Grijalbo.
- Castells, M. (2005). *La Era de la información. Vol. 1: La sociedad red*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Castells, M. (2006). *La Era de la información. Vol. 3: El fin de milenio*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Castells, M. (2012). *Redes de esperanza e indignación*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Castells, M. (2013). *La Era de la información. Vol. 2. El poder de la identidad*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Díaz Salazar, R. (1996). *Redes de solidaridad internacional para derribar el muro Norte-Sur*. Madrid, España: HOAC.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2016). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales* (2ª ed.). Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2017). *Manual Práctico de Psicoterapia Integradora Humanista. Tratamiento de 69 problemas en los procesos de valoración, decisión y prácticos*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una Ética para la civilización tecnológica*. Barcelona, España: Herder.
- Kohlberg, L. (1982). Los estadios morales y la moralización: el enfoque cognitivo-evolutivo. *Infancia y Aprendizaje*, 18, 33-52. <https://doi.org/10.1080/02103702.1982.10821935>
- Maslow, A. (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona, España: Sagitario.
- Messner, J. (1967). *Ética social, política y económica a la luz del Derecho Natural*. Madrid, España: Rialp.
- Pánikkar, R. (1948). *F.H. Jacobi y la filosofía del sentimiento*. Buenos Aires, Argentina: Sapientia.
- Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una Ética desde la Psicología*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Lérida, España: Milenio.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2011). *La búsqueda de la autenticidad*. Lérida, España: Milenio.
- Scheler, M. (1948). *Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético. Tomos 1 y 2*. Buenos Aires, Argentina: Revista de Occidente (trabajo original publicado en 1921).
- Scheler, M. (2003). *Gramática de los sentimientos. Lo emocional como fundamento de la Ética*. Barcelona, España: Crítica.
- Spielberg (Productor y Director), S., Lusting, B., Molen, G. R. y Kennedy, K. (Productores). (1993). *La lista de Schindler* (Película). Estados Unidos: Amblin Entertainment.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS INTERVENCIONES TLP: Comparación de tratamientos

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: SYSTEMATIC REVIEW OF INTERVENTIONS TLP: Comparison of treatments

Eva Font Domènech

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Facultad de Psicología. Madrid, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9116-1413>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Font-Domènech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un síndrome complejo y heterogéneo, caracterizado principalmente por la inestabilidad afectiva, interpersonal y de la autoimagen. Durante los últimos años varios ensayos han valorado la eficacia de distintas estrategias psicoterapéuticas para tratar dicho trastorno. El objetivo del presente trabajo es ofrecer una revisión actualizada que permita analizar la evidencia procedente de los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) mediante un abordaje cualitativo. La evidencia científica sugiere que las psicoterapias estructuradas contribuyen de manera significativa en la mejora de los cuadros limítrofes, tanto en su sintomatología como en su funcionamiento. Aunque se encuentran diferencias en los factores en que incide cada intervención, esto puede contribuir en la elección del tratamiento más adecuado, consiguiendo una visión dimensional y funcional del síntoma en un contexto más centrado en el paciente.

Palabras claves: Trastorno límite de la personalidad, Psicoterapias, Revisión

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a complex and heterogeneous syndrome characterized primarily by affective, interpersonal, and self-image instability. During the last years several trials have evaluated the effectiveness of different psychotherapeutic strategies to treat this disorder. The objective of the present study is to provide an updated review to analyze the evidence from Randomized Controlled Trials (RCTs) through a qualitative approach. Scientific evidence suggests that structured psychotherapies contribute significantly to the improvement of borderline cases, both symptomatology and functioning. There are differences in the factors that affect each intervention, that can contribute to the choice of the most appropriate treatment, achieving a dimensional and functional vision of the symptom in a context patient centered health.

Keywords: Personality limitation disorder, Psychotherapies, Randomized controlled trial, Review

Fecha de recepción: 3/04/2019. Fecha de aceptación v1: 22/05/2019. Fecha de aceptación v2: 5/06/2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: evafontd@hotmail.com

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

En la Sección II del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.^a Ed.: *DSM-5*; American Psychiatric Association [APA], 2013) encontramos que el TLP se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de inestabilidad afectiva, interpersonal y de la autoimagen, con alteraciones de conducta marcadas por la impulsividad e ira inapropiada, con inicio en las primeras etapas de la edad adulta y que interfiere en varios contextos. Además, los sujetos con TLP pueden llegar a desarrollar ideas paranoides transitorias con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013; Zanarini y Jager-Hyman, 2009).

La heterogeneidad de los pacientes se hace patente al considerar la disparidad sintomatológica. Si tenemos en cuenta el diagnóstico categorial realizado con la sección II del *DSM-5* (APA, 2013), encontramos que son necesarios cinco de los nueve criterios para realizar un diagnóstico de TLP (126 combinaciones posibles). Esto nos lleva a la posibilidad de encontrar dos sujetos que compartan diagnóstico con un sólo síntoma en común. Las presentaciones clínicas variables no sólo se presentan inter-sujeto, sino que también existen a nivel intra-sujeto de modo que pueden predominar unos rasgos y síntomas sobre otros dependiendo del momento vital del paciente (García, Martín y Otín, 2010).

Tanto el *DSM-5* Sección II (2013) como el *CIE-10* (OMS, 1992) son sistemas clasificatorios categoriales que presentan deficiencias: en ambos casos no se considera el grado de sintomatología del paciente. Además, debido a que los síndromes son entidades bien delimitadas, existe una alta tasa de comorbilidad y solapamiento entre diferentes categorías (Esbec y Echeburúa, 2014; González Robles et al., 2015; Gutiérrez y Vilar, 2014). No obstante, en la Sección III del *DSM-5* podemos observar un modelo híbrido (categórico dimensional) con el propósito de mitigar las limitaciones que presenta un modelo categorial puro.

La tasa de prevalencia del TLP se considera elevada, aunque no existe un acuerdo unánime. En el *DSM-IV-TR* (APA, 2000) se estima aproximadamente que el 2% de la población general presenta TLP, mientras que entre la población atendida en los Servicios de Salud Mental Comunitarios se eleva hasta el 10%. Sin embargo, otros autores como Kernberg y Mischels (2009) indican una tasa del 4% entre la población general y del 20% entre los usuarios de los Servicios de Salud Mental Comunitarios. Según la *Guía de práctica clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad* (2011), el TLP es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1. Los sujetos suelen ser diagnosticados en edades comprendidas entre los 19 y los 34 años y suelen pertenecer a grupos de nivel socioeconómico medio.

Los sujetos con TLP presentan una frecuencia de utilización de los servicios sanitarios más elevada que otros pacientes (Leichsenring, Cruse, New, Leweke, 2011), lo cual hace posible que exista una sobreestimación en las tasas de prevalencia (Cervera et al., 2005). En cuanto a la variabilidad sintomatológica, anteriormente mencionada, se relaciona con una elevada comorbilidad. Se estima

que aproximadamente el 75% de los pacientes con TLP presentan otro trastorno mental, siendo los más comunes los trastornos depresivos, la ansiedad, el consumo de sustancias y los trastornos alimentarios (Barrachina et al., 2011). Por otra parte, alrededor del 80% de los sujetos con TLP cumplen con los criterios de otro trastorno de personalidad: se estima que entre el 30 y 38% presentan un Trastorno de Personalidad (TP) del Cluster A (principalmente Trastorno de Personalidad Paranoide); aproximadamente el 40% cumplen los criterios para otro de los TP del Cluster B (principalmente TP Antisocial seguidos por el TP Histriónico). Por último, también se ha estimado una elevada tasa de comorbilidad con trastornos del Cluster C, por ejemplo, en el TP por Evitación (del 20% al 40%) (Barrachina et al., 2011; Palomares et al., 2016).

El TLP se considera un trastorno grave por el elevado sufrimiento que ocasiona en los pacientes, la disfuncionalidad e incapacidad que ocasiona en diversas esferas de su vida (emocional, interpersonal y laboral) y el padecimiento de los sujetos que comparten el día a día con un TLP (familiares, pareja y amigos). Asimismo, nos encontramos con el único síndrome en el que figuran las conductas suicidas y parasuicidas como criterio diagnóstico. Se estima que la tasa de mortalidad en el TLP por suicidio es de 4-10%, siendo este un elevado riesgo (Black et al., 2004; Zanarini Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2005).

Como hemos indicado anteriormente, la heterogeneidad en la sintomatología, el solapamiento con otros cuadros clínicos y la elevada comorbilidad dificultan su diagnóstico, su diagnóstico diferencial y su delimitación. Sin embargo, este no es el único obstáculo que se presenta al tratar con pacientes con TLP, puesto que nos encontramos con un importante reto a la hora de establecer un tratamiento eficaz, ya que no solo debe hallarse una terapia que remita o disminuya la sintomatología, sino que esta debe contemplar las dificultades derivadas del funcionamiento limítrofe (alta tasa de abandonos, incumplimiento terapéutico, inestabilidad, pensamiento dicotómico, ira e impulsividad). Además, el funcionamiento de los sujetos con TLP, las autolesiones e intentos de suicidio ocasionan que estos pacientes sean usuarios habituales de los servicios médicos y de urgencias (Sansone y Sansone, 2015). Traduciéndose en un elevado coste institucional y una devaluación en su atención (Kjaer, Biskin, Vestergaard y Munk-Jorgensen, 2015; Romero-Cabello, González-Salas y Sánchez, 2016).

La gravedad del trastorno, la elevada prevalencia, la tasa de mortalidad, el coste Institucional, así como las dificultades que se presentan al aplicar una psicoterapia a pacientes con TLP, son factores que han propiciado la proliferación de estudios que evalúan la eficacia de tratamientos (Fernández-Guerrero y Palacios-Vicario, 2017) y una mayor atención especializada para los pacientes con esta patología (García, Martín y Otín, 2010).

De hecho, en las últimas décadas se han utilizado varias psicoterapias para tratar el TLP. En la literatura encontramos estudios que evalúan la utilización de terapias de distintas orientaciones: psicodinámicas (Terapia basada en la

Mentalización de Bateman y Fonagy; Terapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg y Clarkin; Terapia interpersonal basada en el Modelo Conversacional de Hobson de Meares) o cognitivo-conductuales (Terapia Dialéctico Conductual de Linehan; Terapia Cognitivo-conductual para Trastornos de Personalidad de Davidson; Terapia de Esquemas de Young).

A continuación, se presenta una recopilación de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) disponibles que comparan intervenciones para el TLP, con el propósito de sintetizar la evidencia encontrada hasta el momento.

Metodología

Estrategias de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda de la literatura publicada desde 1997 hasta 2017. Para ello, se han utilizado las bases de datos electrónicas PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection y PsycINFO, además del motor de búsqueda Linceo. El análisis bibliográfico se ha complementado con la consulta de manuales referenciados en los artículos y/o de interés por la temática tratada. Los descriptores de búsqueda para la identificación e inclusión de artículos han sido [Treatment] AND [Borderline Personality Disorder] AND [Randomized Trial] AND [Effectiveness], además, de figurar el término [Borderline] en el título.

Criterios de selección

Se ha integrado y analizado cualitativamente la información y los resultados de los estudios publicados cuyo objetivo principal era la valoración de la efectividad de diversas psicoterapias en el tratamiento del TLP. Para ello, se han incluido los ECA con muestra original y en que figurase la información de ella en el artículo, y que comparasen dos o más terapias. Se incluyeron aquellos ensayos en los que todos los participantes cumplieran los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV-TR (APA, 2000) para el TLP y aceptaran participar en el estudio siendo asignados aleatoriamente a la condición experimental.

En cuanto a las características de los participantes, se descartaron los ensayos con individuos menores de 18 años, además se excluyeron también los ECA en los que los pacientes: a) presentaban cualquier trastorno psicótico (excepto episodios breves), b) formaban parte de la población presidiaria, c) habían recibido la psicoterapia no habitual evaluada durante los seis meses anteriores al inicio del ensayo.

No han sido motivo de exclusión la presencia de trastornos por dependencia de sustancias, trastornos alimentarios y TP concurrentes, por la elevada comorbilidad presente en la práctica clínica.

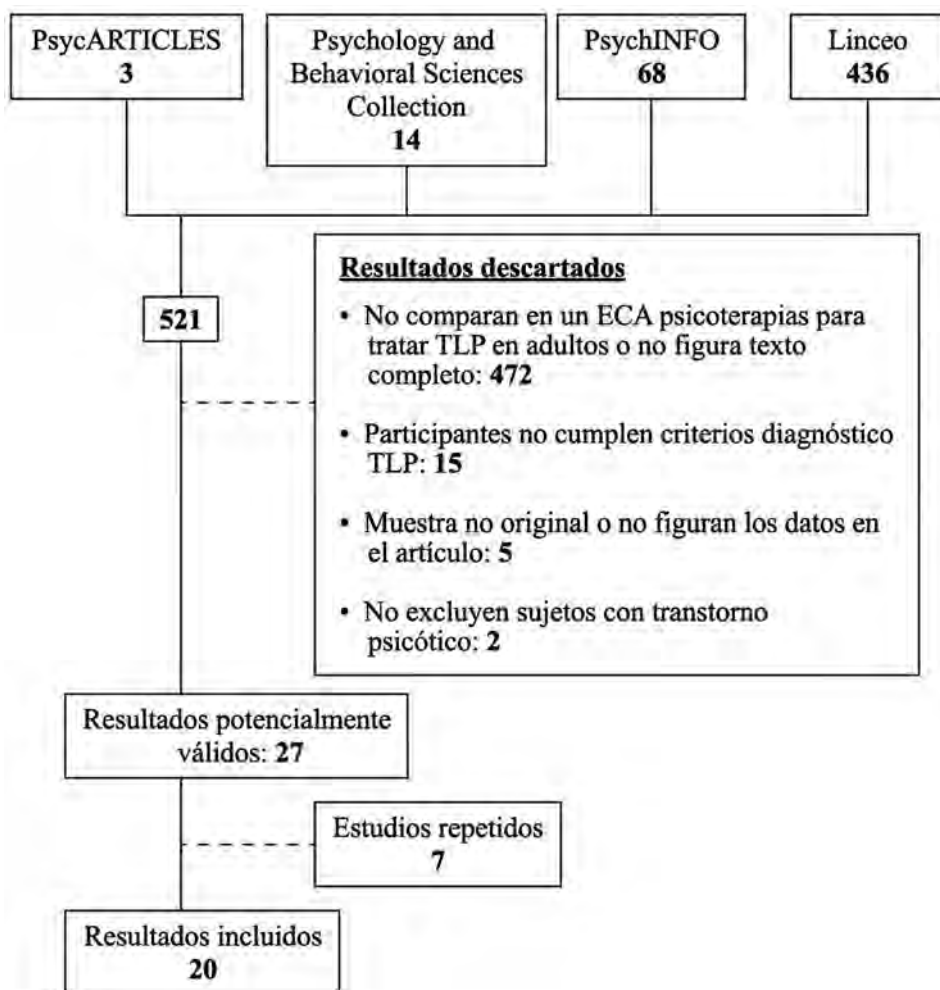


Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos para la revisión sistemática.

Resultados

A partir de la búsqueda en las bases de datos se obtuvieron un total de 521 artículos que fueron escrutados para su posible inclusión. Tras eliminar los duplicados y los que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión, quedaron 21 ensayos (Figura 1) (Tabla 1).

TDC

En el año 1999, Linehan y colaboradores llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que se compararon Terapia Dialectico-Conductual (TDC) y el Tratamiento Habitual no estandarizado (TH), en el que reunió a 28 mujeres con y sin adicción (cumplían los criterios diagnósticos de trastorno por abuso de cocaína,

opiáceos, anfetaminas, sedantes, hipnóticos, benzodiacepinas o policonsumo del DSM-III-R) y las trataron durante 12 meses. En este estudio se valoró la conducta de consumo, en cinco ocasiones, mediante análisis de orina (antes de empezar el tratamiento, a los 4,8 y 12 meses, y finalmente se realizó una valoración post-tratamiento a los 16 meses). Entre los resultados obtenidos se observó que el efecto de TDC fue significativamente superior en la disminución de consumo de drogas, en la adherencia al tratamiento y en el ajuste social y global. Tanto en TDC como en TH no se evidenciaron cambios en los sentimientos de ira, ni en las conductas para-suicidas.

Posteriormente Turner (2000) estudió el efecto de las mismas terapias, en este estudio la muestra estaba compuesta por 24 sujetos (varones y mujeres) con TLP que también fueron tratados durante 12 meses con TDC y TH (en este caso la terapia estándar se centraba en cada caso). En este ensayo, en cambio, se encontró que con TDC se producía una reducción significativa en las conductas suicidas y autolesivas, en la ideación suicida, y en los sentimientos de ira. Además, se produjeron cambios significativos favorables en la frecuencia de los días de hospitalización, dominio emocional y funcionamiento de la salud mental global en ambas condiciones terapéuticas, pero no se observaron cambios significativos en ansiedad, enojo e impulsividad.

Koons et al. (2001) realizaron un ensayo aleatorizado con 20 mujeres y nuevamente compararon la TDC con TH después de 6 meses de tratamiento. Se obtuvo una mejora significativa en ambos grupos en ansiedad y en sintomatología depresiva, que fue estadísticamente superior en TDC. Del mismo modo, se observó una reducción en el número de criterios para TLP. La TDC también mostró cambios relevantes en la disminución de conductas para-suicidas, ideación suicida, ira y presencia de disociación. En este trabajo no se encontraron diferencias significativas intra e intergrupal en el número de admisiones psiquiátricas.

Verheul et al. (2003) desarrollaron un ensayo con 58 mujeres, las pacientes recibieron TDC o TH durante 12 meses. Observaron que las conductas autolesivas y la impulsividad experimentaban una disminución significativamente superior en el grupo TDC. Los intentos de suicidio, sintomatología característica del TLP y problemas de adicción, aunque disminuyeron, no mostraron cambios significativos.

Linehan y colaboradores realizaron otro ensayo publicado en 2006, en este caso se disponía de una muestra de 101 mujeres que recibieron tratamiento durante 12 meses. Se comparó TDC y Tratamiento Comunitario, en los que encontraron mejoras en todas las variables consideradas, las cuales incluían hospitalizaciones en el área de psiquiatría, intentos autolíticos, ideación suicida y sintomatología depresiva. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales.

En 2009 un equipo de investigación encabezado por McMain llevó a cabo otro ensayo clínico aleatorizado para comparar TDC y TH. Se detectaron cambios favorables en ambos grupos en la mayoría de variables como conductas autolesivas,

duración de las hospitalizaciones en psiquiatría, sintomatología característica del TLP y depresiva, angustia y en funcionamiento interpersonal. La mejoría fue evidente en ambos grupos, pero sin diferencia significativa. No se observaron cambios en la calidad de vida de los sujetos.

En el mismo año se publicó otro ECA (Soler et al., 2009) que compraba los resultados después de tres meses de tratamiento (TDC vs. TH). TDC resultó significativamente superior en la disminución la de sintomatología depresiva y ansiosa, además se observó una reducción en la sintomatología psiquiátrica relevante. Aunque, también encontraron una tendencia a la mejora en la expresión de ira y hostilidad, estos cambios no fueron significativos. Con la aplicación de la TDC se obtuvo una disminución significativa en la inestabilidad afectiva e interpersonal, con TH la tendencia fue favorable pero no significativa. La impulsividad se redujo en ambos grupos, pero solo en el grupo TDC fue relevante. La sensación de vacío, aunque disminuyó, los cambios no fueron significativos.

La TDC fue comparada nuevamente con TH (Carter, Willcox, Lewin, Conrad y Bendit, 2010), cuya muestra estaba formada por 73 mujeres y el tratamiento tuvo una duración de 6 meses. Encontraron un efecto significativamente beneficioso en tres de los cuatro ámbitos de calidad de vida (físico, psicológico y ambiental) a favor de la TDC. Sin embargo, en el número de hospitalizaciones y la ejecución de conductas autolesivas deliberadas no encontraron mejoras significativas.

En 2012, Bedics, Atkins, Comtois y Linehan realizaron un ECA con una muestra de 101 mujeres que fueron asignadas al azar para recibir TDC o TH. En el que ambas intervenciones fueron aplicadas durante 12 meses. En los resultados obtuvieron que los pacientes que recibieron TDC presentaban una afiliación terapéutica significativamente superior que con TH. Además, también encontraron una disminución relevante en las conductas autolesivas y una mayor autoafirmación de los introyectos en los sujetos con TDC.

En un ensayo se combinó TDC con TH y se comparó con TH (Kramer et al., 2016). Los autores encontraron una tendencia favorable en ambas condiciones experimentales en disminución de angustia, mejora en funcionamiento interpersonal y en ajuste social. Observaron que estos cambios fueron significativamente superiores en el grupo TDC y TH. No encontraron cambios significativos en el rechazo a la ira en ninguno de los grupos. En este ensayo, también valoraron la gestión de la ira con asertividad y el rechazo a la hostilidad. Sin embargo, no se hallaron cambios significativos en los resultados globales.

TCE y PE

Farrell, Shaw y Webber en el 2009, realizaron un estudio para valorar la efectividad del TH cuando se le añaden 30 sesiones de Terapia Centrada en los Esquemas (TCE). Para ello, utilizaron una muestra de 32 mujeres que se asignaron a TH o TH y TCE durante 8 meses. Así encontraron, que el grupo con TCE mejoraba significativamente en las variables sintomatología TLP y funcionamiento global.

Sin embargo, en la severidad sintomatológica no encontraron cambios en el grupo TH, y en el grupo TCE, aunque disminuyó, no fue significativo.

La TCE se combinó con la Psicoeducación (PE) para comparar la eficacia con el TH (Leppänen, Hakko, Sintonen y Lindeman, 2015). En este ensayo ambas condiciones experimentales resultaron ser efectivas en la reducción de la sintomatología limítrofe, en la inestabilidad interpersonal, en la perturbación de la identidad, en la sensación de vacío y en la ira. El grupo que fue tratado con TCE y PE, además, hallaron una reducción significativa en impulsividad, conductas parasuicidas, ideación paranoide y disociativa. Tabla 1. *Síntesis de resultados de los ensayos incluidos en la revisión.*

Aunque la tendencia fue favorable, no se obtuvieron mejoras relevantes en ningún grupo en temor al abandono e inestabilidad afectiva.

Pascual y colaboradores en el 2015, contrastaron los resultados obtenidos con la aplicación de una intervención basada en la Psicoeducación (PE) y otra en la Rehabilitación Cognitiva (RC) con una duración de 4 meses. La sintomatología característica del TLP no mostró cambios significativos, lo mismo encontraron en impulsividad. Los sujetos mostraron una reducción relevante en ansiedad en ambos grupos. La PE resultó superior en la disminución de la sintomatología depresiva, y por otro lado, la RC mostró una mejoría superior en el funcionamiento global de los pacientes.

STEPPS

Blum y colaboradores en el 2008, realizaron un ensayo con 134 sujetos, aplicando durante 5 meses el TH a un grupo de pacientes y TH combinado con “Systems training for emotional predictability and problem solving” (STEPPS) en el otro. Encontraron una disminución de la sintomatología TLP significativamente superior en el grupo que recibió STEPPS. En afectividad negativa, ajuste social, intentos de suicidio y autolesiones observaron una tendencia favorable, sin embargo, las diferencias no fueron significativas.

TDC y PFT

Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg en el 2007, realizaron un estudio en el que evaluaban tres tratamientos distintos. Las tres intervenciones mostraron beneficios significativos en: la disminución de sintomatología psiquiátrica, depresiva y ansiosa, también obtuvieron mejoras relevantes en el funcionamiento global y ajuste social. La ideación y comportamientos suicidas disminuyeron significativamente con la aplicación de TDC y Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT). Por otra parte, observaron la reducción significativa de presencia de irritabilidad agresión verbal y heteroagresión solo en el grupo PFT. La TDC fue la única terapia con la que no obtuvieron una disminución significativa de la ira.

	Cognitivo-conductuales										Psicodinámicas												
	TDC										TCE		PE	CR	STEPS	PP	TBM	PFT					
	Linehan et al. (1999)	Turner et al. (2000)	Koons et al. (2001)	Verhuel et al. (2003)	Linehan et al. (2006)	Clarkin et al. (2007)	Soler et al. (2009)	McMain et al (2009)	Carter et al (2010)	Linehan et al. (2012)	Kramer et al. (2016)	Giesen-Bloo et al. (2006)	Farrell et al. (2009)	Leppänen, et al (2015)	Pascal et al. (2015)	Pascal et al. (2015)	Blum et al. (2008)	Baleman y Fonagy (1999)	Baleman et al (2009)	Baleman et al (2016)	Giesen-Bloo et al. (2006)	Clarkin et al. (2007)	Doering et al. (2010)
Intentos de suicidio	-	+	+	+/-	+	+	+	+	+/-	+		+		+			+/-	+	+	+		+	+/-
Autolesiones		+																+	+	+			+/-
Hospitalizaciones		+	+/-		+				+/-	+								+	+	+/-		+	+/-
Sintomatología TLP			+		+	+	+	+	+								+	-	+	+/-	+	+	+
Sintomatología depresiva	+/-	+	+		+	+	+	+	+								+	+	+/-	+		+	+
Ideación suicida	+	+	+		+	+	+	+	+/-									+	+	+		+	+
Ansiedad (rasgo o estado)		+	+			+/-	+/-		+	+		+/-	+	+	+	+		+	+	+		+	+
Ira	-	+	+	+		+/-	+/-	+			+/-							+		+			
Impulsividad				+								+								+			
Disociación			+																				
Integración identidad y/o personalidad													+										
Funcionamiento global/ Ajuste global	+								+				+					+	+	+			+
Funcionamiento emocional		+																		+			
Sintomatología psiquiátrica		+				+						+		+									
Funcionamiento interpersonal						+		+						+					+			+	
Ajuste social	+																						
Consumo de drogas	+																						
Calidad de vida												+											
Angustia																							
Adherencia tratamiento/Alianza terapéutica																							+

Notas. +: cambio favorable significativo con la aplicación de la intervención o diferencia significativamente superior que con la aplicación de otra condición psicoterapéutica; -: no se observan cambios; +/-: cambio favorable sin significación; TDC: Terapia Dialectico-conductual; TCE: Terapia Centrada en los Esquemas; PE: Psicoeducación; RC: Rehabilitación Cognitiva; STEPPS: Systems Training para la Previsibilidad Emocional y Problem-Solving; PP: Psicoterapia Psicoanalítica; TBM: Terapia basada en la Mentalización; PFT: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

Tabla 1. Síntesis de resultados de los ensayos incluidos en la revisión.

PP

Bateman y Fonagy en 1999, reunieron 38 pacientes con TLP para la realización de un ECA que comparase Psicoterapia Psicoanalítica (PP) y TH. Con PP obtuvieron mejoras significativas en cuatro de las variables estudiadas (conductas autolesivas y autolíticas, sintomatología depresiva y ansiedad). La duración de las hospitalizaciones se mantuvo en el grupo PP, mientras que con el TH aumentaron durante los últimos meses de tratamiento. En el grupo PP se encontró una disminución significativa en la gravedad sintomatológica, pero no en la disminución de los síntomas. La mejora en el ajuste social y el funcionamiento interpersonal fue significativamente superior en los sujetos que recibieron PP.

TBM

Bateman y Fonagy (2009) utilizaron una muestra de 134 sujetos para comparar la efectividad de Terapia basada en la Mentalización (TBM) y TH después de aplicar el tratamiento durante 18 meses. Se observaron mejoras relevantes en ambas condiciones, en todas las variables de resultado las variables de resultado como intentos de suicidio, presencia de autolesiones, número de hospitalizaciones, funcionamiento global, sintomatología depresiva y psiquiátrica, y ajuste social. Los pacientes asignados al azar a TBM mostraron una disminución más pronunciada de los problemas autoinformados y clínicamente significativos, incluidos los intentos de suicidio y la hospitalización.

En 2016, Bateman, O'Connell, Lorenzini, Gardner y Fonagy realizaron un ensayo en el que se comparaba la TBM con TH en pacientes con TLP y Trastorno antisocial comórbido después de 18 meses de tratamiento. La muestra estaba compuesta por 40 sujetos que presentaban algún episodio de intento de suicidio y/o autolesiones en los últimos 6 meses. En los resultados encontraron una disminución significativamente superior con TBM en: sintomatología paranoica, intentos de suicidio (teniendo en cuenta los efectos mixtos de la regresión de Poisson), autolesiones e intentos de autolesión, sintomatología depresiva, ansiedad, y hostilidad. Aunque en ambos grupos se presentase una mejoría, las diferencias no fueron relevantes en: ira, cantidad de ingresos hospitalarios y de estrés. En ambas condiciones los pacientes mostraron mejora en el funcionamiento global e interpersonal, aunque en el grupo TBM fueron significativamente superiores.

PTF

Doering y colaboradores en el 2010 contrastaron la efectividad de la PTF y TH, el tratamiento fue aplicado durante 12 meses a una muestra compuesta únicamente por mujeres. Mientras que en el grupo TH los sujetos no mostraron cambios significativos en la proporción de pacientes que presentaron conductas parasuicidas ni en el número de hospitalizaciones. En ambos resultados PTF fue significativamente superior. La sintomatología característica del TLP experimentó una disminución significativa en ambos grupos. La PTF mostró resultados superiores en el funcio-

namiento global y la organización de la personalidad. En ambas condiciones encontraron tendencias favorables en sintomatología depresiva, ansiedad y psicopatología general. Sin embargo, ninguna de las dos condiciones ocasionó mejoras significativas en las conductas autolesivas.

PTF y TCE

En un ensayo se comparó el tratamiento durante 36 meses de TCE y PTF (Giesen-Bloo et al., 2006). Aunque ambas terapias mostraron beneficios la TCE fue superior en todas las variables (calidad de vida, sintomatología TLP, temor al abandono, impulsividad, conductas autolíticas, e ideación suicida y paranoica) exceptuando la ira en que no se hallaron cambios relevantes.

Discusión

Los casos de TLP suponen un gran desafío en la práctica clínica por su difícil tratamiento, complejidad y gravedad. En la revisión que se ha presentado se han tenido en cuenta los ECA publicados durante los últimos 20 años para valorar la eficacia que muestran los distintos tratamientos. Como se puede observar, encontramos una gran variedad de psicoterapias utilizadas para el TLP y, en términos generales, se podría afirmar que la mayoría de los tratamientos recogidos en esta revisión producen mejoras en los cuadros limítrofes, independientemente de cuales sean las técnicas utilizadas o las teorías sobre las que se sustentan.

La sintomatología característica del TLP disminuye con la aplicación de cualquiera de los tratamientos considerados: TDC (Koons et al., 2001; McMain, et al., 2009; Soler, et al., 2009; Verheul et al., 2003), PFT (Doering et al., 2010; Giesen-Bloo, 2006), TCE (Farrell et al., 2009; Giesen-Bloo, 2006), STEPPS (Blum et al., 2008), y, TCE y PE (Leppänem et al., 2015). Sin embargo, con la aplicación de PE o RC (Pascal et al., 2015) no se encontraron cambios. Esto podría significar que la aplicación de estos componentes, por sí solos, no son suficientes para la reducción de la sintomatología limítrofe.

Las conductas parasuicidas se han utilizado como variable resultado en la mayoría de los ensayos, mostrando una tendencia significativa en la disminución de dichas conductas en la mayoría de ellos, con la aplicación de la TDC (Clarkin et al., 2007; Koons et al., 2001; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Turner, 2000; Verheul et al., 2003), la TBM (Bateman y Fonagy, 2009; Bateman, et al., 2016), la PFT (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006), la TCE (Giesen-Bloo et al., 2006), del programa STEPPS (Blum et al., 2008), la PP (Bateman y Fonagy, 1999), y también con la TCE y PE (Leppänem et al., 2015), independientemente de si el tratamiento era de enfoque cognitivo- conductual o psicodinámico. Exceptuando el publicado por Linehan et al. (1999), en dónde no se encuentra dicha tendencia con la TDC. Entre los posibles motivos de las diferencias halladas, podría considerarse la presencia de trastorno por dependencia presente en todos los participantes de este ensayo y la alta tasa de abandono.

Los pacientes con TLP son usuarios recurrentes en los centros sanitarios debido a su sintomatología y funcionamiento, la mejora en el trastorno puede traducirse indirectamente como un descenso en las admisiones e ingresos hospitalarios. Esta variable ha sido considerada en varios ensayos, con la TDC se obtiene una disminución significativa (McMain et al., 2009; Turner, 2000; Verheul et al., 2003) y una tendencia a la reducción no significativa (Carter et al., 2010; Koons et al., 2001). Con la TBM los resultados muestran una reducción significativa (Bateman y Fonagy, 2009; Bateman et al., 2016), lo mismo sucede con la aplicación de PFT (Giesen-Bloo et al., 2006; Clarkin, et al., 2007). Sin embargo, con la PP no se encontraron cambios relevantes (Bateman y Fonagy, 1999).

Con las psicoterapias no habituales (TDC, TBM, PFT, TCE, STEPPS, PP, PE y RC) se observa una tendencia general en la disminución de conductas autolesivas, sintomatología depresiva, ideación suicida y en ansiedad (Bateman y Fonagy, 1999, 2009; Bateman et al., 2016; Bedics, et al., 2012; Blum, et al., 2008; Carter, et al., 2010; Clarkin, et al., 2007; Doering et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006; Koons et al., 2001; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Pascual et al., 2015; Soler et al., 2009; Turner, 2000; Verheul et al., 2003;).

El funcionamiento global de los pacientes mejora significativamente en todos los ensayos en los que se ha considerado esta variable, con la TDC (Carter et al., 2010; Linehan, et al., 1999;), la TBM (Bateman y Fonagy, 2009; Bateman et al., 2016), la PFT (Doering et al., 2010) y la TCE (Farrell et al., 2009). También se hallaron los mismos resultados con la RC (Pascual et al., 2015). Sin embargo, con la aplicación de PE no se encontraron cambios significativos (Pascual et al., 2015). Asimismo, esta tendencia de mejora también se muestra con el funcionamiento interpersonal, ajuste social y calidad de vida, aunque no siempre significativa (Bateman y Fonagy, 2009; Blum et al., 2008; Doering et al., 2010; Clarkin et al., 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Kramer et al., 2016; Leppänem, et al., 2015; Linehan et al., 1999; McMain et al., 2009).

La angustia emocional con la que conviven los sujetos con TLP les ocasiona un malestar que suele desembocar en comportamientos autolesivos y conductas de riesgo. La disminución de la angustia supone una mejora en la calidad de vida objetiva y subjetiva de los pacientes. Se ha observado que con la TDC puede reducirse significativamente la angustia (McMain, et al., 2009; Kramer, et al., 2016), y con la utilización de la TBM se ha encontrado una tendencia favorable, pero no significativa (Bateman et al., 2016). Entre las conductas de riesgo más habituales en los pacientes con TLP encontramos el consumo de tóxicos. La TDC ha mostrado que puede ser efectiva para la reducción de patrones de consumo (Linehan et al., 1999; Verheul et al., 2003).

Respecto a la disminución de la ira (Bateman et al., 2016; Clarkin et al., 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Koons et al., 2001; Kramer et al., 2016; Leppänem et al., 2015; Linehan et al., 1999; McMain et al., 2009; Soler et al., 2009; Turner, 2000) y la impulsividad (Clarkin et al., 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Leppänem et al.,

2015; Pascual et al., 2015; Soler et al.; 2009; Turner, 2000; Verheul et al., 2003), encontramos una gran heterogeneidad en los resultados. La utilización de distintos instrumentos y subescalas para la valoración de ambas variables puede ocasionar la disparidad en los resultados obtenidos con la aplicación de las psicoterapias. La variable resultado ira, vemos que ha sido considerada en diez ensayos y para su medición se han utilizado ocho instrumentos distintos. El análisis del efecto de las psicoterapias en estos dos componentes limítrofes presenta gran dificultad por la diversidad en los efectos hallados y los instrumentos usados.

Kernberg (1987) propone un diagnóstico estructural en el que considera la ausencia o baja integración de la identidad como una de las tres características fundamentales de las personalidades limítrofes. Considerándose un atributo de esta patología (DSM-5, 2013; Kernberg, 1987), sorprende que solo figure en dos de los ensayos como factor para valorar el efecto de las intervenciones. Los resultados muestran que con la PFT (Doering et al., 2010) y la TCE y PE (Leppänem et al., 2015) se obtuvieron mejoras notables en la integración de la identidad de los pacientes con TLP.

Las alteraciones de la identidad se relacionan con los estados disociativos en los sujetos con TLP (Mosquera y González, 2011), en los que comúnmente existe un distanciamiento entre la percepción subjetiva del paciente y la experiencia física y emocional. La reducción de las ideaciones disociativas fue significativa con la aplicación de la TDC (Koons et al. 2001) y de la TCE y PE (Leppänem et al., 2015).

En los ensayos se ha encontrado una disminución importante de sintomatología psiquiátrica global aplicando la TDC (Clarkin et al., 2007; Soler et al., 2009; Turner, 2000), la PFT (Clarkin et al., 2007) y la TCE (Farrell et al., 2009). Aunque la tendencia fue favorable, los resultados no fueron significativos con la aplicación de TBM (Bateman y Fonagy, 2009) y PP (Bateman y Fonagy, 1999).

La alianza terapéutica se considera una condición necesaria para que el tratamiento pueda ser efectivo (Semerari y Dimaggio, 2008). Con la aplicación de TDC y PFT (Bedics et al., 2012; Doering, et al., 2010; Linehan et al., 1999) se consiguió crear un vínculo terapeuta-paciente sólido. Con las otras terapias no existe evidencia que valore esta variable.

Al considerar las tasas de deserción hallamos una gran heterogeneidad: TDC del 4%- 47%, TBM del 27%, PFT del 23% - 51%, TCE del 0%- 27%, STEPPS del 31%, PP del 12%, TCE y PE del 17%, PE del 2% y RC del 28%. Es necesario tener en cuenta que los criterios para considerar que un paciente abandona la terapia son distintos en los diversos estudios. Además, sería conveniente valorar si las diferencias encontradas son consecuencia de los beneficios o carencias de las terapias y/o de las habilidades de los terapeutas. El análisis independiente de los abandonos permitiría evaluar si la terapia específica mejora la adherencia.

Esta revisión no pretende establecer una jerarquización de los tratamientos según su eficacia. Según las directrices de la American Psychiatric Association (APA, 2001) se prioriza la valoración de los riesgos para la integridad del paciente

y la gestión flexible del caso para la elección del tratamiento del TLP. Con el análisis de los resultados obtenidos en los ensayos se han podido identificar algunos de los factores en que incide cada terapia, haciendo posible la elección de la intervención según las variables en que se pretende incidir. Por otra parte, se considera la valoración de los distintos componentes de los tratamientos en futuras investigaciones para posibilitar la integración y combinación de los elementos de forma que las intervenciones puedan centrarse en cada caso y se sustenten sobre una base empírica. Así pues, se aboga por un enfoque ecléctico centrado en el paciente para el tratamiento del TLP.

Finalmente, como limitaciones de esta revisión hay que remarcar que existe una cierta falta de homogeneidad metodológica en los estudios analizados a nivel de instrumentos de evaluación, formación de los psicoterapeutas y duración de las intervenciones. La comparación de la eficacia entre las distintas terapias se ve dificultada por la utilización de distintas pruebas para medir los mismos constructos. Además, encontramos diferencias significativas entre la duración de las intervenciones (3- 36 meses). Asimismo, se considera una limitación la utilización de ensayos con un tamaño muestral inferior a 15 sujetos en cada grupo por el sesgo potencial que supone.

Aunque se ha encontrado que los tratamientos presentados muestran cierta eficacia en el tratamiento del TLP, sería de interés que se considerase la homogeneización de los instrumentos y variables de los ensayos en futuras investigaciones para facilitar las comparaciones entre las intervenciones.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th Ed., text Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed., text Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorders, vol.110. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed., text Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barrachina, J., Pascual, J. C., Ferrer, M., Soler, J., Rufat, M. J., Andión, O., Tiana, T., Martín-Blanco, A., Casas, M. y Pérez, V. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 725-730. <https://bit.ly/2RVbmpJ>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T. y Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*, 16(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>

- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A. y Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66. <https://doi.org/10.1037/a0026113>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B. y Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3), 226-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., ... y Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. y Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162-173. <https://doi.org/10.3109%2F00048670903393621>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., ... y Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255-264. Recuperado de: <https://bit.ly/2XVB5nu>
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. y Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Fernández-Guerrero, M. J. y Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clinica y Salud*, 28(3), 147-153. <https://bit.ly/32bYFLK>
- García, M., Martín, M. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278. Recuperado de: <https://bit.ly/2XubWma>
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... y 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. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- González Robles, A., García Palacios, A., Molinari, G. y Del Río González, E. (2015). DSM-5: avances en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales. *Ágora de Salud*, 1, 115-126. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.8>
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Gutiérrez, F. y Vilar, A. (2014). Trastornos de la personalidad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 110, 49-52.
- Kernberg, O. F. y Mischels, R. (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 505-508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>
- Kjaer, J. N., Biskin, R., Vestergaard, C. H. y Munk-Jørgensen, P. (2015). A nationwide study of mortality in patients with borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 30, 202. <https://bit.ly/2xz2oVz>
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... y Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390. <https://bit.ly/32e7uVg>
- Kramer, U., Pascual Leone, A., Berthoud, L., Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., ... y Page, D. (2016). Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour informed skills training for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(3), 189-202. <https://bit.ly/32apDDE>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Cruse, J., New, A. S. y Leweke F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84. <https://bit.ly/2L4mOP0>

- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H. y Lindeman, S. (2016). Comparing effectiveness of treatments for borderline personality disorder in communal mental health care: The Oulu BPD Study. *Community mental health journal*, 52(2), 216-227. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9866-4>
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *The American journal on addictions*, 8(4), 279-292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. y Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Mosquera, D. y González, A. (2011). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Recuperado en: <https://bit.ly/30hKuN>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid, España: Méditor.
- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., de la Vega, I., Montes, A. y Carrasco, J. L. (2016). Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(6), 212-21.
- Pascual, J. C., Palomares, N., Ibáñez, Á., Portella, M. J., Arza, R., Reyes, R., ... y Carrasco, J. L. (2015). Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 15(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0640-5>
- Romero-Cabello, R., González-Salas, I. C. y Sánchez, C. J. (2016). Trastorno de la personalidad: un desafío en la relación médico-paciente. *Atención Familiar*, 23(4), 155-159. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.10.005>
- Sansone, R. A. y Sansone, L. A. (2015). Borderline personality disorder in the medical setting: suggestive behaviors, syndromes, and diagnoses. *Innovations in clinical neuroscience*, 12(7-8), 39. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558791/pdf/icns_12_7-8_39.pdf
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (2008). *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamientos*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419. <https://bit.ly/2XrLjr9>
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T. y Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. y Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders*, 19(5), 505-523. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>
- Zanarini, M. y Jager-Hyman, S. (2009). Dissociation in Borderline Personality Disorder. En, P. Dell y J. O'Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond* (pp 487-494). Nueva York, NY: Taylor & Francis.

CONDICIONANTES DEL DIAGNÓSTICO EN LA DEMANDA DE AYUDA PSICOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CAMPUS UNIVERSITARIO

DETERMINANTS OF THE DIAGNOSIS IN THE DEMAND FOR PSYCHOLOGICAL AID IN A PSYCHOLOGICAL CARE UNIT IN A UNIVERSITY CAMPUS

Alfred Tejado García

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica
Unitat d'Atenció Psicològica, Servei Assistencial de Salut
Universitat Autònoma de Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9827-9059>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tejado García, A. (2019). Condicionantes del Diagnóstico en la Demanda de Ayuda Psicológica en una Unidad de Atención Psicológica en un Campus Universitario. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 213-237. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.279>

Resumen

En este trabajo estudiamos las condiciones que correlacionan con el diagnóstico clínico que el psicólogo efectúa en las primeras visitas con los usuarios que consultan en la Unitat d'Atenció Psicològica del Servei Assistencial de Salut de la Universitat Autònoma de Barcelona. Hacemos un estudio estadístico a partir de los historiales de los usuarios referidos al periodo 2010-2017, haciendo tablas de contingencia, 2x2, con 8 variables: edad, sexo, colectivo, primera consulta sobre el síntoma, tiempo de aparición de la sintomatología, motivo de la consulta, tratamiento psicofarmacológico y diagnóstico clínico. Nos centramos en la relación de dependencia de las variables con la variable principal, el diagnóstico. Resultados: Constatamos la relación de dependencia e interpretamos las interacciones significativas de todas las variables con la del diagnóstico, con la excepción de la edad y el sexo que son independientes. Discusión y Conclusiones. Obtenemos un perfil de usuario propio del contexto universitario con diagnósticos prevalentes de trastorno adaptativo y en menor grado trastorno de ansiedad, en usuarios que mayoritariamente consultan por primera vez al psicólogo, que no están en tratamiento psicofarmacológico en el momento de la consulta, con una media de edad de 33 años, mayoritariamente mujeres, que aproximadamente la mitad consultan en intervalos de tiempo de menos de un año de tener síntomas. Lo que mueve a la consulta mayoritariamente tiene que ver con un sufrimiento mental menor respecto del sufrimiento que se encuentra en la red de salud mental pública.

Palabras clave: Diagnóstico, atención psicológica, universidad, estudio estadístico, variables.

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2019. Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Alfred.tejado@uab.cat

Dirección postal: Av. de Can Domènech - Edifici F, 08193 Bellaterra, Barcelona. España

© 2019 Revista de Psicoterapia



Abstract

In this work we study the conditions that correlate with the clinical diagnosis that the psychologist makes in the first visits with the users who consult in the Unitat d'Atenció Psicològica del Servei Assitencial de Salut of the Universitat Autònoma de Barcelona. Method: We make a statistical study based on the records of the users referred to the period 2010-2017, making contingency tables, 2 x 2, with 8 variables: age, sex, collective, first consultation on the symptom, time of appearance of the symptomatology, reason for the consultation, psychopharmacological treatment and clinical diagnosis. We focus on the relationship of dependence of the variables with the main variable, diagnosis. Results: We found the relationship of dependence and interpreted the significant interactions of all the variables with the diagnosis, with the exception of age and sex that are independent. Discussion and Conclusions. We obtain a specific user profile of the university context with prevalent diagnoses of adaptive disorder and, to a lesser degree, anxiety disorder, in users who mostly consult the psychologist for the first time, who are not under psychopharmacological treatment at the time of consultation, with a average age of 33 years, mostly women, who approximately a half consult in time intervals less than a year of having symptoms. What moves the consultation mostly has to do with less mental suffering from the suffering that is found in the public mental health network.

Keywords: *Diagnosis, psychological care, university, statistical study, variables.*

Introducción

En un trabajo previo ya nos referimos a las características de nuestra Unidad de Atención Psicológica de la Universitat Autònoma de Barcelona (Tejedo y López, 2009). Desde que se crearon entre 1984 y 1985, tanto los Servicios de Psicología: Unidad de Tabaquismo y de “Venres Clínicos”¹, en la Universidad de Santiago de Compostela, como la Unitat de Teràpia de Conducta de la Universitat de Barcelona, el número de servicios de asistencia psicológica a la población universitaria se ha ido incrementando. En 2009, nuestra unidad era uno de los 70 servicios existentes en 51 universidades del estado español, o más concretamente, uno de los 37 servicios de asistencia psicológica exclusivamente, es decir, que no ofrece atención psicopedagógica como sí lo hacen 11 servicios de esos 70, ni una atención mixta, psicológica y psicopedagógica², como lo efectúan otros 22 servicios entre los 70 (Saúl, López-González y Bermejo, 2009). Estos datos pueden haber cambiado pero desconocemos esa posible modificación. Nos lo hace pensar el dato de que disponemos a propósito de la existencia del número de servicios de atención psicológica, en 2004, 17 (García-Vera²⁰⁰⁴) y en 2008, 25 (Sánchez, Guillaumon, Ferrer, Villalba, Martín y Pérez, 2008)³

Los datos de nuestra Unitat d'Atenció Psicològica (UAP) se han visto ligeramente modificados en los recursos humanos, respecto de los publicados en 2009. Todos los profesionales de la UAP seguimos siendo miembros externos a la comunidad universitaria de la Universidad Autònoma de Barcelona (UAB). Dos miembros del equipo somos psicólogos especialistas en psicología clínica, que hacemos el grueso de la jornada, mientras los otros dos, son psicólogos generales sanitarios⁴. Por otro lado, las horas de psiquiatría, si bien, han seguido existiendo, desde 2003 hasta 2018, en la actualidad, ya no se dispone de ellas, con lo cual, se ha vuelto a la situación inicial de la UAP, 1995, cuando no existía la figura del psiquiatra como figura prescriptiva de la indicación de asistencia psicológica, que se instauró en septiembre de 2003, aunque exclusivamente para los alumnos de la UAB sujetos al seguro escolar. Ha dejado de existir una prescripción basada en una normativa de 1953, es decir, preconstitucional, pero incomprensiblemente aún vigente en la legislación española (Tejedo, 2018).

A diferencia de muchos otros servicios universitarios del estado español compuestos, al menos parcialmente, por personal docente de la propia universidad (García-Vera, 2004), la condición de los profesionales de la UAP de ser externos a la comunidad universitaria, comporta que la totalidad de la jornada laboral está destinada a la asistencia clínica. La actividad docente también ha estado presente a lo largo de todos estos años ofreciendo prácticas a alumnos de Master de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universitat de Girona, prácticamente hasta los años a los que se refiere el presente trabajo, a diferencia, también, de muchos otros servicios que ofrecen formación a los estudiantes de la propia universidad (Hernández y Froján, 1994).

La población a quienes se oferta la posible atención psicológica es, exclusiva-

mente, a la población vinculada a la Universitat Autònoma de Barcelona, es decir, a cerca de 50000 personas, entre estudiantes, personal docente e investigador (PDI), becarios en formación y Personal de Administración y Servicios (PAS). Hay que resaltar que, a diferencia de algunos otros servicios, en la UAP los usuarios no tienen que pagar para ser atendidos, basta con ser miembro de la comunidad universitaria.

Objetivo del estudio

El propósito de este trabajo es revisar la casuística entorno a la primera visita con el psicólogo recibida en la Unitat d'Atenció Psicològica (UAP) del Servei Assistencial de Salut (UAP) de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Nos vamos a centrar en una muestra de 535 sujetos que han sido atendidos por los psicólogos del UAP pretendiendo hacer un trabajo reflexivo, intentando llegar a algunas hipótesis respecto de las condiciones del diagnóstico, a partir de los datos que disponemos referidos al período 2010-2017.

Método

En nuestro estudio partimos de los datos de la historia clínica del paciente y nos fijamos en una parte de la información tipificada y que es susceptible de categorización. Así, revisando cada caso de este período extenso de años de consultas, de un total de 1131 usuarios, excluimos los sujetos de los cuales faltan datos significativos, así como aquellos que no responden a intervención psicológica, es decir, a pacientes –muy escasos– que hubieran podido ser atendidos exclusivamente por psiquiatra⁵. Agrupamos la información a estudiar de manera estadística en 8 variables: edad, sexo, colectivo, primera consulta sobre el síntoma, tiempo de aparición de la sintomatología, motivo de la consulta, tratamiento psicofarmacológico, y diagnóstico clínico.

Procedimiento

El proceso de categorización de las variables supone una depuración de mucha información en unos casos más que en otros. Así, por ejemplo, mientras algunas variables no suponen mucho proceso de generalización, otras, sí; entre las primeras están: la edad, el sexo, el colectivo, existencia de tratamiento farmacológico o no, primera consulta sobre el síntoma, tiempo de aparición de la sintomatología; entre las segundas: el motivo de la consulta y el diagnóstico clínico. El motivo de consulta supone un esfuerzo de síntesis de una dispersión de 21 categorías posibles, convertida en 7 variables. Hemos tenido que agrupar en una categoría “otros” motivos de consulta distintos (problemas sexuales, laborales, de sueño, de comportamiento, etc..) por razón de exigencia metodológica para trabajar los datos estadísticamente. El diagnóstico clínico una reducción de 40 diagnósticos distintos tipificados atendiendo a los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (4.ª Ed.; *DSM-IV*; American Psychiatric Association [APA], 1994) *DSM-IV*, agrupados en 10 variables, por la misma razón de exigencia estadística

metodológica; en ellas agrupamos los distintos tipos de trastornos de ansiedad, de personalidad, de adaptación, depresivos, etc.

Las variables resultantes han sido las siguientes:

- 1) Edad del consultante. Categorizada en 5 intervalos: < 23 años; 24-30 años; 31-40 años; 41-50 años; > 51 años.
- 2) Sexo. Categorizada dicotómica: hombre o mujer.
- 3) Colectivo. Categorizada en 4 categorías: Estudiantes Universitarios; Becarios en formación; Personal no docente (PAS); Personal docente universitario (PDI).
- 4) Primera consulta. Variable categorizada en forma dicotómica: Sí, es la primera vez que consulta (=1) No, ha consultado anteriormente (=0).
- 5) Tiempo de aparición de la sintomatología. Categorizada en 5 categorías: < 1mes; 2-4 meses; 5-12 meses; de 13 a 60 meses; y > 61 meses.
- 6) Motivo de la consulta. Categorizada en 7 ítems: adaptación; ansiedad; estado de ánimo/autoestima; insatisfacción/inseguridad personal; problemas con la pareja; problemas relacionales (con la familia, con otras relaciones); otros.
- 7) Tratamiento farmacológico. Esta variable también está categorizada en forma dicotómica, sí/no: Sí, ha realizado tratamiento farmacológico anteriormente y recientemente (=1). No, no ha realizado tratamiento farmacológico (=0).
- 8) Diagnóstico clínico. Condensado en 10 categorías: trastornos adaptativos en general; trastornos adaptativos depresivos; trastornos adaptativos de ansiedad; trastornos de ansiedad en general; trastornos de crisis de ansiedad; trastornos fóbicos; trastornos depresivos; reacciones de duelo; trastornos de personalidad; otros trastornos (alimentación, tóxicos, sexualidad, psicosis, etc).

El estudio estadístico de los datos en que basamos nuestro trabajo lo hemos realizado a partir del soporte informático que supone el programa “R”, en su versión 3.3.2, con su comando “Deducer”, interfaz gráfica para R. Con los datos obtenidos realizamos estadística descriptiva e inferencial presentando los datos a partir de las tablas de contingencia que resultan del apareamiento de variables, dos a dos, y administrando pruebas de *Chi Squared* o de *Likelihood ratio test*, para valorar la relación de dependencia/independencia de las variables entre sí. Como se sabe, estas pruebas comparan los valores esperados (si la interacción es debida al azar) con los valores observados; y dan un valor (*p* valor) que es el que permite considerar que la relación de las variables es o no de dependencia ($p < 0.05$)⁶.

Resultados

A) Estudio estadístico

A.1. *Análisis estadístico de variables*

Las frecuencias de las variables que identificamos de los 535 casos las consignamos a continuación, a saber:

1) Edad

Tabla 1. *Edad.*

Edad	Frecuencia	%
< 23	95	17.8
24-30	196	36.6
31-40	128	23.9
41-50	56	10.5
> 51	60	11.2
Total	535	100

La media de edad es de 32.86 años. La desviación estandar, 10.79 años. La mediana de edad, 30 años. El percentil 25, 25 años; y el percentil 75, 38 años. El límite mínimo, 18 años y el máximo, 67 años. Nuestros datos se acercan a los encontrados por Saldaña, Badós, García-Grau, balaguer (2009), 30.9 años, Labrador, Estupiñá y García-Vera (2010), 29.74 años (con límites mínimo y máximo 3 y 77, respectivamente), Calero, Torre Martí, Pardo y Santacreu (2018), media de 28.97 años (con límites mínimo y máximo 18 y 77, respectivamente) y en menor medida a los del estudio de Salaberría, Polo-López, Ruiz Iriondo, Cruz-Sáez y Echeburúa (2016) 25.71 años y a los de García-Vera (2004) 21-30 años, García-Vera y Sanz (2009) 18-25 años, Gutiérrez (2009), 47% entre 18-30 años, Narváez y Aguirre (2016), menores de 30 años, y Tejedo y López (2009), 63.34% entre 20-29 años.

2) Sexo

Tabla 2. *Sexo.*

Sexo	Frecuencia	%
Hombre	175	32.7
Mujer	360	67.3
Total	535	100

Estos datos también son muy próximos a los porcentajes de mujeres encontrados por Martorell y Carrasco (2009) 66.59%, Labrador et al. (2010) 65.2%, Calero et al. (2018) 64.7%, Saldaña et al. (2009) 70%, Avila,

Herrero Sánchez y Fernández (2009) 70% y, en parte, con los de Quesada (2004) entre 1/3 de y 1/4 de hombres, también en menor medida con los de García-Vera (2004) 71% de mujeres, Tejedo y López (2009) 72.35%, Salaberría et al. (2016) 75.6% y García-Vera y Sanz (2009) 57.3%. Y, alejados de los que refiere Narváez y Aguirre (2016) 48.9%.

3) Colectivo

Tabla 3. *Colectivo.*

Colectivo	Frecuencia	%
Universitario	355	66.4
Becario	37	6.9
PAS	104	19.4
PDI	39	7.3
Total	535	100

Nuestros datos son significativamente diferentes de los que refiere Salaberría et al. (2016) 89.9% de alumnos, PAS 5% y PDI 4.3% y en menor grado con nuestros propios datos de 2009, Tejedo y López (2009) 77.4% alumnos, PAS 16.35% y PDI 6.25%.

4) Primera consulta

Tabla 4. *Primera consulta.*

Primera consulta	Frecuencia	%
Sí	374	69.9
No	161	30.1
Total	535	100

Tanto Salaberría et al. (2016) como Labrador et al. (2010) encuentran unos resultados bastante diferentes: Para Salaberría et al. (2016), el 44.2% ha realizado tratamiento anteriormente y Labrador (2010), el 49.3% (frente al 30.1% de nuestro trabajo).

5) Tiempo de aparición de la sintomatología

Tabla 5. *Tiempo de aparición de la sintomatología.*

Tiempo	Frecuencia	%
<1mes	57	10.7
2-4 meses	122	22.8
5-12 meses	124	23.2
13-60 meses	124	23.2
>61 meses	108	20.2
Total	535	100

Labrador et al. (2010) refiere en su trabajo el retraso en la consulta al psicólogo: habla de 4 años de espera previo a la consulta.

6) Motivo de la consulta

Tabla 6. *Motivo de consulta.*

Motivo de la consulta	Frecuencia	%
Adaptación	88	16.4
Ansiedad	94	17.6
Pareja	87	16.3
Estado de ánimo	98	18.3
Inseguridad personal	65	15.3
Problemas relacionales	43	8.0
Otros	43	8.0
Total	535	100

Nuestros datos no se pueden comparar de manera precisa con los de otros estudios puesto que la categorización es distinta; en nuestro estudio diferenciamos entre motivo de consulta y diagnóstico clínico. Sin embargo, es coincidente el destacar problemas de adaptación y familiares (Sender 2001) o de adaptación, de estado de ánimo, de ansiedad, autoestima, y relaciones (Calero et al., 2018), o motivos familiares, sociales y de pareja (Quesada 2004) o de ansiedad-depresión, duelos, relaciones y adaptación (Salaberría et al., 2016), subjetivos o de relación (Gómez y Pérez, 2017).

7) Tratamiento psicofarmacológico

Tabla 7. *Tratamiento psicofarmacológico.*

Tratamiento farmacológico	Frecuencia	%
Si	122	22.8
No	413	77.2
total	535	100

Únicamente Salaberría et al. (2016) y Saldaña et al. (2009) refieren este concepto en sus estudios. Salaberría et al. (2016) encuentra que un 19.8% está en tratamiento psicofarmacológico, mientras Saldaña et al. (2009) habla de un 31.1%.

8) Diagnóstico

Tabla 8. *Diagnóstico.*

Diagnóstico	Frecuencia	%
T. Adaptación	98	18.3
T. adaptativo depresivo	72	13.5
T. adaptativo de ansiedad	41	7.7
T. Ansiedad	52	9.7
Crisis de ansiedad	47	8.8
Fobias	48	9.0
Duelos	53	9.9
T. Depresivo	48	9.0
Personalidad	45	8.4
Otros	31	5.8
Total	535	100

Nuestros hallazgos diagnósticos son bastante coincidentes con los del resto de trabajos sobre servicios universitarios en cuanto que destacan la baja tasa de diagnósticos de trastornos mentales más graves, excepción hecha del trabajo de Gutiérrez (2009) que encuentra un 10% de psicosis. No obstante, las tasas halladas, no lo son; nuestra tasa de trastornos de ansiedad está próxima a la de Martorell y Carrasco (2009), García-Vera y Sanz (2009), Tejedo y López (2009), Labrador et al. (2010) y Avila et al. (2009); en trastorno adaptativo únicamente con nuestro trabajo de 2009; en trastorno de personalidad, con la de Martorell y Carrasco (2009); trastorno del estado de ánimo, con la de Gutiérrez (2009), Botella, Baños, García-Palacios y Quero (2009) y Avila et al. (2009).

A.2. *Análisis de interacciones de variables*

Hemos encontrado que 32 interacciones se comportan como variables dependientes y 24 como variables independientes (ver tabla 9).

Tabla 9. *Interacciones de variables.*

	<i>P</i>	<i>T</i>	<i>M</i>	<i>TR</i>	<i>C</i>	<i>E</i>	<i>S</i>	<i>D</i>
Primera (<i>P</i>)		Si	Si	Si	No	Si	No	Si
Tiempo (<i>T</i>)	Si		Si	No	No	Si	No	Si
Motivo (<i>M</i>)	Si	Si		Si	Si	Si	No	Si
Tratamiento (<i>TR</i>)	Si	No	Si		No	Si	No	Si
Colectivo (<i>C</i>)	No	No	Si	No		Si	No	Si
Edad (<i>E</i>)	Si	Si	Si	Si	Si		No	No
Sexo (<i>S</i>)	No	No	No	No	No	No		No
Diagnóstico (<i>D</i>)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	

Nota: Sí=dependiente, No= independiente.

De las 32 interacciones de variables que resultan dependientes, estadísticamente significativas, todas cumplen con los requisitos de la prueba de *Chi Square*. Nos planteamos explorar ¿qué pasa en torno a la realidad de las primeras consultas con el psicólogo? ¿Cómo llegan los pacientes a la consulta, en qué condiciones y qué les motiva a consultar? ¿Cómo está supeditado el diagnóstico por esas condiciones?

No podemos atender más que a aquellas variables que se han mostrado como variables dependientes. Así, no recurriremos a interpretar los datos de las variables “edad” y “sexo” porque se comportan como variables independientes respecto de la variable diagnóstico.

Primera x Diagnóstico

Los valores de la prueba de *Chi Squared* (37.134 (9), $p < 0.001$) muestran que las variables son dependientes⁷(ver tabla 10).

¿Condiciona el diagnóstico el que sea la primera vez que se consulta al psicólogo? Los datos de que disponemos informan claramente de que sí lo condicionan. ¿En qué sentido? La realidad de que sea la primera vez que se consulta promueve diagnósticos más adaptativos y de duelo que la contraria: si no es la primera vez que se consulta al psicólogo aparecen diagnósticos de trastornos de ansiedad, depresivos, de personalidad y otros.

Tabla 10. *Diagnóstico x Primera consulta.*

	Sin visita previa (0)	Con visita previa (1)	Total
Adaptativo Casos	23	75	98
Esperado	29.492	68.508	
Adaptativo Ansiedad Casos	8	33	41
Esperado	12.338	28.662	
Adaptativo Depresivo Casos	16	56	72
Esperado	21.667	50.333	
Ansiedad Casos	19	33	52
Esperado	15.649	36.351	
Crisis Ansiedad Casos	16	31	47
Esperado	14.144	32.856	
Fobias Casos	17	31	48
Esperado	14.445	33.555	
Duelo Casos	6	47	53
Esperado	15.950	37.050	
T.Depresivo Casos	28	20	48
Esperado	14.445	33.555	
Personalidad Casos	17	28	45
Esperado	13.542	31.458	
Otros Casos	11	20	31
Esperado	9.329	21.671	
Total	161	374	535

Tiempo de aparición de la sintomatología x Diagnóstico

El resultado de la prueba de *Chi Squared* (121.87 (36), $p < 0.001$) muestra que las variables son dependientes.

Nos preguntamos si el tiempo de aparición de los síntomas condiciona el diagnóstico ¿Unos tiempos de síntomas promueven unos diagnósticos más que otros? (ver tabla 11).

Tabla 11. *Diagnóstico x Tiempo de aparición de la sintomatología.*

Diagnóstico	< 1 mes	2-4 meses	5-12 meses	13-60 meses	> 61 meses	Total
Adaptativo Casos	10	21	25	27	15	98
Esperado	10.441	22.348	22.714	22.714	19.783	
Adaptativo Ansiedad Casos	6	15	12	6	2	41
Esperado	4.368	9.350	9.503	9.503	8.277	
Adaptativo Depresivo Casos	5	17	25	16	9	72
Esperado	7.671	16.419	16.688	16.688	14.535	
Ansiedad Casos	4	9	10	9	20	52
Esperado	5.540	11.858	12.052	12.052	10.497	
Crisis Ansiedad Casos	12	14	8	7	6	47
Esperado	5.007	10.718	10.893	10.893	9.488	
Fobias Casos	2	8	6	12	20	48
Esperado	5.114	10.946	11.125	11.125	9.690	
Duelo Casos	12	21	12	8	0	53
Esperado	5.647	12.086	12.284	12.284	10.699	
T.Depresivo Casos	4	9	13	15	7	48
Esperado	5.114	10.946	11.125	11.125	9.690	
Personalidad Casos	2	4	6	12	21	45
Esperado	4.794	10.262	10.430	10.430	9.084	
Otros Casos	0	4	7	12	8	31
Esperado	3.303	7.069	7.185	7.185	6.258	
Total	57	122	124	124	108	535

Si atendemos a los diagnósticos encontramos los siguientes datos significativos: los trastornos adaptativos en general, se presentan más tarde que los adaptativos de ansiedad o adaptativos depresivos, es decir, hasta 13-60 meses después de los primeros síntomas, mientras los trastornos adaptativos ansiosos consultan en intervalos más breves, < 1 mes y <12 meses; los trastornos adaptativos depresivos, mayoritariamente entre 5-12 meses.

Los trastornos ansiosos muestran una bivalencia en los tiempos de consulta: por un lado, las crisis de ansiedad consultan en intervalos menores de tiempo, < 4 meses, en cambio, los trastornos fóbicos y el resto de trastornos de ansiedad >13 meses, sobre todo, < 61 meses. Los duelos se presentan en intervalos <4 meses, mientras los trastornos claramente depresivos entre 5-60 meses. Los trastornos de personalidad y otros, se dan >13 meses.

Si atendemos a los intervalos de tiempo, resulta que <1 mes se dan los duelos, los trastornos adaptativos ansiosos y las crisis de ansiedad. Entre 2-4 meses, los

trastornos adaptativos ansiosos y adaptativos depresivos, las crisis de ansiedad y los duelos. Entre 5-12 meses, los trastornos adaptativos sin especificar, los trastornos adaptativos ansiosos, los trastornos adaptativos depresivos y los trastornos depresivos. Entre 13-60 meses, otros trastornos, trastornos depresivos, adaptativos, de personalidad y fóbicos. < 61 meses: Personalidad, fóbicos, ansiedad y otros.

Tratamiento x Diagnóstico

La prueba de *Chi Squared* (70.664 (9), $p < 0.001$) muestra que las variables son dependientes. La cuestión se nos formula también respecto de la incidencia en el diagnóstico, ¿la realidad del tratamiento farmacológico favorece unos diagnósticos más que otros? (ver tabla 12).

Encontramos 5 categorías diagnósticos que no están en tratamiento psicofarmacológico en el momento de la consulta a la UAP, mientras otras 5 categorías sí lo están, si bien, las tasas de usuarios son mucho mayores en los que no están en tratamiento (más de las 3/4 partes). Vemos que los trastornos depresivos y las crisis de ansiedad están en tratamiento con datos bastante por encima de los esperados, los trastornos de ansiedad también, aunque menos, así como los de personalidad y otros, que los están de manera más discreta.

Tabla 12. *Diagnóstico x Tratamiento psicofarmacológico.*

Diagnóstico	No tratamiento previo(0)	Sí tratamiento previo(1)	Total
Adaptativo Casos	88	10	98
Esperado	75.652	22.348	
Adaptativo Ansiedad Casos	35	6	41
Esperado	31.650	9.350	
Adaptativo depresivo Casos	66	6	72
Esperado	55.581	16.419	
Ansiedad Casos	36	9	52
Esperado	40.142	11.858	
Crisis Ansiedad Casos	26	14	47
Esperado	36.282	10.718	
Fobias Casos	38	10	48
Esperado	37.054	10.946	
Duelo Casos	48	5	53
Esperado	40.914	12.086	
T.Depresivo Casos	21	27	48
Esperado	27.054	10.946	
Personalidad Casos	33	12	45
Esperado	34.738	10.262	
Otros Casos	22	9	31
Esperado	23.931	7.069	
Total	413	122	535

El resto de diagnósticos, todos los trastornos adaptativos, los duelos y las fobias –más discretamente– no están en tratamiento psicofarmacológico.

Colectivo x Diagnóstico

Los valores de la prueba de *Chi Squared* (46.619 (27), $p < 0.011$) muestran que las variables tienen una relación de dependencia. El colectivo ¿influye en el diagnóstico?, ¿unos colectivos tienen unos diagnósticos y otros colectivos otros? (ver tabla 13).

Encontramos unos diagnósticos más prevalentes que otros en unos colectivos que otros. El colectivo universitario muestra tasas más elevadas de trastornos de ansiedad, de fóbicos, de personalidad y de adaptativos depresivos. Los becarios, trastornos adaptativos depresivos, duelos y fobias. El PAS adaptativos ansiosos y adaptativos depresivos, crisis de ansiedad, duelos y depresivos. EL PDI trastornos

adaptativos, duelos y otros. Siendo, por tanto, los trastornos adaptativos depresivos y los duelos las categorías más frecuentes en el conjunto de colectivos.

Tabla 13. *Diagnóstico x Colectivo.*

Diagnóstico	Colectivo Universitario	Becario	PAS	PDI	Total
Adaptativo Casos	61	6	18	13	98
Esperado	65.028	6.778	19.050	7.144	
Adaptativo Ansiedad Casos	20	2	16	3	41
Esperado	27.206	2.836	7.970	2.989	
Adaptativo Depresivo Casos	48	7	16	1	72
Esperado	47.776	4.979	13.996	5.249	
Ansiedad Casos	42	4	6	0	52
Esperado	34.505	3.596	10.108	3.791	
Crisis ansiedad Casos	34	1	11	1	47
Esperado	31.187	3.250	9.136	3.426	
Fobias Casos	36	5	3	4	48
Esperado	31.850	3.320	9.331	3.499	
Duelo Casos	29	5	11	8	53
Esperado	35.168	3.665	10.303	3.864	
T.Depresivo Casos	31	3	11	3	48
Esperado	31.850	3.320	9.331	3.499	
Personalidad Casos	34	2	7	2	45
Esperado	29.860	3.112	8.748	6.280	
Otros Casos	20	2	5	4	31
Esperado	20.570	2.144	6.026	2.260	
Total	355	37	124	39	535

Motivo x Diagnóstico

La prueba de *Chi Squared* (600.384 (54), $p < 0.001$) muestra valores que permiten afirmar la dependencia de las dos variables. ¿Qué diagnósticos tienen nuestros usuarios que nos consultan en función del motivo de consulta? (ver tabla 14).

El trastorno de adaptación se presenta, con datos por encima de los esperados, en los motivos adaptación, inseguridad y pareja. El trastorno adaptativo depresivo en estado de ánimo y adaptación. El trastorno adaptativo ansioso en adaptación, ansiedad y relaciones. El trastorno de ansiedad en ansiedad, otros e inseguridad. Las crisis de ansiedad en ansiedad. Las fobias en ansiedad e inseguridad. Los duelos en

pareja y estado de ánimo. El trastorno depresivo en estado de ánimo. El trastorno de personalidad en relaciones e inseguridad. Otros trastornos en otros e inseguridad.

Tabla 14. *Diagnóstico x Motivo de consulta.*

Diagnóstico	Adaptación	Ánimo	Ansiedad	Pareja	Relaciones	Inseguridad	Otros	Total
Adaptativo Casos	27	14	1	22	6	24	4	98
Esperado	16.120	17.951	17.219	15.936	7.877	15.021	7.877	
Adaptativo Ansiedad Casos	15	0	12	2	5	6	1	41
Esperado	6.744	7.510	7.204	6.667	3.295	6.284	3.295	
Adaptativo Depresivo Casos	23	29	1	8	3	7	1	72
Esperado	11.843	13.189	12.650	11.708	5.787	11.036	5.787	
Ansiedad Casos	4	2	23	2	2	9	10	52
Esperado	8.553	9.525	9.136	8.456	4.179	7.970	4.179	
Crisis Ansiedad Casos	1	2	34	4	4	1	1	47
Esperado	7.731	8.609	8.258	7.643	3.778	7.204	3.778	
Fobias Casos	7	4	20	2	3	9	3	48
Esperado	7.895	8.793	8.434	7.806	3.858	7.357	3.858	
Duelo Casos	0	13	1	38	0	0	1	53
Esperado	8.718	9.708	9.312	8.619	4.260	8.123	4.260	
T.Depresivo Casos	1	28	0	4	4	8	3	48
Esperado	7.895	8.793	8.434	7.806	3.858	7.357	3.858	
Personalidad Casos	7	4	1	3	15	12	3	45
Esperado	7.402	8.243	7.907	7.318	3.617	6.897	3.617	
Otros Casos	3	2	1	2	1	6	16	31
Esperado	5.099	5.679	4.447	5.041	2.492	4.751	2.492	
Total	88	98	94	87	43	82	43	535

Si lo vemos desde la perspectiva de los motivos encontramos que el motivo de adaptación da lugar a diagnósticos de trastornos: adaptativos, adaptativos depresivos y adaptativos de ansiedad. El motivo de ansiedad a trastornos adaptativos de ansiedad, ansiedad, crisis de ansiedad y fobias. El motivo de pareja da lugar a trastornos adaptativos y duelo. Estado de ánimo a trastornos adaptativo depresivo, duelo y trastorno depresivo. Inseguridad personal a trastornos de adaptación, de ansiedad, fobias y otros. Problemas relacionales a trastornos de personalidad. Otros a trastornos de ansiedad y otros.

Discusión

La descripción de la población estudiada presenta un perfil de edad media de casi 33 años, con una mediana de 30 años. El límite de edad inferior en 18 años es congruente con la edad mínima para acceder a la universidad; asimismo el límite superior en 67 sugiere el límite de la edad máxima laboral. Los percentiles 25 y 75, con edades de 25 años y 38 años, respectivamente, muestran que el grueso de la población atendida en el UAP es una población joven-adulta. La edad muestra una distribución de edades diferenciada respecto del colectivo, mientras las edades <30 años son más frecuentes en el colectivo de universitarios, los >31 años se encuentran en el resto de colectivos (becarios, PAS y PDI). El PAS es el que presenta una distribución más dispersa de edades por encima de lo esperado.

El hecho de que el 67.3% de las personas atendidas sean mujeres también es coincidente con otros estudios en Salud Mental, así como con los de otros servicios universitarios de psicología. Por otro lado, que las 2/3 partes de los consultantes sean estudiantes universitarios (66.4%) muestra, quizás, el porqué de la juventud de la población. Cabe destacar igualmente que prácticamente en un 70% de los casos se trata de primeras consultas al profesional psicólogo clínico. Asimismo, más del 77% de los casos no está en tratamiento farmacológico en el momento de la consulta al UAP, frente al 22.8% que sí lo está; dato que se corrige un poco cuando se trata de la población >51 años, bajando al 63.33%.

El tiempo que se demoran los consultantes para solicitar una sesión desde la aparición de los síntomas muestra que 1/3 de los mismos consultan antes de 4 meses. Sólo un 10.7% lo hace en un período de menos de un mes. Curiosamente el PAS es el colectivo que consulta en ese lapso de tiempo antes que otro; ¿será por la proximidad geográfica del lugar de trabajo? También es de destacar que un 43.4% espera más de un año para poder consultar al psicólogo. Los universitarios parecen dividirse en dos subgrupos, los que consultan antes de 4 meses y aquellos que lo hacen después de 5 años. El PDI muestra cifras de casi el 50% consultando entre 13-60 meses.

En cuanto a los motivos de consulta se presenta un panorama suficientemente disperso sin destacar de manera prevalente uno sobre otro con excepción de los problemas relacionales y otros. Por el contrario, los diagnósticos agrupan a más de los 2/3 partes del total en torno a los trastornos adaptativos en general, adaptativos depresivos y de ansiedad, estando en un lugar muy inferior los diagnósticos claramente depresivos, de personalidad y otros diagnósticos (tóxicos, alimentación, psicosis, etc.), como encuentran García-Vera (2004) y Calero et al. (2018). Un 39.5% de los diagnósticos responden a trastornos adaptativos (si sumamos el duelo se convertiría en un 49.4%, es decir, la mitad de los diagnósticos), un 27'5% a trastornos de ansiedad (García-Vera, 2004, encuentra un 26%). Datos que no son congruentes con los que se pueden encontrar en los dispositivos de Salud Mental de la red sanitaria pública.

Si atendemos a la interacción de las variables encontramos un primer dato muy

significativo que hace referencia a la variable sexo y que informa de la ausencia de relación estadísticamente significativa con ninguna otra variable. Así, están al mismo nivel, en lo que hace a las consultas psicológicas, tanto hombres como mujeres; cosa que tampoco es congruente con los datos de otros estudios del ámbito de la Salud Mental (Montero et al., 2004). Sin negar la mayor tasa de consultas de mujeres, ya Sender (2001) subraya la mayor disposición de la mujer a solicitar ayuda psicológica, el hecho de esta falta de significación estadística de los datos en la interacción de las variables con el sexo, podría ser sugestivo de interpretación hipotética: ¿cabe pensar que a mayor nivel cultural, –¿la universidad sería un exponente de cultura?– se difuminan las diferencias entre hombres y mujeres?

Con respecto a la edad, aunque sí muestra relación de dependencia con 5 variables sobre 8, en relación con la variable diagnóstico está en relación de independencia, es decir, no condiciona el diagnóstico; no podemos afirmar que unas edades sean más propensas que otras a un diagnóstico antes que a otro. Sin embargo, sí hemos comprobado como cruzando las variables dependientes diagnóstico y motivo con la edad, sí se muestran como variables dependientes para todas las franjas de edad (cosa que no sucede cruzando la edad con las otras 4 interacciones de variables dependientes con el diagnóstico). ¿Por qué? Parecería que el sufrimiento psíquico se reparte por igual independientemente de la edad: no hay maneras de enfermar propias de las edades de nuestros usuarios.

Si focalizamos la atención en el hecho de que se trate de una primera visita obtenemos una distribución particular en el sentido de que la realidad de que existan o no consultas previas a la actual sí determina el diagnóstico. Si no las hay, y se trata de una primera visita, predominan los trastornos adaptativos y de duelo, lo cual informa de que en nuestra UAP se consulta por trastornos menos graves que comprometen un sufrimiento mental menor; cuando, por el contrario, sí que ha habido consultas previas (cerca de un 30% de los usuarios) aparecen diagnósticos de trastornos de ansiedad, depresivos, de personalidad y otros, por tanto, trastornos mentales más consolidados. Para los que consultan por primera vez, quizás podemos hipotetizar que la cercanía al Campus, tanto para los estudiantes como para los trabajadores, y la gratuidad del servicio, así como la mayor disponibilidad del SAS respecto de las listas de espera de los equipamientos públicos de la red de Salud Mental, quizás promueven la decisión de consultar en la UAP. Posiblemente, el SAS puede ser visto como un lugar menos estigmatizado en “salud mental” que los de la red pública. Para los que ya han consultado previamente, tanto en la pública como en la privada, pueden valer estos condicionantes, igualmente, aunque los trastornos sean de otro nivel.

Respecto del tiempo de duración de la sintomatología también hemos podido comprobar que los tiempos son distintos para unos y otros diagnósticos. Así, a mayor tiempo de duración de la sintomatología (>61 meses) encontramos ansiedad, fobias y personalidad de manera muy notoria, muy por encima de lo esperable; en menor grado, otros. Por el contrario, en el tiempo menor (<1 mes, 2-4 meses), crisis

de ansiedad, duelos y trastornos adaptativos ansiosos. En los intervalos intermedios (5-12 meses) encontramos los trastornos adaptativos, los adaptativos depresivos y los depresivos. Y en la franja intermedia mayor (13-60 meses) tanto los diagnósticos de uno como de otro polo: adaptativos, depresivos y otros; en menor grado fobias y de personalidad.

Es interesante observar como se diferencian los diagnósticos incluso dentro de una misma categoría diagnóstica, como por ejemplo la ansiedad: mientras las crisis de ansiedad no permiten espera, ni los adaptativos ansiosos, sí lo hacen las fobias o los trastornos de ansiedad en general. Debe ser la invasión del síntoma en la vida cotidiana la que permite menos espera que la que puede darse en una fobia que, por definición está limitada a la presencia del estímulo fóbigeno, sea cual fuere. Por otro lado, los trastornos que comprometen el estado anímico, como los depresivos o los adaptativos con ánimo deprimido, pueden esperar más que los duelos. Probablemente, la invasión de las pérdidas que suponen los distintos duelos, mueven de manera más rápida a consultar que los estados anímicos depresivos que, por otro lado, sabemos que correlacionan en alto grado con consultas previas así como con tratamientos psicofarmacológicos por encima de lo esperado.

El primer dato significativo –ya lo hemos dicho– es que un 77% de los usuarios no están en tratamiento psicofarmacológico. El grueso de estos usuarios están diagnosticados como trastornos adaptativos, que representan el 89.57% de todos los diagnósticos por trastorno adaptativo en todas sus formas, trastornos fóbicos, el 79.17% de todos los diagnósticos fóbicos, y por duelos, el 90.56% de todos los diagnosticados. Estos diagnósticos suponen el 66.59% de los diagnósticos que no están en tratamiento, es decir, que aún encontraríamos, en menores porcentajes, otros diagnósticos que, aún no siendo estos diagnósticos prevalentes, tampoco están en tratamiento.

Si atendemos a los pacientes que sí están en tratamiento encontramos que el 56.25% (de los diagnósticos depresivos) padece trastorno depresivo, el 30.77% (de los ansiosos) está diagnosticado por ansiedad, el 44.68%, (de las crisis de ansiedad) por crisis de ansiedad, el 25% (de los trastornos de personalidad) por trastorno de la personalidad y el 29% (de los otros) por otros diagnósticos. Es decir que estos diagnósticos condensan el 69.67% de todos los diagnósticos que están en tratamiento.

Cabe señalar como los pacientes que no están en tratamiento psicofarmacológico suman la mayoría de los trastornos adaptativos y duelos, en torno al 90%, así como el 80% de las fobias. Buena noticia, sobre todo porque sabemos que esta dependencia de las variables (diagnóstico y tratamiento) se mantiene cruzándolas con la variable edad, con excepción de la franja de edad 41-50 años (que es el intervalo de edad de mayor proporción de PAS (57.14%). Sabemos, por otro lado, que sólo el 21.88% de PAS de ese intervalo de años, está en tratamiento psicofarmacológico. Asimismo, el PDI de >51 años está en tratamiento el 50%. Los universitarios y PAS de 31-40 años están en tratamiento en 22-23%.

Entre los diagnósticos que sí están en tratamiento cabe señalar como aparece

el trastorno depresivo en lugar prevalente, así como las crisis de ansiedad, junto a los otros diagnósticos (ansiedad, personalidad, otros). Este dato nos hace pensar que debe ser mayoritariamente el médico de atención primaria y, en menor grado, el psiquiatra, el que debe tratar estos casos, apareciendo así, una vez más, la preeminencia del recurso al tratamiento farmacológico por encima del psicológico pese a las indicaciones de las guías en Salud Mental, suponiendo como suponemos que estos diagnósticos no son de casos graves⁸.

En relación a los colectivos de la UAB también hemos encontrado datos específicos. En primer lugar, la prevalencia de los trastornos adaptativos depresivos y los duelos como las categorías más frecuentes en el conjunto de colectivos, si bien es verdad, los universitarios presentan duelos por debajo de lo esperado, así como los PDI presentan trastornos adaptativos depresivos, también muy por debajo de lo esperado. Los duelos están más presentes, proporcionalmente, en el PDI (20.51%), menos en Becarios (13.51%) y aún menos en PAS (10.58%). Creemos que la edad debe estar influyendo en estos resultados, dado que el colectivo universitario es el más joven y el más numeroso; el PDI y el PAS el más mayor en edad. Probablemente los motivos del duelo no son los mismos, pero parece que la pareja y el estado de ánimo son los que hemos podido objetivar –como ya hemos visto. A mayor edad ¿más riesgo de estar expuesto a duelos? Tiene sentido.

En los trastornos adaptativos depresivos, elevados por encima de lo esperado en PAS y becarios, sugieren dificultades en torno al lugar de trabajo, pero quizás también en relación a las relaciones familiares y en general; nuestra experiencia clínica lo refiere. Los trastornos adaptativos en general, elevados en PDI, también preferimos interpretarlos como secundarios a tensiones laborales por encima de las dificultades extralaborales, por la misma razón. Por otro lado, la elevación de los datos de PAS en el trastorno adaptativo de ansiedad podemos interpretarla por razones laborales, en mayor grado, así como, en menor grado, por razones personales, familiares y otras.

Todos los trastornos de ansiedad, en sus diversas formas, se muestran elevados en los universitarios (34.93% de todos los diagnósticos de universitarios), exclusivamente, es decir, en ningún otro colectivo lo están. Sabemos por la clínica que la situación académica de exigencia, así como en particular los exámenes, son una razón inductora de ansiedad, pero no la única; así, encontramos razones de índole diversa que pueden abonar la aparición de esos trastornos que ya hemos acreditado que no son, por otro lado, específicos de un colectivo. El colectivo PDI no muestra datos elevados en trastornos ansiosos, en ninguno. El PAS sí lo hace en crisis de ansiedad (10.58%), mientras los Becarios en fobias (13.51%). Datos curiosos, que no sabemos vincularlos a causas generales, propias de la condición del colectivo concreto.

El trastorno depresivo sólo aparece elevado, discretamente, en el colectivo PAS, aunque sólo representa el 10.58% del total de diagnósticos, pero representando el 22.92% de todos los diagnósticos depresivos. La condición de PAS está más

expuesta a este trastorno que la de otros colectivos, pero las razones no queremos atribuir las al colectivo, exclusivamente, seguramente la edad está también detrás de esta exposición, ya que sabemos que la franja de edad 41-50, muy representativa en el PAS, es la única que mantiene la relación de dependencia de las variables diagnóstico y colectivo al cruzarla con la edad.

El trastorno de personalidad presenta unos datos muy claros: el 75.56% de los diagnósticos de ese trastorno son atribuidos a los universitarios, ¿por qué? Se nos ocurre que la menor edad del colectivo universitario puede influir en esta valoración diagnóstica; entre todos los diagnósticos universitarios representa el 9.58% (frente al 6.73 % de PAS; 5.41 de Becarios; y 5.13 de PDI), por tanto, no es que se trate de una categoría diagnóstica –una vez más– propia del colectivo universitario, ni mucho menos.

El motivo de consulta es la variable más rica y, por tanto, más compleja de interpretar; no olvidemos que supone 70 interacciones cruzar las dos variables, diagnóstico y motivo. Ciertamente que, si el motivo de consulta lo trae el paciente, el diagnóstico lo pone el profesional, pero teniendo en cuenta la realidad del paciente que, necesariamente, pasa por el motivo de la consulta. No se puede establecer una relación biunívoca entre motivo y diagnóstico, pero sí se muestran tendencias, una vez más.

El motivo “adaptación“, mostrado como elevado por encima de lo esperable, sí que es exclusivo de todas las formas del trastorno adaptativo, es decir, no aparece en ninguna otra categoría diagnóstica, cosa que no sucede con ningún motivo más. Hay 88 motivos de adaptación y 65 en los diagnósticos de trastorno adaptativo, trastorno adaptativo ansioso y adaptativo depresivo, es decir, el 73.86%. El motivo adaptación se encuentra también en trastornos de personalidad y fobias en una cifra muy próxima a la esperable, a diferencia del resto de trastornos que también lo presentan (ansiedad, crisis de ansiedad, depresivo y otros), pero muy por debajo. Sabemos que los trastornos adaptativos representan el 39.44% del total, más de la tercera parte, siendo por tanto la categoría diagnóstica más alta; en muchos casos este motivo determina la valoración diagnóstica del clínico.

El motivo “estado de ánimo“, como es lógico, aparece elevado por encima de lo esperado en los trastornos depresivos, el duelo y el trastorno adaptativo depresivo. El 71.43% de este motivo absorbe esos diagnósticos, considerados conjuntamente. No obtiene ningún registro en el trastorno adaptativo ansioso y sí en el resto de diagnósticos; particularmente próximo a la cifra esperable se encuentra el trastorno adaptativo. Aparece, pues, como un motivo claro que orienta el diagnóstico de manera bastante precisa.

El motivo “ansiedad“ está presente en todos los diagnósticos de trastorno ansioso y en el adaptativo ansioso, lo que supone el 94.68% del total de esos diagnósticos juntos. Como vemos el motivo ansiedad correlaciona en alto grado con todos los diagnósticos que tienen ansiedad, lógicamente. Hemos confirmado como ningún motivo de ansiedad ha llevado a ningún diagnóstico de trastorno depresivo.

Por el contrario, el motivo “estado de ánimo” sí lo hemos encontrado en 8 casos de trastornos ansiosos. Sólo en un caso aparece el motivo inseguridad en el diagnóstico de crisis de ansiedad y ninguno en duelo. Tampoco hay ningún registro ni del motivo “relaciones” ni “adaptación” en el duelo.

El motivo “pareja” elevado por encima de lo esperable en los trastornos adaptativo y duelo, supone el 62.07% de esos diagnósticos juntos. El motivo “pareja” no presenta registros próximos a los esperables en ningún diagnóstico, más allá de los indicados. Junto con el motivo “otros” tienen registros en todas las categorías diagnósticas, pero por debajo de lo esperable; son los únicos motivos que los tienen. Ambos diagnósticos sugieren que este motivo está representando problemáticas de relación de pareja que en gran medida suponen la ruptura del vínculo.

El motivo “relaciones” elevado por encima de lo esperable en los trastornos de personalidad y en los trastornos adaptativos ansiosos, supone el 46.51% de esos diagnósticos tomados conjuntamente. Este motivo también se manifiesta en cifras próximas a las esperables en el trastorno adaptativo, depresivo y crisis de ansiedad. Parece remitir a una problemática de sufrimiento más relacionada con la interacción con los otros, de manera especial los del clúster “C”, que es la categoría diagnóstica con mayores registros⁹. El clúster “A” y “B” juntos, sólo presentan 9 registros, frente a los 45 del total, es decir, la quinta parte¹⁰.

El motivo “inseguridad”, también elevado por encima de lo esperable en los trastornos adaptativo, de ansiedad, fóbicos, de personalidad y otros, es el motivo más disperso, y supone el 73.9% de esos diagnósticos. También se encuentra levemente por encima de lo esperable en el trastorno depresivo y próximo a lo esperable en el trastorno adaptativo ansioso. Parece lógico esta dispersión del motivo entre tantos diagnósticos por cuanto la inseguridad (y la insatisfacción personal) son categorías suficientemente indefinidas susceptibles de hallarse en muchos diagnósticos.

El motivo “otros” está elevado en los trastornos de ansiedad y otros y representa el 60.47% del total de esos diagnósticos juntos. El motivo “otros”—que está presente en todos los diagnósticos—se encuentra en cifras próximas a las esperables en los trastornos fóbicos, de personalidad y depresivo. Tiene sentido también esta disparidad puesto que es una categoría dispersa que engloba problemas diversos (sexuales, laborales, de comportamiento, de sueño, etc.).

Nos hemos preguntado hasta qué punto las otras variables actuando como tercera variable modulan la interacción diagnóstico-motivo y hemos encontrado datos contundentes: en todos los casos se mantiene la dependencia de las variables, incluso cuando cruzamos con sexo y edad, con la excepción de la variable colectivo, concretamente, en el caso de los becarios, en quienes las variables diagnóstico y motivo se comportarían como independientes.

Conclusiones

La población que consulta en la UAP de la UAB es una población adulta joven en comparación con otros dispositivos de la red pública de Salud Mental, a la que le cuesta consultar al psicólogo; necesita darse un tiempo antes de decidir consultar. Sólo un tercio de los consultantes lo hace dentro de los primeros 4 meses de aparición de la sintomatología. Si bien es verdad que cuanto mayor tiempo pasa teniendo síntomas más probabilidad hay de que se haya consultado previamente en otros dispositivos públicos o privados. En este sentido hemos encontrado una proporción muy superior de primeras consultas frente a las que no lo son: el 69.9% es la primera vez que consulta al psicólogo clínico. Dato que es suficientemente significativo teniendo en cuenta la edad media de los consultantes, cerca de los 33 años.

Los diagnósticos clínicos ponen de manifiesto un espectro suficientemente disperso que se focaliza en unos u otros motivos de consulta y en función de otras características, como el tiempo de la sintomatología, el diagnóstico, la realidad de la primera consulta, o la existencia de tratamiento psicofarmacológico previo. La alta correlación entre el motivo de consulta y los diagnósticos desvela la alta tasa de motivos que tienen que ver con las reacciones agudas más o menos desadaptativas hasta el punto de que casi un 40% de los casos son orientados como trastornos adaptativos (un 49.35% si incluimos los duelos), frente al 27.5% de trastornos de ansiedad y el 9% de trastornos depresivos. Está claro que en nuestra UAP la tasa de los denominados trastornos mentales graves es prácticamente nula.

Igualmente, la tasa de los tratamientos psicofarmacológicos está lejos de ser la que se encuentra en las unidades de Salud Mental de la red pública. No llega a la cuarta parte la tasa de los que están medicados en el momento de la realización de la primera consulta; si focalizamos la atención en cada categoría diagnóstica encontramos que sólo el 10.43% de los trastornos adaptativos lo está, el 32% de los trastornos de ansiedad, el 56.25% de los trastornos depresivos, el 26.67% de los trastornos de personalidad y el 29% de otros trastornos. En este trabajo no podemos discriminar la gravedad de estos trastornos que tienen una tasa más alta de medicación psicofarmacológica.

Notas

- 1 Traducción al castellano: “Viernes Clínicos”.
- 2 Desde 1995 a 2001 sí ofrecía una atención mixta, de hecho la Unidad se llamaba “Unitat d’Atenció Psicològica i psicopedagògica” pero partir de 2001 se escinde y se crea la “Unitat d’Atenció Psicopedagògica” que ofrece el abordaje psicopedagógico y la “Unitat d’Atenció Psicològica” ofrece la asistencia psicológica. <http://gestioneventos.us.es/17468/programme/xv-encuentro-aesppu.html>
- 3 La Asociación Española de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos (AESPPU) creada en 2009 y que aglutina a una treintena de servicios universitarios ya ha realizado el XV Encuentro, concretamente en la Universidad de Sevilla, en Junio de 2018.
- 4 Los psicólogos especialistas en Psicología Clínica hacen el 82.5% de la jornada. El resto, los psicólogos generales sanitarios.

- 5 A este efecto cabe especificar que en nuestra UAP, un porcentaje de aproximadamente una tercera parte del volumen total de consultas en la UAP, ha requerido, durante los años a los que se refiere este trabajo, de una primera entrevista de psiquiatría para ser atendido por los profesionales psicólogos por prescripción del Seguro escolar, a pesar de que la demanda directa del usuario es de recibir atención psicológica.
- 6 Si el valor de p es < 0.05 , las variables son dependientes entre sí; si el valor de p es > 0.05 , las variables son independientes entre sí.
- 7 Los valores de chi squared están consignados en el primer número del paréntesis, seguidos de los grados de libertad –entreparesis– y finalmente el valor de p .
- 8 Las guías más valoradas son las de la Canadian Psychiatric Association, las del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) y la National Collaborating Centre for Mental Health, de la British Psychological Society. En España existen las publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo: Guías de práctica clínica en el SNS.
- 9 Clúster C: trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva.
- 10 Clúster A: trastorno de personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide. Clúster B: Trastorno de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4.ª Ed.). Barcelona, España: Masson
- Avila, A., Herrero Sánchez, J. R. y Fernández, L. C. (2009). Más allá de la docencia: la Unidad de Atención Psicológica y Salud Mental del Universitario (UAPSMU) en la Universidad de Salamanca (1996-2004). *Acción Psicológica*, 6(1), 49-62. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.443>
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A. y Quero, A. (2009). El servicio de asistencia psicológica de la Universitat Jaume I. *Acción Psicológica*, 6(1), 87-96. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.447>
- Calero, E. A., Torre Martí, M. D. L., Pardo, R. y Santacreu, I. M. (2018). Características de la asistencia psicológica en el contexto universitario: la Clínica Universitaria de la UAM. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169-170), 37-50. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6463438>
- García-Vera, M. P. (2004). Los centros universitarios de asistencia psicológica como centros de formación de postgrado en psicología clínica y psicoterapia. La unidad de psicología clínica y de la salud de la UCM. *Papeles del psicólogo*, 25(87), 59-66.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2009). La clínica universitaria de psicología de la Universidad Complutense de Madrid: historia, características y situación actual. *Acción Psicológica*, 6(1), 123-134. Recuperado de: <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.451>
- Gómez, M. y Pérez, E. (2017). Particularidades de los motivos de consulta psicológica de los estudiantes que asisten a la Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(1), 75-92. <http://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v9n1a06>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. (447-08-020-7). Madrid: Agencia Lain Entralgo. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entro_compl.pdf
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto* (680-14-079-0). Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Recuperado de: <https://bit.ly/1VgMS86>
- Gutiérrez, E. (2009). La Unidad Venres Clínicos en la Universidad de Santiago de Compostela. *Acción Psicológica*, 6(1), 63-71. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.444>
- Hernández, J. M. y Froján, M. X. (1994). El servicio de psicología aplicada de la UAM. Una experiencia de integración de la psicología en un contexto universitario. *Papeles del Psicólogo*, 1994, 58. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=619>
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y García-Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626. Recuperado de: <https://bit.ly/2JeEMw7>

- Labrador, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., García-Fernández, G., Estupiñá, F. J., Fernández-Arias, I. y Labrador-Méndez (2016). Characteristics of demand and psychological treatments in a university clinic [Características de la demanda y de los tratamientos psicológicos en una clínica universitaria]. *Clínica y Salud*, 27, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.002>
- Martorell, J. L. y Carrasco, M. A. (2009). La atención psicológica desde la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). El Servicio de Psicología Aplicada (SPA). *Acción Psicológica*, 6(1), 135-143. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.452>
- Montero, I. Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 175-181. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028
- Narváez, M y Aguirre, H. (2016). Análisis de las impresiones diagnósticas en consultantes de un Centro de Atención Psicológica Universitario. *Informes Psicológicos*, 16 (2), 87-101. <https://bit.ly/2FTFz3M>
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3(1), 7-16. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v9n1a06>
- Salaberria, K., Polo-López, Ruiz-Iriondo, M., Cruz-Sáez, S. y Echeburúa, E. (2016). Análisis de la demanda en una unidad universitaria de asistencia psicológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 299-308.
- Saldaña, C., Badós, A., García-Grau, E., Balaguer, G. y Fusté-Ecolano, A. (2009). La Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona. *Acción Psicológica*, 6(1), 113-122. <https://bit.ly/2S35VFi>
- Sánchez, M. F., Guillamón, J. R., Ferrer, P., Villalba, E., Martín, A. M. y Pérez, J. C. (2008). Situación actual de los Servicios de orientación universitaria: estudio descriptivo. *Revista de educación*, 345, 329-352. Recuperado de: http://www.revistaeducacion.mec.es/re345/re345_14.pdf
- Santiago, B. (2009). La asesoría psicológica y social de la Universidad de Sevilla. *Acción Psicológica*, 6(1), 107-111. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.449>
- Saúl, L. A., López-González, M. A. y Bermejo, B. G. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica*, 6(1), 17-40. <https://bit.ly/2LBGGZm>
- Sender, R. y Salamero, M. (2001). El Programa de Atención Psicológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. *Educación Médica*, 4(2), 66-71. Recuperado de: <https://bit.ly/2JqaJka>
- Tejedo, A. (2018, febrero 27). Día de la Psicología en España. La atención psicológica en la enseñanza pública universitaria en España. *Psi Ara*. Recuperado de: http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4804
- Tejedo, A. y López, C. (2009). Presentación y descripción de la Unidad de Psicología del Servei Assistencial de Salut de la UAB. *Acción Psicológica*, 6(1), 97-105. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.448>

TRATAMIENTO GRUPAL PARA LA ANSIEDAD Y LA EVITACIÓN CONDUCTUAL EN EXÁMENES ORALES. (ANSIEDAD Y EVITACIÓN EN EXÁMENES ORALES)

GROUP TREATMENT FOR ANXIETY AND BEHAVIOURAL AVOIDANCE IN ORAL TEST

Luis Alberto Furlan

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8415-0596>

Agustín Alonso-Crespo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0463-3684>

Natalia Costantini

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2409-9952>

Melania Díaz-Gutiérrez

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9860-7836>

Graciela Yaryura

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3440-5818>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Furlan, L. A., Alonso-Crespo, A., Costantini, N., Díaz-Gutiérrez, M. y Yaryura, G. (2019). Tratamiento Grupal para la Ansiedad y la Evitación Conductual en Exámenes Orales. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 239-258. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.272>

Fecha de recepción: 15/04/2019. Fecha de aceptación v1: 27/05/2019. Fecha de aceptación v2: 5/06/2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: luis.alberto.furlan@unc.edu.ar

© 2019 Revista de Psicoterapia



Resumen

Los exámenes orales son situaciones sociales que pueden activar emociones displacenteras como ansiedad, vergüenza, enojo o culpa. Para afrontarlas, los estudiantes utilizan estrategias como incrementar la preparación, buscar apoyo emocional o instrumental, relajación o distracción, entre otras. La postergación de la confrontación o la inhibición de la expresión, son dos formas de evitación conductual que permiten aliviar el malestar emocional asociado al examen oral a corto plazo, pero al volverse habituales pueden generar bajo rendimiento, demora o abandono de la carrera y diversos síntomas mentales. Para disminuir la ansiedad y la evitación conductual frente a los exámenes orales, se diseñó un tratamiento grupal con técnicas cognitivo-comportamentales, de mindfulness y de la terapia de aceptación y compromiso. Se evaluó su impacto mediante un estudio empírico con 22 participantes de diferentes carreras universitarias. Se constataron disminuciones estadísticamente significativas entre las medidas pre y post intervención en las escalas de Ansiedad frente a los Exámenes Total, Emocionalidad, Preocupación y Falta de Confianza y en Postergación e Inhibición de la Expresión, con tamaños de efecto entre medianos y grandes. De los 22 participantes, 18 presentaron disminuciones de la sintomatología, en 3 hubo incrementos y 1 no informó cambios. Esa variabilidad no se relaciona con la presencia de síntomas comórbidos. Los componentes percibidos como más útiles fueron la relajación, revisión de estrategias de estudio, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Palabras Clave: Ansiedad frente a los Exámenes, Evitación Conductual, Eficacia de la Intervención.

Abstract

Oral exams are social situations that can activate unpleasant emotions like anxiety, shame, anger and guilt. To cope emotions, students use several strategies, like preparation, seeking emotional and instrumental social support, relaxation or distraction, as others as well. Postponement of the confrontation and expression inhibition are two ways of behavioural avoidance that alleviate emotional distress associated with oral exams in short terms but, if turn frequently can generate low achievement, delay or drop out the career and several mental symptoms. To decrease anxiety and behavioural avoidance in oral exams, a group treatment was designed, with techniques of Cognitive Behavioural Therapy, Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy. Impact was assessed through and empirical study, with 22 participants of various university careers. Pre and post intervention measures were administered. Significant differences were corroborated in total anxiety; emotionality, worry, interference and lack of confidence subscales, and postponement and expression inhibition scales, with medium to high effect sizes. Of the 22 participants, 18 presented decreases in symptomatology, in 3 there were increases and 1 did not report changes. Variability of the effects were not related to comorbid mental symptoms. The components perceived as more useful were relaxation, revising study strategies, cognitive restructuring and self-instructions.

Keywords: Test Anxiety, Behavioural Avoidance, Efficacy of Intervention.

Introducción

Los exámenes constituyen eventos habituales en los contextos académicos y permiten generar información relacionada con los aprendizajes logrados en una determinada asignatura (Gil-Flores, 2012). Al estar previstos en el calendario académico, los estudiantes pueden planificar los tiempos y elegir las estrategias para prepararse y enfrentarlos con éxito (Zimmerman, Bonner y Kovach, 1996). Los exámenes pueden incluir diferentes tipos de tareas, como redactar ensayos, responder preguntas con opciones múltiples o abiertas o resolver problemas. Asimismo, las evaluaciones pueden tener modalidades orales, o escritas en soportes de papel o informatizados y sus niveles de dificultad y los criterios para su evaluación pueden variar y ser más o menos exigentes. Sin embargo, existen una serie de atributos comunes, tales como la relevancia de los resultados, la incertidumbre y el hecho de que el examen oral transcurre en el marco de una relación social, que los convierten en eventos particularmente estresantes para los estudiantes (Zeidner, 2007).

Los resultados de los exámenes tienen consecuencias objetivas en las trayectorias académicas y adquieren un significado subjetivamente relevante para los estudiantes, ya que el logro incide en las valoraciones de sus competencias y su autoconcepto académico (Goetz, Cronjaeger, Frenzel, Ludtke y Hall, 2010). Por ello, exponerse a una situación evaluativa puede activar diferentes estados emocionales, algunos de valencia positiva como el entusiasmo, el orgullo o el alivio, cuando el resultado del desempeño es acorde a los estándares y otros, de valencia negativa, como la ansiedad, el enojo, la vergüenza, la culpa o la desesperanza, cuando el desempeño autopercebido y los estándares a los que se aspira no concuerdan (Pekrun y Perry, 2014).

Otro atributo común a todo examen es que existe cierta incertidumbre sobre los contenidos y actividades específicas que el mismo puede incluir, y si bien se pueden predecir en forma aproximada qué preguntas específicas habrá que responder, siempre existe discrepancia entre lo previsto y lo ocurrido. En consecuencia, en la fase pre-examen, como respuesta a la incertidumbre se movilizarán procesos de estrés y respuestas de ansiedad (Zeidner, 1998).

El examen transcurre, además, en un contexto social asimétrico entre el evaluado y el evaluador, que desempeñan dos roles complementarios y mantienen intercambios comunicativos. Esto ocurre en todas las modalidades evaluativas, pero resulta más evidente en la fase de confrontación de los exámenes orales, donde la interacción con el evaluador puede incidir en forma determinante sobre el estado emocional y el desempeño del estudiante (Buchwald y Schwarzer, 2003; Ringeisen y Buchwald, 2010).

El desempeño adecuado en exámenes orales requiere de competencia para exponer los conocimientos, regulando su profundidad y extensión en función de un esquema organizador previo y de la información que el evaluador suministre durante la ejecución. Se necesita cierto grado de flexibilidad conductual para

responder ante situaciones no previstas y mantener la claridad y coherencia en el discurso. Además, exponerse a la observación de una audiencia realza activa temores relacionados con la evaluación social negativa (Laurin-Barantke, Hoyer, Fehm y Knappe, 2016; Sparfeldt, Rost, Baumeister y Christ, 2013).

En consecuencia, rendir exámenes orales es un desafío más accesible para quienes saben convivir con la incertidumbre previa y pueden desplegar comportamientos sociales apropiados y flexibles durante su transcurso, interpretando adecuadamente las claves verbales y no - verbales de la comunicación (Caballo, 2009). En contraposición, factores como escasas autoeficacia socioacadémica y tolerancia a la incertidumbre, elevada sensibilidad interpersonal, ansiedad social y perfeccionismo, aumentan las probabilidades de percibir los exámenes orales como eventos amenazadores e incrementar la ansiedad (Arana y Furlan, 2016; Eum y Rice, 2012; Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

Ansiedad frente a los exámenes

La Ansiedad frente a los Exámenes (en adelante AE) es una respuesta emocional caracterizada por la preocupación recurrente sobre un eventual fracaso y sus consecuencias negativas en la autoestima y la pérdida de algún beneficio esperado. En su dimensión cognitiva, incluye, además, expectativas negativas, falta de confianza e interferencia en los procesos de pensamiento, atención y memoria (Cassady, 2004; Gutiérrez-Calvo, 1996; Hoddap, 1991). La emocionalidad incluye síntomas afectivos y fisiológicos tales como taquicardia, sudoración, inquietud, tensión y opresión en el pecho (Zeidner, 2007). En el ámbito comportamental, la AE se manifiesta como hiperactividad, temblor, evitación y dificultades expresivas (Valero, 1999).

Los estudiantes con elevada AE deben prepararse para rendir y sobrellevar estados emocionales displacenteros y perturbadores (Cassady, 2004), dividiendo sus capacidades de procesamiento cognitivo entre la tarea principal y el control del estado emocional. Esta división de los recursos de procesamiento cognitivo dificulta el estudio y la ejecución durante el examen. Mantener la eficacia en el rendimiento, requiere mayor energía y tiempo, lo que disminuye la eficiencia del proceso (Piemontesi, Heredia y Furlan, 2009).

Afrontamiento de la AE

Para afrontar la AE los estudiantes destinan más tiempo al estudio, buscan apoyo emocional o académico, practican relajación, reevaluación cognitiva, distanciamiento cognitivo o conductual de la tarea, entre otras estrategias (Piemontesi y Heredia, 2009; Serrano, Escolar y Delgado, 2016). Si el malestar emocional persiste y se torna desbordante, el estudiante puede recurrir a una estrategia de evitación conductual del examen oral, que le permite mantenerse lejos de la situación valorada como amenazadora, posponiendo la confrontación con la misma, o alejándose de la situación amenazadora mediante el escape o la inhibición de la

expresión (Elliot, 2008; Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

Modalidades de Evitación Conductual en Exámenes Orales

Un modo de evitación conductual en exámenes orales (en adelante ECEO) es la *postergación* de situaciones que podrían evidenciar incompetencia o generar un malestar asociado a tal incompetencia y consiste en desistir de rendir por temor a desempeñarse mal o a los nervios experimentados. Cumple una función similar a otras conductas de evitación en las fobias sociales y opera en la fase de anticipación del evento valorado como aversivo y fuera de control (Kim, 2005) y resulta estratégica si surge de valoraciones realistas acerca de la dificultad de la tarea y los recursos para enfrentarla.

Las personas con elevada ansiedad social presentan una serie de sesgos cognitivos (pensamiento todo o nada, inferencia arbitraria, filtraje y descalificación de lo positivo) que disminuyen la percepción de competencia personal, viéndose a sí mismas en forma desfavorable y generando una sensación de mayor vulnerabilidad (Rapee & Lim, 1992). Por otro lado, tienden a magnificar la dificultad de los desafíos, considerándolos demasiado complejos para sus competencias auto-percibidas, lo que incrementa la ansiedad anticipatoria de un fracaso (Arana, 2002). Es en estos casos en los que se considera que la postergación resulta menos funcional, ya que mantiene las creencias que sostienen la ansiedad (Furlan y Sánchez-Rosas, 2018; Navas, 1989).

Otra forma de evitación conductual es la *inhibición* ante situaciones que evidencian incompetencia o generan malestar asociado a tal incompetencia. Evitar responder por temor a hacerlo mal o debido a la angustia experimentada, opera como estrategia situacional de búsqueda de seguridad. La *inhibición de la expresión* previene experiencias aversivas, pero afecta al rendimiento y no permite desconfirmar las creencias catastrofistas que mantienen la ansiedad social, en forma similar a lo que ocurre con la postergación (Cuming et al., 2009).

Estudios recientes señalan que la ECEO está relacionada con medidas de AE, Vergüenza en exámenes, Procrastinación y Autoeficacia Social – Académica (Yaryura, Sánchez-Rosas y Furlan, 2016); Neuroticismo (Francisquelo y Furlan, 2015). También se informaron relaciones negativas con la Satisfacción con el Rendimiento, que resulta de la comparación entre el desempeño real y el establecido como estándar personal; y positivas con la Percepción de Demora, que surge de la comparación entre el avance que se deseaba lograr en la carrera y el efectivamente obtenido (Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

La ECEO recurrente genera retraso académico, pérdida del grupo de referencia, vergüenza, culpa y diversas sintomatologías mentales, que suelen ocultarse para evitar enojos, decepciones o angustia en el entorno familiar (Furlan, Ferrero y Gallart, 2014).

Intervenciones para la AE

Para abordar las dificultades relacionadas con la AE se han formulado diversas intervenciones y realizados estudios para recabar evidencias de su eficacia (Escalona y Miguel-Tobal, 1996; Furlan 2013; Medrano y Moretti, 2013; Serrano et al., 2016). Existen experiencias muy diversas en cuanto a sus fundamentos teóricos y características técnicas (para una revisión ver Zeidner, 1998) y pueden encontrarse algunos meta-análisis que en general reafirman la eficacia de los procedimientos que incluyen fundamentalmente técnicas de exposición, desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva (Ergene, 2003).

Como la mayoría de estas intervenciones se probaron en contextos de exámenes escritos y estandarizados, son parcialmente útiles para abordar la ECEO, al no contemplar aspectos propios de esta modalidad de evaluación.

Adicionalmente, en los estudios sobre eficacia de los tratamientos para la AE se evalúan cambios en sus manifestaciones cognitivas (Medrano y Moretti, 2013) y afectivo - fisiológicas (Serrano et al., 2016) o en el rendimiento, pero no se reúnen evidencias sobre las conductas de evitación, sumamente relevantes a nivel clínico (Arana, 2002).

Considerando la importancia que los exámenes orales tienen en nuestro contexto académico, dada su amplia utilización, y la ausencia de un protocolo de tratamiento que permitiera abordar además de la AE, las manifestaciones de ECEO, se emprendió el diseño de un programa que incluyera componentes específicos para trabajar sobre las dificultades asociadas con esta modalidad de evaluación.

Para este propósito se integraron aportes de diversos protocolos de tratamiento (Arana, 2002; Iruarrizaga y Salvador Manzano, 1999), experiencias previas de este equipo (Furlan, 2013) y otras desarrolladas con otros problemas de ansiedad social, como el Miedo a Hablar en Público (Badós, 2009).

Programa, fundamentos y características

La ECEO se conceptualizó como un subtipo de fobia social circunscrita en cuya génesis participan diversos factores de predisposición, como ansiedad social (Badós, 2009), perfeccionismo desadaptativo (Rice y Slaney, 2002), baja autoeficacia social académica, (Medrano y Moretti, 2013) inestabilidad emocional (Francisquelo y Furlan, 2015), empleo de modalidades disfuncionales de procesamiento de información (Navas, 1989) y una historia de aprendizajes que incrementan la sensibilidad ante situaciones de evaluación que se asocian a estímulos aversivos. La ECEO se mantiene por reforzamiento negativo y afecta las creencias de autoeficacia, que no se modifican por la privación de nuevas experiencias de maestría.

Por el tipo de comportamiento social que supone rendir un examen oral, el déficit en habilidades específicas, tales como sostener el contacto visual, pedir aclaraciones, argumentar, regular la velocidad del habla, reorganizar el discurso en función de una pregunta del evaluador, entre otras, pasa a ser un factor que contribuye al surgimiento de la respuesta de ansiedad. (Arana, 2002). Adicionalmente,

la tendencia a evitar la práctica de la exposición oral durante la preparación para el examen contribuye al mantenimiento de los déficits en las habilidades sociales referidas (Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

Se adoptó un enfoque cognitivo – comportamental para el abordaje de la AE, en el que se busca ampliar los recursos para el afrontamiento, mediante el entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones y ensayo conductual (Escalona y Miguel-Tobal, 1996; Furlan 2013; Zeidner, 2007). Complementariamente, el programa se enriqueció con aportes del Mindfulness, que apunta a centrar la atención en la experiencia presente y el aprendizaje de aceptación y no reacción ante los eventos internos (Ramos-Díaz, Recondo y Enriquez, 2012) y la Terapia de Aceptación y Compromiso, que promueve la focalización en los valores y la disposición a convivir con algunos malestares como parte de la experiencia (García-Higuera, 2004).

El programa incluyó diez encuentros de dos horas y frecuencia semanal. Se estableció esta carga horaria para posibilitar el trabajo con las diversas técnicas previstas durante los encuentros y su práctica semanal, en épocas del año en que los participantes realizan actividades de estudio regulares. La duración del proceso permitiría también ir recabando datos sobre la evolución de los participantes en forma semanal, detectando sus avances y dificultades y posibilitando ajustes en la implementación de la intervención.

Se eligió una modalidad de intervención en grupos de hasta diez participantes, considerando una serie de ventajas que presenta el encuadre grupal para el desarrollo de la intervención y del diseño del estudio de eficacia. Específicamente, la intervención en grupo facilita procesos de normalización y empatía entre los participantes, que advierten similitudes en la problemática por la cual han solicitado la asistencia. Además, es un contexto propicio para el aprendizaje vicario de conductas de afrontamiento nuevas y fuente de apoyo social (Vinogradov y Yalom, 1990).

Para el estudio de eficacia, desarrollar la intervención en grupos permitió optimizar los recursos del equipo de trabajo, alcanzando a una población más numerosa que la que se hubiera podido cubrir mediante abordajes individuales. Se priorizó en este caso la estrategia que facilitara aumentar tamaño de la muestra para los análisis estadísticos a realizar.

A nivel técnico, en el programa se incluyó psicoeducación, entrenamiento en reestructuración de pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas, relajación mediante respiración diafragmática y auto-instrucciones. Adicionalmente, se incorporó una técnica de defusión (la cascada) para ampliar el repertorio de afrontamiento frente a pensamientos perturbadores y disminuir la interferencia cognitiva o distracciones durante el estudio y la metáfora del autobús, procedente de la Terapia de Aceptación y Compromiso para facilitar la toma de distancia y mayor conciencia de la propia conducta, mantener el compromiso con el logro de la metas académicas y aumentar la tolerancia al malestar (García-Higuera, 2004;

Ramos-Díaz et al., 2012).

Se revisaron también las estrategias de aprendizaje evaluando su funcionalidad y promoviendo el uso de las más reflexivas y con anclaje en ejemplos y se realizaron ensayos conductuales repetidos y de dificultad progresiva, de exposición ante evaluadores, dando retroalimentación a los participantes en base a la observación de su comportamiento verbal y no verbal. El programa finalizó con una revisión de lo trabajado y el establecimiento de compromisos para el logro de metas en el corto plazo.

Eficacia de la intervención

Se reunieron evidencias de la eficacia del programa para disminuir la AE y ECEO en estudiantes de diferentes carreras de la Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina, buscando determinar si tuvo efectos diferenciales en las subdimensiones de la AE y la ECEO y si la ganancia terapéutica tuvo relación con la sintomatología mental previa o los niveles iniciales de AE y EEO.

Método

Participantes

Se realizó una convocatoria a la que concurrieron 53 estudiantes universitarios y se corroboró mediante una entrevista semi-estructurada el cumplimiento de los criterios de inclusión para participar en el programa (elevadas AE y ECEO) y de exclusión (déficits en estrategias de estudio o psicopatologías comórbidas que requerían tratamiento prioritario). Hubo 3 casos no incluidos que se derivaron a servicios de salud y orientación universitarios.

Instrumentos y Materiales

Adaptación Argentina del Inventario Alemán de Ansiedad ante Exámenes (GTAI-AR; Piemontesi, Heredia y Furlan, 2012). Este autoinforme es la versión adaptada para estudiantes universitarios argentinos del *German Test Anxiety Inventory* (Hodapp, 1991). Evalúa las dimensiones de Emocionalidad, Preocupación, Interferencia y Falta de Confianza. Contiene 29 ítems con cinco opciones de respuesta (“nunca” a “siempre”). Todos los ítems de las primeras tres escalas son codificados sintomáticamente, por ejemplo: *pienso en las consecuencias de fracasar*. En cambio, los ítems de Falta de Confianza son codificados de manera inversa (por ejemplo, *tengo seguridad en mi capacidad*). La escala posee propiedades psicométricas adecuadas en relación a su consistencia interna ($\alpha = .91$ - $\alpha = .87$). Análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, respaldan el modelo de cuatro dimensiones y un factor general de segundo orden (Piemontesi et al., 2012).

Escala de Evitación Conductual de Exámenes Orales (ECEO; Furlan y Sánchez-Rosas, 2018). Es un autoinforme de 14 ítems ordenados en las escalas de postergación de la confrontación del examen oral (ECEO-P, $\alpha = .94$; *Me preparo*

para rendir un examen oral pero llegado el día del examen no me presento) e inhibición de la expresión oral (ECEO-I, $\alpha = .90$; *Cuando rindo un examen oral me pongo tan nervioso que no puedo contestar las preguntas del docente*) con respuestas tipo Likert de 5 puntos que van de (1) “nunca” a (5) “siempre”. Presenta datos satisfactorios sobre la estructura interna, la consistencia interna y evidencias test-criterio.

Inventario de Síntomas Mentales (SCL 90-R, Derogatis, 1994, adaptación para Argentina de Casullo y Fernández Liporace, 2001). Tiene 83 ítems incluidos en nueve dimensiones primarias de síntomas y 7 ítems que no pertenecen a ninguna de las escalas; poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte o morirse, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimiento de culpa, que se utilizan para el cálculo de los índices generales. El instrumento da información sobre 9 dimensiones de síntomas y 3 índices generales, que informan sobre el malestar general y las tendencias de las respuestas. Presenta buenos niveles de consistencia interna para las escalas y las medidas globales ($\alpha > .80$).

Cuestionario sobre cambios auto-percibidos y experiencias con la Intervención. Se elaboró un cuestionario con dos preguntas de final abierto relativas al estado subjetivo y el comportamiento en experiencias de exámenes orales, previos y posteriores a la participación en el programa. También se preguntó por los avances logrados y dificultades persistentes. Finalmente se indagó en relación al uso de las técnicas incluidas en el programa durante las fases previa y de confrontación con exámenes rendidos a posteriori de la participación.

Procedimiento

Se empleó un diseño cuasi experimental con un grupo y medidas repetidas, que si bien presenta algunas limitaciones importantes en relación a la validez interna y externa (Montero y León, 2006), se consideró adecuado por tratarse de una intervención novedosa, no contar un protocolo alternativo para ECEO y la decisión de no emplear lista de espera. Los participantes ($N = 50$, de entre 20 y 40 años) se asignaron a cinco grupos, que se fueron conformando mediante diferentes convocatorias realizadas durante un período de dos años. Si bien no se utilizó un procedimiento sistemático para la asignación de participantes a los grupos, todos fueron heterogéneos en cuanto a edades y carreras de procedencia. En algunos hubo solo participantes mujeres y otros fueron mixtos, aunque con predominio femenino en todos los casos.

Los grupos fueron coordinados por tres psicoterapeutas que previamente recibieron formación específica, de tipo teórica, técnica y vivencial. Inicialmente se incorporaron como observadores en grupos coordinados por integrantes del equipo con mayor experiencia, en el contexto de programas similares implementados previamente. Se buscó que todos los procedimientos implementados en los grupos fueran previamente practicados por el equipo de intervención, mediante trabajos

vivenciales. Una vez completada esta fase, comenzaron a coordinar los grupos incluidos en el presente estudio.

Los participantes completaron previo al inicio de la experiencia, un consentimiento informado y los autoinformes pre-tratamiento. Las medidas post tratamiento se administraron en forma virtual cuando los participantes intentaron rendir algún examen final oral, en un intervalo de uno y seis meses, dependiendo de las decisiones que cada participante tomó en el marco de su carrera.

De los 50 que iniciaron el proceso, 20 abandonaron y 8 que lo completaron no respondieron el postest. La muestra quedó conformada entonces por 22 participantes (20 mujeres y 2 varones; entre 20 y 40 años, Media=26 años) de las carreras de Psicología (10), Abogacía (4), Medicina (2), Odontología (3), Historia (1), Antropología (1) y Filosofía (1).

Para verificar si existían diferencias en los puntajes de Síntomas Mentales, AE y ECEO entre quienes completaron el proceso y quienes no lo hicieron, se estimó la prueba *U de Mann-Whitney* (Siegel y Castellan, 1995). Para contrastar las hipótesis sobre los cambios intra-sujetos se estimó la prueba de *Wilcoxon*, un estadístico adecuado para diferencias entre muestras pequeñas y relacionadas, con variables ordinales y para estimar el tamaño del efecto se calculó el delta de *Cliff* (Macbeth, Razumiejczyk y Ledesma, 2011)

Para describir los cambios desde la perspectiva de los participantes se realizó un análisis de contenido de las respuestas al cuestionario de seguimiento. Se generaron categorías relativas a diferencias y similitudes entre experiencias examen previas y posteriores (intensidad de los estados emocionales, pensamientos catastrofistas, confianza, impulso para postergar, desempeño durante la evaluación), recursos utilizados en las fases de preparación (estrategias de estudio y preparación para rendir, búsqueda de ayuda), espera para el ingreso a rendir (regulación emocional) y durante el examen (atención a lenguaje no verbal, focalización en la tarea, perseverancia ante dificultades, auto instrucciones). Una vez conformadas las categorías se describió la diversidad de respuestas relativas a cada una y se contabilizó su frecuencia.

Resultados

- a) *Diferencias entre los participantes que completaron o abandonaron la intervención.* La prueba *U de Mann-Whitney* no arrojó diferencias significativas entre los grupos en relación a los valores iniciales de Síntomas Mentales, AE y ECEO, pudiendo afirmarse que los mismos no explicarían la continuidad o abandono de la experiencia.

- b) *Cambios en las mediciones pre y post tratamiento*

Se hipotetizó un impacto favorable en la AE total y sus cuatro dimensiones y en las dos modalidades de ECEO, con diferencias pre - post estadísticamente significativas, puntajes menores luego del tratamiento y tamaños del efecto medios.

Como se observa en la Tabla 1, hubo diferencias significativas en tres

dimensiones de AE y en las dos escalas de ECEO, con tamaños del efecto grandes en su mayoría. En la escala de Interferencia los cambios no alcanzaron significación estadística y el efecto fue pequeño.

Tabla 1. *Descriptivos, Prueba de Wilcoxon y Delta de Cliff para los 22 participantes que completaron la intervención.*

	Pretest N=22	Postest N=22	Z y p	D
AE total	3.70 (.45)	2.91 (.49)	3.90 $p<.001$.82
Falta de Confianza	3.37 (.75)	2.75 (.70)	2.60 $p<.01$.64
Preocupación	4.20 (.58)	3.31 (.76)	3.55 $p<.001$.82
Interferencia	2.98 (.73)	2.58 (.79)	1.83 $p=n.s.$.18
Emocionalidad	3.93 (.66)	2.83 (.87)	3.75 $p<.001$.77
ECEO Postergación	2.99 (1.03)	2.33 (.66)	3.30 $p<.01$.59
ECEO Inhibición	3.58 (.75)	2.40 (.90)	3.70 $p<.001$.68

Nota: M(DS)=Media y Desviación Estándar; Z=Prueba de Wilcoxon; p =Nivel de significación. D=delta de Cliff, Bajo (.20) Mediano (.30), Grande (.50) según criterios de Cano y Guerrero (2009).

c) Diferencias pre - post en AE, ECEO-I y ECEO-P y la sintomatología mental inicial.

Se estimaron correlaciones de Spearman entre las escalas de sintomatología mental del SCL - 90 y la ganancia terapéutica, operacionalizada como diferencia entre los puntajes pre - post para las escalas de AE, ECEO-I y ECEO-P. La escala de *Sensibilidad Interpersonal* presentó una correlación significativa con ganancia en ECEO-P ($\rho = .45, p < .05$) y la de *Ansiedad* con AE ($\rho = .45, p < .05$). El resto de las escalas no presentaron relaciones significativas.

d) Diferencias pre - post en AE, ECEO-I y ECEO-P y valores pretest de cada variable.

Al relacionar la diferencia pre y post con el valor de pretest en la misma escala, se constató una relación positiva entre el nivel inicial de AE y la magnitud del cambio en esta escala ($\rho = .59, p < .01$) y en la de ECEO-P ($\rho = .46, p < .05$). También una correlación positiva y significativa entre cambio en ECEO-P y nivel inicial de esa misma escala ($\rho = .82, p < .001$) y la de ECEO-I ($\rho = .51, p < .05$). Finalmente, los cambios en EEO-I se relacionaron con el nivel inicial en dicha escala ($\rho = .46, p < .05$). De estos resultados puede deducirse que aquellos participantes que al inicio de la intervención presentaban los puntajes de síntomas más elevados, son los que han realizado mayores cambios, en términos de disminución de la AE y ECEO.

e) Percepción subjetiva de cambios y utilidad de los recursos.

Se sistematizaron las respuestas del cuestionario categorizando las mismas en función de la similitud en el contenido y se estimó su frecuencia. Las diferencias entre experiencias previas y posteriores a la intervención se refieren a: menor intensidad de la ansiedad, mayor tranquilidad y manejo del malestar (22), mejor

desempeño durante el examen y situaciones de clase (9), paso a la confrontación en lugar de la postergación (9), sobrellevar pensamientos negativos (9), mejor preparación (7) y acceso a más estrategias de regulación emocional (3).

Por otro lado, persisten síntomas de ansiedad (9), conductas de procrastinación (5), problemas de concentración en el estudio y bloqueo (5), dificultades para decidir (5), deseos de evitar la situación o huir (5) y problemas para sobrellevar la espera antes de rendir (2).

Entre los recursos valorados como útiles, durante la preparación se mencionaron: la práctica de relajación mediante respiración diafragmática (17); reestructuración cognitiva – autoinstrucciones (11), mayor variedad de estrategias de estudio (11), evocación y consolidación en la memoria (9), organización del tiempo (9), técnica de la cascada (4) y en algunos casos audios o apps de apoyo para relajación y organización de estudio (3).

Previo al ingreso al examen (intervalo temporal muy variable) se empleó la respiración (9), reestructuración cognitiva (6), evitación de estímulos ansiógenos (5), repaso (3), cascada de pensamientos (3), distracción (1), rezar (1) y apoyo instrumental (1).

Durante el examen oral, las estrategias utilizadas fueron organización de las respuestas y perseverancia ante dificultades (8), comportamiento asertivo, atención a la postura, contacto visual y componentes paralingüísticos de la comunicación (8), respiración (5), reestructuración cognitiva, autoinstrucciones (3) y aceptación del malestar emocional (3).

Discusión

Reunir evidencias sobre la eficacia de las intervenciones para disminuir las AE y la ECEO permite promover el uso de aquellas que hayan acreditado cierto valor psicoterapéutico, en términos de contribuciones significativas a los procesos de cambio. El desafío es teórica y técnicamente complejo, por la cantidad de variables que intervienen en el proceso y sobre las que puede lograrse solamente un control parcial, con variantes en el diseño de investigación y estrategias de análisis de datos que incrementen su validez interna.

Se requieren de varios meses de implementación para permitir que los procesos que promoverán los cambios se desarrollen y en consecuencia, suponen el riesgo de una elevada pérdida de participantes. Por estas razones y algunas otras, vinculadas con las concepciones y prácticas prevalecientes a nivel local, los estudios empíricos sobre las intervenciones tienen poco desarrollo.

Más específicamente, la orientación profesionalista de los planes de estudio en psicología en Argentina (con menor desarrollo de la investigación empírica), y el predominio de enfoques psicodinámicos en sus diferentes variantes (que enfatizan las singularidades individuales), tienen un correlato en las prácticas profesionales de la psicoterapia y la intervención psicoeducativa. De este modo, se da la paradoja de que existiendo un colectivo profesional numeroso que implementa diversas

intervenciones en forma permanente, no se recaban datos sistemáticos que permitan valorar la utilidad de las mismas para revertir los problemas que motivan su aplicación. En ese sentido, las prácticas con base en evidencia a nivel local son aún muy incipientes (Medrano, 2012).

Esta tendencia se viene revirtiendo, pero aún hay pocos estudios, por lo que será necesario comparar los resultados en esta investigación con los de otras realizadas por integrantes de este mismo equipo o por investigadores de otros contextos socio culturales.

Se formuló un programa grupal para disminuir la AE y ECEO para estudiantes de diferentes carreras de la Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina, que se implementó durante dos años con grupos conformados en forma sucesiva en cada semestre y que fueron coordinados por tres profesionales entrenados específicamente para dicha labor. Para disminuir posibles sesgos en la interpretación de los resultados, derivados de las expectativas favorables hacia el tratamiento, profesionales que no participaron en su implementación, procesaron los datos de los autoinformes administrados a los participantes.

Considerando los resultados obtenidos, puede afirmarse que las diferencias pre - post observadas variaron según las escalas consideradas, con efectos grandes tanto sobre la AE total, como sobre las dos modalidades de evitación conductual, postergación e inhibición de la expresión. Esto indica que la intervención estaría contribuyendo a promover cambios esperados, de forma coincidente con lo que se pudo observar en experiencias previas con programas de características similares (Furlan, 2013; Furlan, Piemontesi, Heredia y Sánchez-Rosas, 2015) u otras más breves y diseñadas para ingresantes a la universidad y sin problemas persistentes de AE y ECEO (Medrano y Moretti, 2013).

Considerando cada dimensión de la AE, se constataron los mayores cambios en la preocupación, la emocionalidad y la falta de confianza, pero en la escala de interferencia no se produjeron disminuciones significativas. Una explicación posible para este impacto diferencial podría estar relacionado con los componentes incluidos en el programa. Específicamente, la práctica de la relajación durante los encuentros y como tarea en el hogar y la organización del estudio contemplando tiempos de descanso, pueden haber colaborado para que se produzca una significativa disminución de la activación afectivo - fisiológica. También la psicoeducación puede contribuir a resignificar la sintomatología ansiosa y promover la aceptación y normalización de un malestar que, si bien persiste, tiene menor intensidad y puede afrontarse con mayor variedad de recursos. Las respuestas al cuestionario de seguimiento, al mencionar los recursos más utilizados y la valoración que de los mismos hicieron los participantes apoyan esta conjetura.

La disminución de la preocupación puede atribuirse al aporte conjunto de psicoeducación y reestructuración cognitiva. El comprender mejor las respuestas emocionales reconociendo el rol que juegan la catastrofización, la rumiación y la culpabilización en el incremento del malestar subjetivo, y poder desarrollar estra-

tegias alternativas centradas en la aceptación, la puesta en perspectiva y el análisis de evidencias, ayudarían a disminuir la preocupación relacionada con un eventual fracaso al rendir y sus consecuencias, valorándose en forma más realista (Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno, 2013).

Adicionalmente, el efecto de normalización generado a partir de la experiencia grupal con otros participantes que experimentaban padecimientos similares (Vinogradov y Yalom, 1990) puede haber atenuado la preocupación asociada al propio padecimiento, que por considerarse inusual y un motivo de vergüenza, suele ocultarse al entorno, reforzando las creencias negativas acerca del mismo (Furlan, 2013).

La falta de confianza mejora en la medida que los ensayos conductuales suministran información que actualiza las creencias de autoeficacia (Medrano y Moretti, 2013). Tomar contacto con la propia ejecución en la situación simulada de examen oral y recibir retroalimentación de parte del grupo, permite que las ideas negativas sobre el desempeño puedan desconfirmarse en base a evidencias (Kim, 2005). Obtener información precisa sobre aspectos del lenguaje verbal y no verbal que mejorarían la expresión oral, permitiría pasar de auto-evaluaciones generales y absolutas de la propia competencia a descripciones más pormenorizadas de conductas específicas (Caballo, 2009).

La escasa disminución de la interferencia puede atribuirse al menor entrenamiento en técnicas como la de la cascada que promueven un aprendizaje de no reacción ante pensamientos disruptivos. La interferencia cognitiva durante la confrontación con el examen es un fenómeno similar al bloqueo, difícil de prevenir y que una vez activado requiere de su aceptación hasta que se revierta por sí mismo, permitiendo la recuperación de la información almacenada en la memoria de largo plazo. Se informó menor empleo de esta técnica, lo que podría relacionarse con la dificultad para realizarla en forma auto-guiada.

Se debería evaluar si el incremento de la práctica en la técnica de defusión durante los encuentros y un mayor acento en la aceptación de las experiencias internas características de los estados ansiosos, contribuyen para la disminución de estos síntomas en niveles más significativos.

Debe considerarse, además, que la interferencia ocupa recursos de procesamiento cognitivo y dificulta la concentración en la tarea principal (estudiar o hacer el examen). Las estrategias de afrontamiento (auto instrucciones) a las que un estudiante podría recurrir cuando está experimentando la interferencia, también demandan recursos de procesamiento. En consecuencia, los esfuerzos realizados para contrarrestar los efectos de la interferencia podrían tener un efecto paradójal, profundizándola.

En las dos modalidades de ECEO los cambios fueron significativos y con un efecto algo mayor en inhibición de la expresión que en postergación, asociado al hecho de que, de los 22 participantes, 18 disminuyeron sus puntajes en ECEO-I y solo 17 lo hicieron en ECEO-P. Tal vez esta sea la contribución más novedosa del

presente estudio ya que se evaluaron conductas específicas antes y durante los exámenes orales que tienen un papel central en el abordaje clínico de la AE, cuando esta se presenta como una fobia social circunscrita (Arana, 2002).

Revertir la postergación es un objetivo fundamental de la intervención, porque mantiene vía reforzamiento negativo buena parte de la sintomatología ansiosa. Como señalan estudios previos no exponerse a una nueva experiencia de rendir priva al estudiante de la oportunidad de obtener evidencias que desconfirman las creencias relativas a su desempeño, generalmente muy negativas y basadas en una autocrítica excesiva y a veces descontextualizada (Furlan y Sánchez Rosas, 2018; Kim, 2005; Laurin-Baranke et al., 2016). Por eso, volver a exponerse es un primer logro y el soporte grupal y la simulación de exámenes, pueden haber favorecido esta modificación. Los recursos empleados durante la espera para ingresar al examen (un contexto crítico para mantener o abandonar el intento de rendir) como la relajación, autoinstrucciones, distracción, búsqueda de ayuda, deben haber colaborado a lograrlo.

En relación a la disminución de la inhibición de la expresión, pueden haber aportado el entrenamiento en respiración y la práctica de oralización, organizando el discurso, previendo pausas y desenfocando al estudiante respecto a su activación fisiológica, mediante su aceptación. Es de esperarse que el desempeño en el examen mejore, cuando la oralización se entrena durante la preparación y se incrementa el acceso a estrategias de regulación emocional (Medrano et al., 2013).

Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela y conciencia de las limitaciones del estudio realizado. Como la intervención tiene múltiples componentes, la contribución parcial de cada uno a la promoción de los cambios podría estimarse mediante una estrategia de desmantelamiento del tratamiento (Kazdin, 2001). Esta consistiría en exponer a algunos participantes a intervenciones en las que solo se usen algunos de los componentes del programa (relajación y reestructuración cognitiva, o defusión y ensayo conductual) mientras que otros participen en el programa completo. Como en este caso no se optó por dicha estrategia y todos los participantes recibieron la misma intervención, la evidencia disponible solo permite formular algunas conjeturas al respecto.

Debe considerarse también que la intervención transcurrió en el marco de una experiencia grupal y esto agrega algunos factores potencialmente terapéuticos propios del grupo que pueden operar en interacción con las técnicas específicas que se implementaron (Vinogradov y Yalom, 1990). Para lograr mayor claridad sobre este punto se debería implementar la intervención en forma individual u otro programa grupal y comparar los resultados con las diferentes modalidades.

Otra perspectiva de análisis para comprender la variabilidad de los resultados se centró en los participantes, que en algunos casos lograron cambios pequeños y en otros más acentuados. Las ganancias terapéuticas, operacionalizadas como diferencias pre - post individuales en los puntajes de AE total y de las dos escalas de EEO fueron muy variables y se analizó si guardaban relación con alguna de las

características de los participantes.

Se encontraron relaciones moderadas entre los niveles de sintomatología ansiosa y de sensibilidad interpersonal evaluadas mediante el SCL-90 al inicio del tratamiento y el cambio en los niveles de AE. No resulta sorprendente ya que la ansiedad general y la sensibilidad interpersonal, son dos dimensiones del SCL 90 que están, a nivel teórico, estrechamente relacionadas (o incluso con cierto solapamiento) con la AE. Los participantes pueden haber encontrado en la intervención, una oportunidad para trabajar sobre procesos cognitivos y de comportamiento comunes a los tres grupos de síntomas.

También se encontraron correlaciones positivas entre los niveles iniciales de AE EEO-P y EEO-I y las diferencias pre - post en dichas escalas, lo que sugiere que los cambios mayores (> 1 entre los puntajes pre y post) los experimentaron quienes al inicio tenían los síntomas de mayor intensidad (entre el 45 y 60 % de la muestra, según la dimensión considerada), por lo que quienes al inicio tenían un cuadro más severo habrían obtenido la mayor ganancia. No puede descartarse un efecto de regresión a la media, común en los diseños experimentales de medidas repetidas cuando se trabaja con sujetos con puntajes extremos. Para disminuir estos sesgos relacionados con la composición de la muestra se podría usar un diseño experimental que incorpore el nivel inicial de los síntomas como un factor, para evaluar su interacción con el tratamiento, una estrategia similar a la desarrollada en el estudio de Serrano et al. (2016).

Por otro lado, los relatos de los participantes acerca de sus nuevas experiencias de evaluación fueron en términos generales congruentes con las diferencias pre-post y muestran que en algunos casos el aprovechamiento de los recursos en situaciones académicas fue significativo. En otros casos la mejoría fue leve, con síntomas de elevada intensidad persistentes y asociados eventos del contexto que afectaron sus planes y estado anímico. De las respuestas obtenidas se destaca que los recursos más intensamente empleados fueron la relajación mediante respiración, la reestructuración cognitiva y la reorganización de la estrategia de estudio que incluye el manejo del tiempo y la asignación de prioridades en función de lo que en cada asignatura es más relevante y la modalidad de examen oral requiere. Otras técnicas como la metáfora del autobús, la cascada o en ensayo conductual tuvieron menor uso y estuvo limitado a los encuentros grupales donde la guía para realizarlos estaba a cargo de los coordinadores. Podrían incorporarse en futuras experiencias algunos audios para facilitar la práctica guiada en el hogar y por otro lado intensificar la exposición oral durante los encuentros.

Otra limitación a considerar es que el cumplimiento de las tareas entre sesiones dependía de la responsabilidad de cada participante y no se evaluó en forma rigurosa. Solo algunos datos retrospectivos aportados en los cuestionarios de seguimiento permiten describir con qué técnicas la práctica fue más intensiva y a partir de ahí hacer conjeturas sobre su impacto en la sintomatología. En otras palabras, si bien el programa fue similar, la forma en que cada participante fue

apropiándose de los recursos trabajados puede haber sido sumamente variable y esto explicar las diferencias en la ganancia terapéutica.

En síntesis, puede afirmarse que el programa mantuvo sus efectos elevados sobre la AE y mejoró su impacto en las conductas de evitación en comparación con lo informado en algunos estudios previos en los que se evaluó la eficacia de intervenciones similares en sus bases teóricas, encuadre y aspectos técnicos (Furlan, 2013, Furlan et al., 2015). Resulta necesario revisar qué componentes específicos deberían intensificarse para disminuir también la interferencia cognitiva durante el examen.

Subsisten además las dificultades para prevenir la pérdida de participantes durante la intervención o entre ésta y los post-test, que en este caso superó el 50%. La duración del programa, cercana a los tres meses da un margen amplio para que ocurran eventos que modifiquen las prioridades en los participantes y en consecuencia abandonen la experiencia. También ocurre que los últimos encuentros suelen coincidir con semanas en las que los requerimientos académicos se incrementan y en forma correlativa el tiempo a destinar para su cumplimiento, creando un conflicto que lleva a los estudiantes a relegar alguna de las actividades. Finalmente, se debe considerar que en esta última fase de la intervención se realiza la exposición, mediante ensayo conductual de un examen simulado y esto puede ser generador de elevada ansiedad y, en consecuencia, una situación potencialmente evitada.

Podrían probarse intervenciones más breves, con menos componentes o mayor carga horaria por encuentro, pero estas alternativas tampoco están exentas de dificultades potenciales, ya que asimilar cada habilidad trabajada requiere tiempo y práctica.

Otra dificultad se relaciona con la incertidumbre sobre cuándo se podrán obtener datos del post test, ya que el momento en el que los participantes decidan volver a confrontarse con un examen oral puede presentar gran variabilidad y depende de elecciones personales y de características de la institución donde estudian. Es necesario esperar a que la situación ocurra y así poder evaluar su experiencia y estimar si hubo cambios respecto de las anteriores, planteando la necesidad de hacer un seguimiento de varios meses.

Considerando integralmente los hallazgos obtenidos y las limitaciones señaladas, puede afirmarse en consecuencia, que el programa propuesto resulta útil para el logro de los objetivos propuestos, al menos en el corto plazo. Se requieren seguimientos a largo plazo para verificar si las mejoras se mantienen. Por otro lado, se debe considerar que los participantes en su mayoría presentan síntomas comórbidos que indican la presencia de dificultades más profundas y generales, de las cuales la AE y ECEO pueden algunas expresiones más. Debe considerarse también la presencia de trastornos de la personalidad que intervengan como variables moderadoras del efecto de la intervención. No se han evaluado los indicadores compatibles con los mismos en forma sistemática, por lo que no debe descartarse su potencial incidencia. Particularmente, el trastorno evitativo de la personalidad

presenta una alta probabilidad de estar en comorbilidad con la AE y ECEO. En ese sentido, la intervención es una oportunidad para el aumento de la consciencia acerca de la propia vida emocional para los participantes, y si la valoran como provechosa para lograr un mayor entendimiento de sí mismos y algunos cambios favorables, puedan motivarse para continuar luego en otra experiencia psicoterapéutica.

Finalmente, debe seguirse investigando el aporte de sus componentes al proceso de cambio de modo de obtener intervenciones más breves, igualmente eficaces y más eficientes.

Referencias bibliográficas

- Arana, F. G. (2002). Fobia social como problema de alto perfeccionismo: estudio de caso aplicando un tratamiento cognitivo conductual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 191-209.
- Arana, F. y Furlan, L. (2016). Groups of perfectionists, test anxiety, and pre-exam coping in Argentine students. *Personality and Individual Differences*, 90, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.001>
- Badós, A. (2009). *Miedo a hablar en público: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Buchwald, P. y Schwarzer, C. (2003). The exam-specific strategic approach to coping scale and interpersonal resources. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(3), 281-291. <https://doi.org/10.1080/1061580031000095434>
- Caballo, V. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cano, A. F. y Guerrero, I. M. (2009). *Críticas y alternativas a la significación estadística en el contraste de hipótesis*. Madrid, España: La Muralla.
- Cassady, J. C. (2004). The influence of cognitive test anxiety across the learning-testing cycle. *Learning and Instruction*, 14(6), 569-592. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2004.09.002>
- Casullo, M., y Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psykhé*, 10(1), 155-162.
- Cuming, S., Rapee, R. M., Kemp, N., Abbott, M. J., Peters, L. y Gaston J. E. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviours relevant to social anxiety: Development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 879-883. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.05.002>
- Derogatis, L. (1994). SCL-90- R. *Adaptación castellana de la técnica*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Manual. Minnesota. National Computer Systems.
- Elliot, A. J. (2008). Approach and Avoidance Motivation. En, A. J. Elliot (Ed), *Handbook of Approach and Avoidance Motivation* (pp. 4-11). Nueva York, NY: Psychology press. <https://bit.ly/2RXbtkm>
- Ergene, T. (2003). Effective interventions on test anxiety reduction: A meta-analysis. *School Psychology International*, 24, 313-328. <https://doi.org/10.1177%2F01430343030243004>
- Escalona, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1996). La ansiedad ante los exámenes: evolución histórica y aportaciones prácticas para su tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 195-209.
- Eum, K. y Rice, K. G. (2011). Test anxiety, perfectionism, goal orientation, and academic performance. *Anxiety Stress Coping*, 24: 167-178. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.488723>.
- Francisquelo, N. y Furlan, L. (2015). Ansiedad ante los exámenes y rasgos de personalidad en estudiantes universitarios. *Memorias VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, 133-137. Recuperado de: <http://jimemorias.psi.uba.ar/index.aspx?anio=2015>
- Furlan, L. (2013). Eficacia de una Intervención para Disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 75-89. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp>
- Furlan, L., Ferrero, M. J. y Gallart, G. (2014). Ansiedad frente a los exámenes, procrastinación y síntomas mentales en estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(3) 31-39. <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v6.n3.8726>
- Furlan, L., Piemontesi, S., Heredia, D. y Sánchez-Rosas, J. (2015) Ansiedad frente a los Exámenes en estudiantes universitarios: Correlatos y Tratamiento. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(1). 37-53.

- Furlan, L. y Sánchez-Rosas, J. (2018). Evidencias de validez y confiabilidad de una Escala de Evitación Conductual en Exámenes Orales en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.05.001>
- García Higuera, J. A. (2004). *Curso Terapéutico de Aceptación*. Madrid, España: Paradox.
- Gil-Flores, J. (2012). La evaluación del aprendizaje en la universidad según la experiencia de los estudiantes. *Estudios Sobre Educación*, 22, 133-153.
- Goetz, T., Cronjaeger, H., Frenzel, A. C., Ludtke, O. y Hall, N. C. (2010). Academic self-concept and emotion relations: Domain specificity and age effects. *Contemporary Educational Psychology*, 35, 44-58. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2009.10.001>
- Gutiérrez-Calvo, M. (1996). Ansiedad y Deterioro Cognitivo: Incidencia en el Rendimiento académico. *Revista Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 173-194.
- Hoddapp, V. (1991). Das Prüfungsängstlichkeitsinventar TAI-G: Eine erweiterte und modifizierte Version mit vier Komponenten [The Test Anxiety Inventory TAI-G: An expanded and modified version with four components]. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 5, 121-130.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México, México: Prentice Hall.
- Kim, E. J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.11.002>
- Laurin-Barantke, L., Hoyer, J., Fehm, L. y Knappe, S. (2016). Oral but not written test anxiety is related to social anxiety. *World Journal of Psychiatry*, 6(3), 351-357. <http://doi.org/10.5498/wjp.v6.i3.351>
- Macbeth, G., Razumiejczyk, E. y Ledesma, R. D. (2011). Cliff's Delta calculator: A non-parametric effect size program for two groups of observations. *Universitas Psychologica*, 10(2), 545-555.
- Medrano, L. (2012). *Prácticas en Salud Basadas en Evidencias*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Medrano, L. y Moretti, L. (2013). Eficacia de un programa de entrenamiento para disminuir manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes en ingresantes universitarios. *Informes Psicológicos*, 13(1) 41-52.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á. y Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhé*, 22(1), 83-96. <https://bit.ly/32aJwub>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Navas, J. (1989). Ansiedad en la toma de exámenes: algunas explicaciones cognoscitivas - conductuales. *Revista Aprendizaje y Comportamiento*, 7(1), 21-41.
- Pekrun, R. y Perry, R. P. (2014). Control-value theory of achievement emotions. En R. Pekrun y L. Linnenbrink-Garcia (Eds.), *International Handbook of emotions in education* (pp. 120-141). Nueva York, NY: Taylor & Francis.
- Piemontesi, S. y Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 25(1), 102-111.
- Piemontesi, S., Heredia, D. y Furlan, L. (2009). Correlatos de la ansiedad ante los exámenes: una aproximación a la teoría de la reducción en la eficiencia. *Tesis*, 2, 74-86.
- Piemontesi, S., Heredia, D. y Furlan, L. (2012) Propiedades Psicométricas de la versión en español revisada del Inventario Alemán de Ansiedad ante Exámenes (GTAI-AR) en estudiantes argentinos. *Universitas Psychologica*, 11(1), 177-186. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-1.ppve>
- Ramos-Díaz, N., Recondo, O. y Enriquez, H. (2012) *Práctica de la Inteligencia Emocional Plena. Mindfulness para regular las emociones*. Barcelona, España: Kairos.
- Rapee, R. M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 728-31. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.101.4.728>
- Rice, K. G. y Slaney, R. B. (2002). Clusters of perfectionists: Two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 35-47.
- Ringeisen, T. y Buchwald, P. (2010). Test anxiety and positive and negative emotional states during an examination. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 14(4), 431-447.
- Serrano, I., Delgado, J. y Escolar, M. C. (2016). A stress inoculation program to cope with test anxiety: differential efficacy as a function of worry or emotionality. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 3-18. <https://dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.01>
- Siegel, S. y Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta* (4.ª Ed.). México, México: Editorial Trillas.
- Sparfeldt, J. R., Rost, D. H., Baumeister, U. M. y Christ, O. (2013). Test anxiety in written and oral examinations. *Learning and Individual Differences* 24, 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.12.010>

- Valero, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología*, 15(2), 223–231.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1990). Terapia de grupo. En R. Hales, S. Yudofsky y J. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2.ª Ed., pp. 1197-1231). Barcelona, España: Áncora.
- Yaryura, G., Sánchez-Rosas, J. y Furlan, L. (2016). Evitación de Exámenes Orales: Una aproximación hacia su comprensión desde la teoría control - valor de las emociones de logro. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Psiencia*. 9(2), 5-6. Recuperado de: <https://bit.ly/2xFMKI0>
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Zeidner, M. (2007). Test anxiety in educational contexts: Concepts, findings, and future directions. En P. A. Schutz y R. Pekrun (Eds.), *Emotion in education* (pp. 165–184). San Diego, CA: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-012372545-5/50011-3>
- Zimmerman, B., Bonner, S. y Kovach, R. (1996). *Developing self-regulated learners. Beyond achievement to self-efficacy*. Washington, DC: American Psychological Association.

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES: UN MODELO TEÓRICO RELACIONAL

SOLUTION-FOCUSED BRIEF THERAPY: A RELATIONAL THEORETICAL MODEL

Ignacio de la Fuente Blanco

Departamento de Psicología, Universidad de Almería. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1991-7188>

Yolanda Alonso

Departamento de Psicología, Universidad de Almería. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0227-9677>

Raquel Vique

Centro Sinergia Desarrollo y Psicología. Almería, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

De la Fuente Blanco, I., Alonso, Y. y Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico-relacional. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 259-273. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar un modelo para la Terapia Breve Centrada en Soluciones que trata de representar y describir sus principios de forma gráfica y operativa. Tales principios se enmarcan en el pensamiento posmoderno, aunque también encuentren sus raíces en el enfoque sistémico y constructivista como marco teórico. El modelo queda articulado en base a sus características, entre las que destaca especialmente la interacción dialógica entre terapeuta y consultante como elemento clave para el éxito de la terapia. Además, a partir de la definición del continuo problema-solución se formula una hipótesis de ajuste relacional entre consultante y terapeuta que permite pronosticar cómo dicho ajuste incidirá en los posibles resultados de la terapia.

Palabras claves: *Terapia Breve Centrada en Soluciones, posmodernismo, relación dialógica, construccionismo, narrativa.*

Abstract

The aim of this article is to describe a model for Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) which tries to represent its principles in a graphical and operative way. Such principles fit into the postmodern movement, although they also have their roots in the systemic and constructivist approaches as a theoretical framework. The model is built around the features of SFBT, of which the dialogical interaction between therapist and client stands out as a key element for the success of the therapy. In addition, a hypothesis of relational adjustment between client and therapist based on the definition of the "problem-solution" continuum is formulated, which allows to predict how this adjustment will affect the possible therapeutic outcomes.

Keywords: *Solution-Focused Brief Therapy, postmodernism, dialogical relationship, constructionism, narrative.*

Fecha de recepción: 13/03/2019. Fecha de aceptación v1: 14/04/2019. Fecha de aceptación v2: 04/06/2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: ldb470@inlumine.ual.es

Dirección postal: Ignacio de la Fuente. C/ Doctor Carracido 15 8ºA 04005 Almería, España

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) se encuadra entre las llamadas terapias posmodernas o postestructurales junto con la terapia narrativa de White y Epston (1993) la terapia colaborativa de Anderson (Sáez, 2006; Schaefer, 2014). Este encuadre representa un cambio de paradigma en la relación terapéutica caracterizada en términos dialógicos y en la cual la fuerza del cambio emerge de la construcción de significados entre terapeuta y cliente (Anderson, 2007).

El movimiento posmoderno, alentado en la psicoterapia por distintos autores (Gergen, Hoffman y Anderson, 1996), entiende que la globalización está generando una nueva conciencia social caracterizada por el valor de la acción individual, el reconocimiento de la multiculturalidad, la defensa de los valores democráticos o la importancia de la cooperación y el apoyo comunitario. Es precisamente el acceso universal a la información y a la comunicación, gracias al avance tecnológico, el que se erige como garante de un “multiverso” social en permanente cambio (Lyotard, 1999).

El significado de este proceso hunde sus raíces en la cultura de los dos últimos siglos. Representa el fin de una forma unitaria de entender la historia y al hombre mismo, ya vaticinado por filósofos como Nietzsche o Heidegger, pero resultado de la confluencia de múltiples procesos históricos, científicos y culturales (Vattimo, 1985). El siglo XX vio como el sentido de la realidad basado en la razón ilustrada comenzaba a perder fuerza y a ser cuestionado por el avance de las disciplinas científicas —especialmente la física y las matemáticas—, las escuelas filosóficas y los movimientos artísticos (Gabás y Hirschberger, 2015; Vattimo, 1995). En psicología, el psicoanálisis de Freud, genuinamente posmoderno sin saberlo —dado su carácter interpretativo y narrativo—, dejaba de lado la racionalidad para descubrir las voces escondidas de la mente y trataba de darles explicación mediante estructuras hipotéticas que su autor estableció como teoría psicológica (Kriz y Etcheverry, 1990). Sus teorías nunca fueron del agrado de la emergente psicología experimental, ya que la dificultad para fundamentarlas empíricamente situaba las terapias psicodinámicas lejos de las tendencias dominantes de la ciencia y la mecánica positivista (Eysenck, 2017; Grünbaum, 1986; Popper, 1986). Sin embargo, su voz propia sedujo a generaciones de estudiosos y de personas en busca de ayuda psicológica y dio como fruto un conjunto interesante de teorías y principios que han seguido evolucionando hasta la actualidad (Hornstein, 2013).

Así, mientras la psicología conductista centraba sus esfuerzos en la investigación experimental, la vocación terapéutica toda bebía, en mayor o menor medida, de la fuente psicoanalítica como forma de dar cauce a su librepensamiento. A pesar de la disciplina ortodoxa de la Sociedad Psicoanalítica de la época, impuesta por el propio Freud, crecieron con no menos fuerza todo tipo de figuras y fisuras disidentes en su propio seno, a cuál más poderosa (Aritio, 1981; Roazen y da Silva Dantas, 1978).

Coherente con este devenir de la psicoterapia, los creadores de la TBCS solo

tenían conciencia parcial del carácter posmoderno de sus innovaciones terapéuticas, sintiéndose más cercanos a figuras representativas de la encrucijada de la filosofía contemporánea o del psicoanálisis, como Wittgenstein o Sullivan (De Shazer, 1999; Lipchik, 2004). El propio Steve de Shazer, figura principal del grupo creador de la TCS, se consideraba a sí mismo deudor de Milton Erickson (De Shazer, 1986), figura personalísima ligada a la Escuela de Palo Alto, creadora del enfoque estratégico en terapia sistémica.

La TBCS ha preferido volcarse en su vertiente aplicada y filtrarse en muchos campos de la ayuda a personas en lugar de establecer un control férreo sobre sus principios, que le habría ayudado a delimitar un espacio propio (Beyebach, 2014). Los ámbitos de aplicación han sido muy diversos, desde la orientación escolar hasta el *consulting* empresarial, pasando por el trabajo social, la enfermería o la protección de menores. Estos desarrollos son consecuencia del método de trabajo y el enfoque pragmático de la propia escuela de Milwaukee “creadora de la TBCS”, ocupada sobre todo en resolver los problemas de sus clientes y descubrir qué estrategias funcionaban y cuáles no, siendo, en este sentido, un modelo de terapia basado en la evidencia (Trepper, Dolan, McCollum y Nelson, 2006).

No obstante, con el paso del tiempo y el éxito obtenido, diversos autores han dirigido sus esfuerzos a crear una base empírica que respalde sus principios a través de estudios de resultados y procesos, meta-análisis e, incluso, estudios de laboratorio (Beyebach, 1999; Estrada, Beyebach y Herrero de Vega, 2006). Es posible que esta tendencia empirista no coincida plenamente con el espíritu pragmático de la TBCS, no necesitado de demostraciones ulteriores, pero sí conecta con su espíritu de búsqueda y su talante abierto y plural en el más puro estilo posmoderno (Gergen y Warhus, 2001).

Desde comienzos del presente siglo asistimos a un cierto movimiento convergente en psicoterapia que desde visiones incluso radicalmente diferentes parece necesitar un terreno común sobre el que conjeturar e investigar sobre del proceso terapéutico (Alonso, 2012). Tal vez no sea un hecho explícito, pero para el investigador y observador imparcial dicho acercamiento existe y eso es lo que importa. Aunque esté cobrando fuerza ahora, la inquietud por entender los factores comunes en psicoterapia se remonta a trabajos ya clásicos como los de Frank (1961) o Bordin (1979). Las impresiones generales al respecto serían destacar la importancia del contexto (Bugatti y Boswell, 2016; Gelso y Kanninen, 2017; Muñoz-Martínez y Coletti, 2015), la narrativa del cliente (Levitt, Pomerville y Surace, 2016; Montesano, 2012), la interculturalidad (Bacigalupe, 2003; Bedi, 2018), los valores (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006; Wong, 2013), la creación de significados (Coale, 1992; Gordon, 2009), la relación horizontal entre terapeuta y consultante (Borelli et al., 2018; Goldstein, 2017; Safran y Muran, 2005) y el diagnóstico queda en entredicho, al menos, como instrumento para el etiquetado de personas (Cartwright, Lasser y Gottlieb, 2017; Klimstra y Denissen, 2017; Pearl, Forgeard, Rifkin, Beard, y Björqvinnsson, 2017).

Estos postulados podrían valer para la TBCS, y para la nueva ola de la psicología positiva, las terapias contextuales de tercera generación, la terapia Gestalt y para el resto de las terapias posmodernas. Es posible que cada escuela haga un uso particular de dichos conceptos conforme a su tradición y a los elementos teóricos que maneja, pero muchas veces no sería, en nuestra opinión, una distancia mayor que la mostrada entre profesionales de una misma escuela, habida cuenta del talante y la propia experiencia.

Un modelo para la TBCS

Los principios que sustentan la TBCS han sido recopilados ampliamente por distintos autores (De Shazer et al., 1986; Lipchik, 2004; O'Connell, 2005) así como sus resultados (Franklin, Trepper, McCollum y Gingerich, 2011). Sin embargo, nadie ha elaborado hasta ahora un modelo explicativo que describa el proceso terapéutico que de ellos se deriva. Puede ser pertinente hacerlo en tanto en cuanto el modelo articula los principios referidos y los transforma en elementos operativos de la terapia, creando así una imagen más clara de cómo actúan. El modelo que presentamos (Figura 1) no recoge las herramientas de entrevista desarrolladas por la propia terapia pues son técnicas específicas desarrolladas por sus creadores. Nos referimos en concreto al trabajo con excepciones, la pregunta por el milagro, las preguntas de escala, el elogio, las fortalezas y las proyecciones de futuro, consideradas todas ellas como técnicas de entrevista (Beyebach, 1999; Beyebach y de Vega, 2016; Lipchik y de Shazer, 1986).

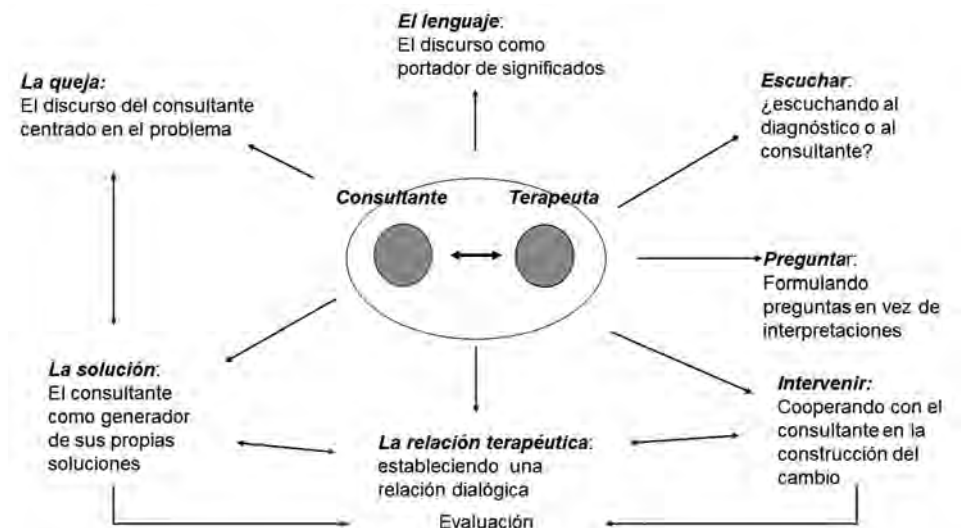


Figura 1. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

El modelo es fiel a la realidad del acto terapéutico pues son los espacios vacíos, ocupados por los propios sujetos construyendo una relación dialógica, los que garantizan su funcionalidad. Es en este marco epistemológico de construcción y creación de espacios donde se mueve la TBCS, y éste no es otro que el constructivismo en un sentido amplio (Feixas y Villegas, 2000).

En el modelo, consultante y terapeuta quedan enmarcados dentro de su propia relación dialógica que construyen mediante un proceso de ajuste. En ella, el consultante se erige como protagonista de la terapia y es el generador de sus propias soluciones gracias al intercambio terapéutico. El terapeuta apoya el proceso desde la apertura de una escucha activa, respetando la narrativa del consultante y formulando preguntas centradas en soluciones sin añadir interpretaciones. La intervención promueve la búsqueda de soluciones y el terapeuta propone tareas que refuercen y amplíen las soluciones emergentes, animando a la persona a alcanzar sus metas. La evaluación es un proceso continuado que toma como referencia los cambios mínimos que la terapia genera.

Más adelante, y tras haber analizado los elementos del modelo, se presentarán dos hipótesis (Figuras 2 y 3) surgidas a partir del modelo. La primera ofrece un esquema para el continuo *problema – solución*, y la segunda, derivada de la primera, representa el ajuste entre consultante y terapeuta como resultado de su interrelación, dependiendo de dónde se sitúe cada uno en ese continuo.

Análisis del modelo

La relación dialógica entre consultante y terapeuta

La particular relación consultante-terapeuta ocupa el lugar central del modelo, en detrimento de la queja o motivo de consulta, centro de atención o eje en los modelos basados en el diagnóstico, tanto estructurales como funcionales. De Shazer lo expresa con perplejidad cuando se hace eco del descubrimiento:

“Lo que observamos era tan simple y evidente y tan fácil de ver, puesto que estaba directamente en la superficie y había estado desde tanto tiempo antes al alcance de cualquier observador; sin embargo, había permanecido oculto en virtud de la objetividad de la ciencia moderna. Vimos a un terapeuta que hablaba con su paciente”. (De Shazer, 1999, p. 19).

Este es el punto de partida de la TBCS: colocar en el primer plano con naturalidad que la labor del psicólogo, su responsabilidad, se enmarca en una relación humana entre iguales que incluso puede gozar de una mayor simetría que otras relaciones sociales, pues es una relación no dada que se puede construir (Anderson, 1997).

Como señalábamos más arriba, la TBCS ha desarrollado toda una batería de procedimientos que han acaparado casi toda la atención de los estudiosos de la terapia a la hora de explicar en qué consiste. El pragmatismo de los procedimientos frente al espíritu más abstracto de sus principios ha sufrido un proceso dialéctico

resuelto en favor de los primeros, llegando a convertirse en recursos aplicables de forma independiente del modelo de partida. Entendemos que solo dentro del marco de esta relación colaborativa consultante-terapeuta (Gergen y Warhus, 2001) se dota de sentido pleno la aplicación de las técnicas de entrevista.

El discurso como portador de significados

Para la TBCS, en una conversación entre consultante y terapeuta no solo hay intercambio de información sino también construcción de significados. De no ser así, no podría consumarse un proceso de transformación. El significado no se ubica en la mente individual, sino que emerge del intercambio relacional mismo. Este hecho puede pasar desapercibido como simple matiz o, por el contrario, suponer una revolución en la manera de entender el abordaje terapéutico (Gergen y Warhus, 2001). La TBCS opta por anteponer el significado subjetivo a cualquier tipo de conocimiento previo de carácter instrumental, pues la acción terapéutica se construye sobre la comunicación, y cualquier elemento ajeno que suplante su lugar no hace sino poner la relación en un segundo plano. Los conocimientos necesarios para alcanzar los objetivos de la terapia emergen, por tanto, de la relación dialógica entre consultante y terapeuta (Anderson, 1997, 2007).

¿Escuchando al diagnóstico o al consultante?

En la elección de lo escuchado, los caminos de una terapia centrada en soluciones se separan de otras maneras de hacer terapia *centradas en el problema* para las cuales el proceso de definición (esto es, de evaluación y diagnóstico) es el acto principal que debe realizar el terapeuta al comienzo (Ezama, Fontanil y Alonso, 2017; Gergen et al., 1996). Éstos últimos autores se preguntan:

“¿Por qué deberíamos aceptar el proceso de definición como una característica principal de la terapia? [...] Podríamos desarrollar la convicción alternativa de que no es esencial al proceso de terapia y que la eficacia terapéutica no depende de ubicar a los clientes dentro de un conjunto de categorías predeterminadas y públicamente reconocidas”. (Gergen et al., 1996, p. 112, traducción propia).

Cuando se renuncia al diagnóstico como instrumento mediador en la relación terapéutica, la escucha del terapeuta se transforma y adquiere nuevas características (Alonso, Ezama y Fontanil, 2014). El discurso del consultante se enmarca en un vacío inevitable formado por nuestro desconocimiento de él y también por la ausencia de relación previa, algo que sólo cambia a medida que ésta se desarrolla en el tiempo. Los oídos que escuchan en una primera sesión no son los mismos transcurridas unas semanas. Ahora se apoyan en conocimientos contruidos, resultado de la conversación dialógica y de los efectos que ésta tiene tanto en el terapeuta como en el consultante. El oído que escucha por primera vez puede verse invadido por pensamientos intrusivos fácilmente calificables de *conocimientos*, cuya función sería la de llenar ese vacío entre la persona y nosotros mismos.

Para la mayoría de las escuelas de terapia psicológica, una de las funciones más importantes del terapeuta es *interpretar* o *hipotetizar* lo que le pasa al cliente, es decir, traducir a un lenguaje más o menos técnico el motivo de la consulta con objeto de justificar una intervención o prescribir un tratamiento. La necesidad de acudir a elementos externos a la relación, desde el diagnóstico a las técnicas de entrevista, parece inevitable. Sin embargo, la perspectiva construccionista entiende que la escucha activa, o como dice Anderson (2001) “escuchar para oír” lo que el consultante tiene que decirnos, es la base de la intervención del terapeuta y lo que permite que se ponga en marcha la capacidad transformativa del diálogo.

El discurso del consultante centrado en el problema

La razón de ser de una terapia es el malestar de la persona. Por tanto, una gran parte del material que nos ofrecen las sesiones es el correspondiente al propio enfoque del cliente centrado en el problema. Su historia, datos biográficos o relaciones familiares forman un todo con el problema expresado a través de su personal narrativa, o dicho de otro modo, su propia “teoría clínica”. Viene a consulta porque en mayor o menor medida su vida está *atascada* en torno a un problema y nos pide ayuda para salir de ahí. Hablamos de “centrado en el problema” o “centrado en la solución” como una descripción de la actitud con la que abordan, tanto consultante como terapeuta, aquello que les ha reunido. Es en dicho encuentro donde se genera un proceso dialéctico que muestra el movimiento emocional, cognitivo y actuario del consultante, así como de la relación jerárquica de los elementos en su contexto, y que pueden transformarse en cualquier momento a lo largo de la sesión.

Por lo tanto, en lugar del referido proceso de definición, la TBCS opta por aceptar sin condiciones la narrativa del consultante, esté o no centrada en el problema, y le propone ahondar en sus significados de manera colaborativa para orientarse hacia los objetivos propuestos en la terapia. El papel del terapeuta es fundamental en este proceso y está claramente enraizado en la tradición rogeriana (Anderson, 2001).

Formulando preguntas en vez de interpretaciones

La construcción de preguntas es tal vez el elemento más diferenciador de la TBCS respecto a otros enfoques relacionados, y por ello recibe una atención particular dentro del presente análisis. El modelo de construcción de soluciones elaborado por el grupo de Milwaukee partía de un estudio exhaustivo de cómo los consultantes construían la queja (el problema) en el ámbito del lenguaje. Esta construcción diferenciaba distintos aspectos de la queja, a partir de los cuales se construía un mapa (De Shazer, 1986).

Aunque De Shazer subraya la ausencia de una relación de dependencia entre la construcción de las intervenciones y estos elementos, en la práctica parece ligarlos de un modo heurístico. En el modelo que proponemos, quien establece el

punto entre los dominios del problema y las soluciones son las preguntas que formula el terapeuta. Lo interesante de esta cuestión es que la investigación sobre la construcción de preguntas terminó aportando mucha información sobre cómo los consultantes construían sus propias soluciones. Muchas de estas preguntas se convirtieron en verdaderas fórmulas y de paso se erigieron en las señas de identidad de la terapia.

La triada *construcción de la queja/pregunta/solución* es, tal y como lo expone De Shazer (1986), un modelo destacadamente empírico. En realidad, todo el proceso podría haber sido estandarizado mediante herramientas de medida, entrando así la TBCS a formar parte del grupo de las llamadas terapias basadas en la evidencia. Sin embargo, los objetivos abiertamente pragmáticos del grupo de Milwaukee junto a los presupuestos epistemológicos, que priorizaban otros valores por delante de los puramente empíricos, impidieron que se abordase tal proyecto. Sin embargo, si estudiamos más detenidamente la función que cumplen las preguntas en la construcción de soluciones, veremos que ésta se enmarca dentro una perspectiva relacional y no empírica.

La TBCS entiende que cada problema está sometido a un encuadre que actúa como filtro y determina qué significados son atribuidos al problema y cuáles no. Es mediante el diálogo colaborativo entre consultante y terapeuta como se puede abordar, y en su caso poner en duda, la validez de tal encuadre. Este cuestionamiento abre el acceso a significados alternativos a partir de los que la persona crea sus propias soluciones o *re-conoce* las que ya tenía disponibles. De Shazer considera esto una labor importante del terapeuta, y las preguntas centradas en soluciones son una herramienta concebida para ello (De Shazer, 1986).

Pero la intervención del terapeuta va más allá del arte de formular preguntas. El enfoque relacional invita a un despliegue de libertad en la intervención, animado por el valor heurístico del modelo. Desde un enfoque colaborativo, el terapeuta puede expresar abiertamente su punto de vista porque no lo impone, o modificarlo según avanza la terapia como resultado de su propia comprensión. Esto muestra la paridad de la relación que comparten terapeuta y consultante, aunque evidentemente participen en ella desde un lugar diferente.

Este enfoque se apoya implícitamente en la asunción de que la intervención del terapeuta en ningún caso puede ser no-directiva o neutral respecto al discurso del consultante, que interactuar es influir y que, por lo tanto, la única alternativa posible es ser consciente de ello y plantearse la manera más respetuosa de hacerlo (Bavelas, McGee, Phillips y Routledge, 2000). Desde una posición colaborativa, el terapeuta de la TBCS formula sus intervenciones desde la intersección de su preparación personal como terapeuta y su inescapable subjetividad como persona, pues de otra manera el enfoque interpersonal de la comunicación quedaría dañado.

El consultante como generador de sus propias soluciones

La TBCS propone que desintoxiquemos nuestros oídos de problemas y los orientemos a la escucha de las soluciones que el propio consultante, de alguna forma, ya ha puesto en marcha (Beyebach, 2006). El propio enfoque centrado en soluciones del consultante puede estar diseminado en su discurso de manera que probablemente pase desapercibido para un oído con el hábito de escuchar problemas. Ese enfoque puede quedar resumido en una sola frase, que tal vez aparezca en la conversación en cualquier momento de cualquier sesión. Si de manera inopinada apareciera el primer día y al comienzo de la sesión, esta aparición precoz impediría captar su relevancia tanto para la persona como para el terapeuta, porque es *el contexto que está por venir* lo que le dará su auténtico lugar y sentido. Pero el proceso de adquisición de nuevos significados, marcado por la relación dialógica, se muestra, por alguna razón, muy ligado a la brevedad de la terapia. Es la función de *agente* del consultante la que en última instancia promueve el cambio y aunque la transformación requiera tiempo, la acción propositiva del consultante en muchos casos reduce drásticamente la duración de la terapia.

Visto así, formular soluciones puede requerir un espacio muy pequeño. Pero el proceso comunicacional emplea tiempo y energía para dar sus frutos. Las soluciones van emergiendo del discurso compartido a medida que terapeuta y consultante confluyen en la relación terapéutica. No son el resultado de un dictamen profesional cuya elaboración se limitase a escudriñar el lenguaje del cliente. Desde la perspectiva relacional, el discurso centrado en el problema del consultante no solo contiene *excepciones* que darán lugar a la formulación de soluciones, sino que, además, expresa el esfuerzo de la persona para salir del problema. Estas *soluciones intentadas* (concepto con el que la terapia breve se refiere a todo aquello que previamente ha hecho el consultante sin resultado), contienen todo aquello que potencialmente ha aprendido el sujeto con sus reiterados fracasos y son una aportación inestimable también para la formulación de soluciones.

Cooperando con el consultante en la construcción del cambio mínimo

A diferencia de las terapias de tipo cognitivo-conductual, en las que se intenta desplegar un aparato de recursos y técnicas para alcanzar los objetivos de la terapia, la TBCS no aspira sino a provocar un cambio mínimo identificable en la situación que la persona trae a consulta. En este sentido, esta terapia ha sido caracterizada de “minimalista” (Lipchik, 2004). La idea de cambio mínimo es una revolución para el pensamiento terapéutico porque presupone una aceptación positiva de la propia persona y su situación, no como recurso estratégico para el cambio sino como manera de entender al ser humano como totalidad. En este sentido, la TBCS coincide con la visión de la *psicología positiva 2.0* (Wong, 2011), pero lo que en esta es propósito —integrar los aspectos positivos y negativos del ser humano en un modelo psicológico—, en la TBCS se daría como presupuesto básico o punto de partida.

Aceptar que tenemos que hacer cambios mínimos para alcanzar nuestras metas es desafiar la narrativa negativista y centrada en el diagnóstico o en el problema, y reconocer implícitamente que tal vez seamos mucho mejor de lo que creemos. Que no debemos distanciarnos mucho de lo que somos para volver a sentirnos felices y que la perspectiva de los grandes cambios conlleva una elevada carga de desamor alojada en la propia aspiración de cambiar.

Cambio: alcanzar las metas propuestas

La finalidad de la TBCS no es la de cambiar al consultante sino la de ayudarlo a alcanzar sus metas. Llega de forma voluntaria y se marcha de forma voluntaria cuando comprende que ha conseguido su propósito o en algún momento intermedio de su camino hacia él. Es de todo punto imposible evaluar el efecto a largo plazo de la buena comunicación. Lo que al terapeuta podría parecerle del todo insuficiente bajo otra perspectiva, en la TBCS resulta el inicio prometedor de un cambio en el que la persona es más dueña de sí misma y confía más en su capacidad para modificar sus propias circunstancias sin ayuda de un profesional.

Hipótesis de continuo problema-solución

Se podría decir que, más que la terapia, lo que puede estar centrado en soluciones o en problemas es el propio discurso del terapeuta, que es como decir su manera de estar, pensar e intervenir (su manera de *ser* terapeuta). Al mismo tiempo, el discurso del propio consultante refleja también esta polaridad, de manera que el encuentro entre ambas personas es el encuentro de dos discursos situados en algún punto de su propio continuo.

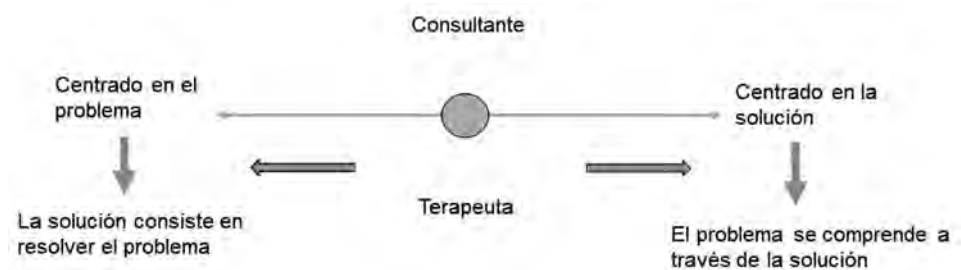


Figura 2. Modelo de continuo problema-solución.

La cuestión de si centrándonos en el problema nos estamos alejando de la solución, como propone la TBCS, parece un poco opaca a primera vista y se resiste a la lógica del sentido común. Todo parece indicar que, si queremos hallar soluciones para un problema, lo indicado es conocer muy bien el problema. Pero la aplicación de un modelo de pensamiento lineal a la hora de resolver los problemas psicológicos (problema ?! solución) se muestra claramente insuficiente. Si decimos que centrándonos en el problema nos alejamos de la solución es porque creemos que

la solución puede perfectamente estar y encontrarse fuera del problema, tener una existencia independiente que puede no estar vinculada al problema en absoluto, y es por tanto el punto del horizonte al que debemos dirigirnos (De Shazer, 1986) sin tener que pasar por ninguna ruta predeterminada.

Tipos de interrelación dialógica

Disgregando el continuo anterior por participantes en la terapia (terapeuta y cliente) y combinándolos, extraemos un modelo dinámico que caracteriza su modo de relación, procedente de algún punto del continuo respectivo y que se define por su intersección en uno u otro cuadrante, tal y como si de una función se tratase. En el cuadrante superior derecho los esfuerzos de ambos se orientan hacia la solución, y es de suponer que la terapia será eficaz. En el cuadrante inferior derecho los esfuerzos del cliente podrían ser interpretados por parte del terapeuta como resistencias o maneras de escapar del problema y en consecuencia ser desestimados. En el cuadrante superior izquierdo la actitud resolutoria del terapeuta generaría tensión en el cliente y podría dar como resultado el abandono de la terapia. El cuadrante inferior izquierdo es lo que podríamos denominar “contubernio terapéutico”, dado que los dos se alían para permanecer en el problema y hacer de éste una forma de vida (Haley, 1990).



Figura 3. Representación de la interrelación dialógica.

Hay que decir que este proceso de ajuste puede tener lugar a lo largo de toda la terapia o durante una sola sesión y que las posiciones respectivas pueden cambiar en la medida en que se transforman los lenguajes con el único límite que imponga la rigidez de sus criterios, llámeselas creencias, convicciones o conocimiento. La TBCS se basa, por lo tanto, en un desplazamiento hacia el cuadrante de las soluciones, pero mediante un proceso paulatino de ajuste (Beyebach, 2006).

Si la persona está más centrada en el problema, lo tiene muy elaborado, ha

intentado soluciones sin resultado y se identifica mucho con él, tal vez necesite más tiempo para cambiar hacia una perspectiva centrada en soluciones y, por lo tanto, el terapeuta necesite establecer una relación de confianza más estrecha que permita conducirlo hacia la búsqueda de soluciones sin mucho sobresalto. En el otro polo, la persona puede estar buscando ya una solución y las aportaciones del terapeuta encajar perfectamente en sus expectativas.

Como decíamos anteriormente, la TBCS contempla las soluciones que ya están recogidas en el discurso del cliente, muchas veces desconectadas o no reconocidas, de manera que la misión del terapeuta es destacar la solución sobre el fondo de la narración del problema. Prestando atención a la solución, a ser posible sin añadir nada más, el problema cederá su protagonismo funcional. Centrarnos en el problema no lleva sino a diferir la solución o incluso a eludirla (Bannink, 2010). De la misma manera que pensamos que la solución está implícita en el problema, la TBCS opinaría justo lo contrario, que el problema está implícito en la solución y que por lo tanto no hay que entenderlo sino desde ésta.

Discusión y conclusiones

El presente artículo expone un modelo para la terapia centrada en soluciones elaborado desde una perspectiva construccionista. Desde sus inicios, la TBCS ha generado una extensa literatura dedicada a operativizar los principios inspiradores de esta terapia hasta el punto de correr el riesgo de ocultarlos detrás de sus propias herramientas terapéuticas. Si bien esta tendencia ha cumplido una de las finalidades de la TBCS, a saber, encontrar fórmulas para ayudar a las personas, también puede terminar abandonándola en la superficie de su propio modelo. Que los principios no sean olvidados es una garantía de renovación constante y de no reducirse a un manual de recursos para terapeutas nóveles, por mucho que, dicho sea de paso, tenga mucha utilidad. Al describir el modelo hemos tenido en cuenta las principales acciones que tienen lugar en la sesión de terapia, ya que de esta manera pretendemos subrayar el sentido de nuestras intervenciones. La reflexión sobre cada elemento no termina aquí, sino que remite a un debate más amplio en torno a aspectos comunes a las diferentes prácticas psicoterapéuticas. Por nuestra parte, aportamos un diseño de modelo de ajuste en la relación entre consultante y terapeuta a partir del continuo problema-solución, dada la importancia que centrarse en las soluciones tiene para este enfoque.

Es importante señalar que, aunque se trata de un modelo cognoscitivo, hay que entenderlo desde la perspectiva construccionista. Es el propio lector quien añadiendo sus propios significados podrá completar los contenidos que faltan, remitiéndose a su propia experiencia terapéutica en su dimensión más personal. Por ello, invita a salir por un momento de la protección del propio marco teórico y analizar la realidad del hecho relacional en sí mismo. En este sentido, implícitamente formula la pregunta de cuáles son los verdaderos saberes del terapeuta si abandona su posición de experto mientras atiende las demandas de su consultante. Observamos

que una y otra vez estos saberes se van revistiendo de nuevas formas de conocimiento que reavivan las viejas jerarquías y tienden a alejarnos de nuestro punto de partida. Con la vista puesta en nuevas investigaciones, contemplamos la cuestión del diálogo que el terapeuta sostiene consigo mismo mientras mantiene el diálogo con su consultante, como terreno prometedor para el descubrimiento de claves que ayuden a regular el proceso terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Alonso, Y. (2012). *Psicología clínica y psicoterapias. Cómo orientarse en la jungla clínica*. Almería, España: Universidad de Almería.
- Alonso, Y., Ezama, E. y Fontanil, Y. (2014). Pasos hacia una psicopatología de las estrategias. *Mosaico*, 59, 125-133.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person centred therapies: What would Carl Rogers say? *Journal of family therapy*, 23(4), 339-360. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00189>
- Anderson, H. (2007). A postmodern umbrella: Language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp. 7-19). Nueva York, NY: Routledge/Taylor y Francis.
- Aritio, F. A. B. (1981). Hacia una historia del psicoanálisis. *Estudios de Psicología*, 8, 116-132. <https://doi.org/10.1080/02109395.1981.10821283>
- Bacigalupe, G. (2003). La terapia colaborativa como una práctica intercultural y poscolonial. *Terapia y Familia*, 16(2), 25-37.
- Bannink, F. (2010). *1001 solution-focused questions: Handbook for solution-focused interviewing*. Nueva York, NY: Norton.
- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B. y Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, 11(1), 47-66.
- Bedi, R. P. (2018). Racial, ethnic, cultural, and national disparities in counseling and psychotherapy outcome are inevitable but eliminating global mental health disparities with indigenous healing is not. *Archives of Scientific Psychology*, 6(1), 96-104. <https://doi.org/10.1037/arc0000047>
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En J. Navarro, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 211-245). Salamanca, España: Amarú.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona, España: Herder.
- Beyebach, M. (2014). La terapia familiar breve centrada en soluciones. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Beyebach, M. y de Vega, M. H. (2016). *200 tareas en terapia breve: 2a edición*. Barcelona, España: Herder.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>
- Borelli, J. L., Sohn, L., Wang, B. A., Hong, K., DeCoste, C. y Suchman, N. E. (2018). Therapist-client language matching: Initial promise as a measure of therapist-client relationship quality. *Psychoanalytic Psychology*, 36(1), 9-18. <https://doi.org/10.1037/pap0000177>
- Bugatti, M. y Boswell, J. F. (2016). Clinical errors as a lack of context responsiveness. *Psychotherapy*, 53(3), 262-267. <https://doi.org/10.1037/pst0000080>
- Cartwright, J., Lasser, J. y Gottlieb, M. C. (2017). To code or not to code: Some ethical conflicts in diagnosing children. *Practice Innovations*, 2(4), 195-206. <https://doi.org/10.1037/pri0000053>
- Coale, H. W. (1992). Costume and pretend identities: A constructivist's use of experiences to co-create meanings with clients in therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 11(1), 45-55. <https://bit.ly/2JcPQd8>
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona, España: Paidós.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona, España: Gedisa.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E. V. E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family process*, 25(2), 207-221. <https://bit.ly/32dOOW2>

- Estrada, B., Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 33-41.
- Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2017). Strategies and dysfunctions. Proposal for a systemic psychopathology. *Human Systems, The Journal of Therapy, Consultation y Training*, 28(3), 371-387.
- Eysenck, H. (2017). *Decline and fall of the Freudian empire*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª ed.)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Oxford, Reino Unido: Johns Hopkins University Press.
- Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E. y Gingerich, W. J. (2011). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Gabás, R. y Hirschberger, J. (2015). *Historia de la filosofía III: Filosofía del siglo XX*. Barcelona, España: Herder.
- Gelso, C. J. y Kanninen, K. M. (2017). Understandings and misunderstandings about neutrality in an empathic context: Reply to Wachtel (2017) and Goldman (2017). *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(3), 359-364. <https://doi.org/10.1037/int0000098>
- Gergen, K. J., Hoffman, L. y Anderson, H. (1996). Is diagnosis a disaster? A constructionist dialogue. En F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns; handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 102-118). Oxford, Reino Unido: John Wiley y Sons.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1), 11-27.
- Goldstein, S. E. (2017). Reflexivity in narrative research: Accessing meaning through the participant-researcher relationship. *Qualitative Psychology*, 4(2), 149-164. <http://dx.doi.org/10.1037/qup0000035>
- Gordon, C. (2009). *Making meanings, creating family: intertextuality and framing in family interaction*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Grünbaum, A. (1986). Précis of the foundations of psychoanalysis: A philosophical critique. *Behavioral and Brain Sciences*, 9(2), 217-228. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00022287>
- Haley, J. (1990). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas* (pp. 27-43). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis. Subjetividad y vida cotidiana*. México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Klimstra, T. A. y Denissen, J. J. A. (2017). A theoretical framework for the associations between identity and psychopathology. *Developmental Psychology*, 53(11), 2052-2065. <https://doi.org/10.1037/dev0000356>
- Kriz, J. y Etcheverry, J. L. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Levitt, H. M., Pomerville, A. y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Lipchik, E. y de Shazer, S. (1986). The purposeful interview. *Journal of strategic and systemic therapies*, 5(1-2), 88-99. <https://doi.org/10.1521/jsst.1986.5.1-2.88>
- Lyotard, J. F. (1999). The postmodern condition. *Modernity: Critical Concepts*, 4, 161-177.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia*, 89(13), 5-50. Recuperado de: <https://bit.ly/2xFJhct>
- Muñoz-Martínez, A. M. y Coletti, J. P. (2015). La psicoterapia analítico funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 43-48.
- O'Connell, B. (2005). *Solution-focused therapy*. Londres, España: Sage.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20. Recuperado de: <https://bit.ly/2XL709X>
- Pearl, R. L., Forgeard, M. J. C., Rifkin, L., Beard, C. y Björgvinsson, T. (2017). Internalized stigma of mental illness: Changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health*, 2(1), 2-15. <https://bit.ly/2xCWP8x>
- Popper, K. (1986). Predicting overt behavior versus predicting hidden states. *Behavioral and Brain Sciences*, 9(2), 254-255. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00022548>
- Roazen, P. y da Silva Dantas, P. (1978). *Freud y sus discípulos*. Madrid, España: Alianza.
- Sáez, M. T. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532.

- Safran, J. y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Schaefer, H. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52(3), 177-184. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-922720140003000005>
- Trepper, T. S., Dolan, Y., McCollum, E. E. y Nelson, T. (2006). Steve De Shazer and the future of solution focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 133-139. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01595.x>
- Vattimo, G. (1985). *Las aventuras de la diferencia: pensar después de Nietzsche y Heidegger*. Barcelona, España: Península.
- Vattimo, G. (1995). *El fin de la modernidad*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Wong, P. T. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52(2), 69-81. <https://doi.org/10.1037/a0022511>
- Wong, P. T. (2013). *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*. Nueva York, NY: Routledge.

MODELO PSICOTERAPÉUTICO COMPLEJO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HOMOFOBIA INTERNALIZADA

COMPLEX PSYCHOTHERAPEUTIC MODEL FOR ASSESSMENT AND TREATMENT OF THE INTERNALIZED HOMOPHOBIA

Daniel Marcelo Rzonczinski

Multiversidad Mundo Real Edgar Morin de México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5176-0662>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rzonczinski, D. M. (2019). Modelo Psicoterapéutico Complejo para el Diagnóstico y Tratamiento de la Homofobia Internalizada. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 275-292. <https://doi.org/10.3389/rdp.v30i113.273>

Resumen

En este artículo se describe la construcción y puesta en práctica de un modelo complejo psicoterapéutico para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y otras sexualidades) – fobia internalizada. A su vez, se ha considerado a la LGBT+ fobia social como un fenómeno de naturaleza compleja y multidimensional, siendo la LGBT+ fobia internalizada una de sus dimensiones y un desorden, que afecta la subjetividad de los sujetos que la sufren. A su vez, La LGBT+ fobia social es entendida en este trabajo como un fenómeno complejo que presenta las dimensiones personal, interpersonal, institucional, cultural, política, social e histórica. Finalmente, el modelo de tratamiento propuesto en este artículo, es una construcción, producto del diálogo entre la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ considerada como marco multipsicoterapéutico, en su versión narrativa, es decir, siguiendo los principios de la psicoterapia narrativa, basada en el pensamiento de Foucault.

Palabras clave: *modelo complejo psicoterapéutico, LGBT+ fobia, LGBT+ fobia internalizada, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia afirmativa narrativa.*

Abstract

This article describes the construction and application of a complex psychotherapeutic model for assessment and treatment of internalized LGBT+ phobia. LGBT+ social phobia is a complex and multidimensional phenomenon and internalized LGBT+ phobia affects one of its dimensions: the personal dimension. Internalized LGBT+ phobia is an illness and it affects the subjectivity of LGBT+ people. LGBT+ social phobia is a multidimensional phenomenon because it includes several dimensions: personal, interpersonal, institutional, cultural, political, social and historical. The model explained in this article is a product of the integration of some principles from psychoanalytic psychotherapy and the multi-psychotherapeutic affirmative framework of the LGBT+ condition following the principles of the narrative therapy based on Foucault's thinking.

Keywords: *complex psychotherapeutic model, LGBT+ phobia, internalized LGBT+ phobia, psychoanalytic psychotherapy, affirmative narrative psychotherapy.*

Fecha de recepción: 15/01/2019. Fecha de aceptación v1: 07/05/2019. Fecha de aceptación v1: 30/05/2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: danielrzo@hotmail.com

Dirección postal: 16 Roy Street Kitchener, Ontario, N2H 4B5. Canadá

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

La información que se presenta a debate en este artículo, fue parte de una propuesta doctoral dirigida por el Doctor Israel Sandre Osorio de la Multiversidad Mundo Real Edgar Morin de Hermosillo México; tiene como objetivo general explicar cómo fue construido un modelo psicoterapéutico complejo para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada que sufre la población LGBT+ al vivir en sociedades que sostienen el principio de heteronormatividad obligatoria; partiendo de un diálogo facilitado por el pensamiento complejo, entre la teoría psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ en su versión narrativa.

El pensamiento complejo fue definido por Morin (1998), uno de sus creadores, de la siguiente manera:

“Ciertamente, la ambición del pensamiento complejo es rendir cuenta de las articulaciones entre dominios disciplinarios quebrados por el pensamiento disgregador (uno de los aspectos principales del pensamiento disgregador); éste aísla lo que separa, y oculta todo lo que religa, interactúa, interfiere. En este sentido el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento completo es imposible: uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia... Así es que el pensamiento complejo está animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento”. (Morin, 1998, p. 22).

Siguiendo estas ideas de Morin, el modelo propuesto pretende corregir potenciales reduccionismos, articulaciones quebradas por el pensamiento disgregador, integrando lo consciente y lo inconsciente a través del uso de la lógica del tercero incluido, es decir, la lógica de la complejidad; integrando los conceptos psicoanalíticos de relación terapéutica, deseo inconsciente, y mandato con los conceptos narrativos de externalización y autorización. Integración lograda a través de la facilitación del pensamiento complejo y de sus principios fundantes; el principio dialógico, el principio de recursión, el principio hologramático, el principio de emergencia, el principio de auto-eco-organización y el principio de borrosidad.

En la actualidad existen más de cien modelos psicoterapéuticos diferentes. Algunos son sólo un conjunto de estrategias psicológicas o estrategias clínicas. Como puede observarse los modelos psicoterapéuticos no presentan la precisión y rigurosidad que sí se observan en los modelos matemáticos o los modelos de la física. No obstante, desde el pensamiento complejo podemos afirmar que a pesar de la precisión y exactitud de los modelos matemáticos y físicos, ellos no logran comprender y describir la naturaleza de la mente humana. La subjetividad humana no puede reducirse a un modelo matemático o físico. El hacer algo así, implica usar

el principio de simplificación formulado por Morin (1999), que mediante las operaciones de disyunción y reducción simplifica la subjetividad humana reduciéndola a un fenómeno simple perdiéndose de esta forma su complejidad, es decir, su diversidad. El reduccionismo ha sido empleado por la psiquiatría clásica, la psiquiatría del siglo XX y las neurociencias del siglo XXI al tratar de reducir la subjetividad humana a un sustrato biológico o genético desde el cual pretenden explicar el origen de los trastornos emocionales. Para comprender un poco mejor la subjetividad humana debemos recurrir al arte, a la literatura, a la filosofía, a la mitología, a la religión y a la espiritualidad, como sí lo pudo hacer el mismo Freud. En muchas de sus obras logra claramente aproximarse al pensamiento complejo, mucho tiempo antes de que el concepto de *pensamiento complejo* fuera formulado por Piaget en 1970.

Freud formula el concepto de inconsciente y nos introduce en el psicoanálisis. Freud describe la estructura de la mente humana a través de su primera y segunda tópica. Describe las instancias psíquicas de Yo, Superyó y Ello. A su vez describe lo que él considera que son los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente. Su tratamiento se basa en hacer consciente el verdadero deseo inconsciente del sujeto. Estas ideas freudianas serán tenidas muy en cuenta en la formulación del modelo propuesto. También el modelo incorporará los principios de “externalización” y de “autorización” estrategias centrales de la denominada “psicoterapia narrativa”, psicoterapia basada en el pensamiento de Foucault y desarrollada por el investigador australiano Michael White (2007).

White reflexiona acerca de la naturaleza de la identidad de las personas y de la naturaleza de los problemas que las personas enfrentan. Nos indica una situación curiosa que afecta al concepto de identidad y al concepto de problema. White dice:

“Mucha gente que busca hacer terapia cree que los problemas de su vida son una reflexión de su propia identidad, o de la identidad de los otros, o una reflexión de la identidad de sus relaciones. Esta forma de pensar determina los esfuerzos en cómo resolver los problemas y lamentablemente dichos esfuerzos, en vez de resolverlos, tienden a exacerbarlos. Esto a su vez, lleva a creer más profundamente, que los problemas de sus vidas, son un reflejo de ciertas “verdades” acerca de la naturaleza de su identidad, de la identidad de los otros, y/o de la identidad de sus relaciones. Resumiendo, la gente llega a creer, que sus problemas son internos, que son propios de su identidad o la de los otros; y que ellos o los otros, son de hecho, el problema. Esta creencia lleva a la gente a hundirse en los problemas que pretenden resolver”.¹ (White, 2007, p. 9)

La situación curiosa anteriormente mencionada es, que la identidad de la persona, la identidad del sujeto está determinada por el supuesto problema del cual sufre. Si el sujeto es homosexual y vive en una sociedad homofóbica, dicho sujeto puede internalizar una idea negativa acerca de la homosexualidad. El sujeto puede afirmar que ser homosexual es el problema, es ser enfermo, un desviado, y/o una

patología. En este caso, el supuesto problema, es decir, el ser homosexual, determina, desde la perspectiva del sujeto en cuestión, una percepción negativa acerca de su propia identidad. El sujeto puede experimentar un fuerte rechazo a su verdadera orientación sexual; su homosexualidad. Esto coloca al sujeto frente a un poderoso conflicto interno. Este conflicto interno es un conflicto entre su verdadera subjetividad sexual y su homofobia internalizada.

“Las conversaciones externalizantes pueden proveer un antídoto contra el pensamiento que objetiva al sujeto como problema. Las conversaciones externalizantes tienen por propósito la objetivación de los problemas contra prácticas culturales que tienen por propósito objetivar a los sujetos. Esto permite que los sujetos puedan experimentar su identidad separada del problema que les aflige. Entonces, el problema se transforma en problema, pero el sujeto no se convierte en problema alguno. En el contexto de las conversaciones externalizantes, el problema no representa verdad alguna acerca de la identidad de las personas y la posibilidad de resolver el supuesto problema, de pronto se convierte, en algo accesible”.² (White, 2007, p. 9).

Como puede deducirse, el modelo de tratamiento propuesto en este artículo tendrá como uno de sus objetivos centrales, el separar al sujeto de su problema. Es decir, separar al sujeto de su homofobia internalizada. A su vez, hará comprender al sujeto, que el origen de su problema no está en su identidad, sino en su contexto familiar, comunitario y/o social. Por lo tanto, se ayudará al sujeto a entender que no hay nada desviado, anormal o patológico en su orientación sexual, sino que la verdadera patología está ubicada en la sociedad homofóbica donde vive.

También se indicará al sujeto que cuando tratar de forzar en sí mismo una orientación sexual que no le es propia, para complacer al orden social, lo que obtiene es un refuerzo de su patología, es decir, de su homofobia internalizada.

Como puede inferirse de lo ya indicado, el modelo propuesto tiene por objeto externalizar la LGBT+ fobia social que ha sido internalizada, partiendo de la idea de que la verdadera patología que sufre el sujeto no es de naturaleza individual, sino que es de naturaleza colectiva y que está determinada por la LGBT+ fobia social de su sociedad. Esto lleva al sujeto y a su terapeuta al uso de la estrategia de “autorización,” o sea a convertir al sujeto en el autor de su propia historia, es decir, el sujeto va a escribir su propia historia que estará basada en su verdadero deseo inconsciente y no en los mandatos provenientes de su contexto familiar y social. En este sentido, la terapia narrativa es convertida en una “terapia afirmativa,” porque afirma la verdadera identidad LGBT + del sujeto que surge de su propio deseo inconsciente y no de mandatos homofóbicos familiares o sociales.

Justificación

El objetivo general que se pretende alcanzar con la redacción de este artículo es explicar cómo fue construido un modelo psicoterapéutico complejo para el

diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada que sufre la población LGBT+ al vivir en sociedades que afirman el heterosexismo y la heteronormatividad obligatoria; partiendo de un diálogo facilitado por el pensamiento complejo, entre la teoría psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ en su versión narrativa.

Los objetivos específicos de este trabajo son los siguientes:

1. Explicar cómo el modelo propuesto incluye e integra los principios del pensamiento complejo: el principio dialógico, el principio de recursión, el principio hologramático, el principio de emergencia, el principio de autoeco-regulación y el principio de borrosidad.
2. Explicar cómo el modelo propuesto incluye e integra los conceptos de relación terapéutica, de alianza terapéutica, de transferencia, de contratransferencia, de deseo inconsciente y mandato.
3. Explicar cómo el modelo propuesto incluye e integra las estrategias de externalización y de autorización.

Las motivaciones que han justificado la redacción de este trabajo pueden resumirse en lo siguiente:

1. Se pretende que se reconozca a la LGBT+ fobia internalizada como una verdadera patología que requiere de especial atención por parte de los profesionales dedicados al área de la salud mental.
2. Se pretende comprender con mayor profundidad la naturaleza de la LGBT+ fobia y de sus dimensiones, poniendo especial énfasis, sobre la dimensión denominada personal, que es afectada por LGBT+ fobia internalizada y sus desórdenes comórbidos, proponiendo una estrategia psicoterapéutica nueva para su abordaje.
3. Se pretende satisfacer las necesidades de servicio de la comunidad LGBT+ que ha sido perseguida, discriminada, no reconocida, socialmente oprimida y desatendida por largo tiempo, en la mayoría de las sociedades actuales.
4. Se pretende el fortalecimiento de la salud mental de los sujetos afectados por la LGBT+ fobia internalizada, promoviendo su aceptación sin patologizar su subjetividad de género y/o de orientación sexual.
5. Se pretende describir cómo se puede reducir la acción negativa de la LGBT+ fobia internalizada y de sus desórdenes comórbidos. Entre estos desórdenes encontramos ansiedad, depresión, baja autoestima, adicciones, ideaciones de suicidio, etc.

De la LGBT+ fobia social a la LGBT+ fobia internalizada

En este apartado se pretende explicar los conceptos de homofobia, lesbofobia, bifobia, y transfobia partiendo de las dimensiones: personal, interpersonal, institucional, cultural, social, histórica y política. A su vez, se pretende describir el concepto de LGBT+ fobia internalizada internalizada)³ como producto del discurso

heteronormativo y heterosexualista presente en la sociedad humana desde hace siglos.

La LGBT+ fobia social permite expresar discriminación y rechazo hacia las personas no heterosexuales, describiendo cómo dicha discriminación se internaliza en su psiquismo; haciendo patológica su propia identidad sexual o de género transformándose en LGBT+ fobia internalizada. La LGBT+ fobia social es considerada como un fenómeno complejo de carácter multidimensional, interactivo, presentado componentes de incertidumbre. Debido a su complejidad y multidimensionalidad se afirma que la LGBT+ fobia social se hace presente a través de la dimensión personal, la dimensión interpersonal, la dimensión institucional y la dimensión cultural. A su vez, considerando a Morin (1999) no debemos excluir las dimensiones social, histórica y política. En el ámbito de la dimensión personal encontramos el fenómeno de la LGBT – fobia internalizada.

El término homofobia fue usado por primera vez por el psicólogo estadounidense Weinberg (1972) y descrito en su libro *Society and the Healthy Homosexual*. A partir del concepto de homofobia, posteriormente se describieron los conceptos de lesbofobia (rechazo a las mujeres homosexuales), bifobia (rechazo a las personas bisexuales) y transfobia (rechazo a las personas transgénero). Se utiliza el signo “+” para indicar sexualidades periféricas adicionales como la sexualidad “genderqueer” entre otras.

El término lesbofobia se refiere a la doble discriminación que las personas lesbianas reciben debido a su condición de mujeres y a su orientación sexual. Esto no ocurre con muchos varones homosexuales porque sólo son discriminados por su orientación sexual cuando la hacen pública o no la pueden ocultar y no por su condición de género. En África y Asia muchas mujeres lesbianas han sido abusadas sexualmente o asesinadas a causa de su género y/o de su orientación sexual.

El término bifobia expresa rechazo respecto a las personas bisexuales negando la existencia de una verdadera orientación sexual bisexual o sosteniendo estereotipos que afirman que las personas bisexuales son promiscuas o deshonestas. Las personas bifóbicas niegan la realidad de la subjetividad bisexual basándose en una ideología heterosexualista que afirma que sólo la heterosexualidad define la condición sexual humana.

En la década del ochenta del siglo XX muchos investigadores afirmaron que la bisexualidad no era una orientación sexual verdadera o legítima. Sostenían la idea de que muchos bisexuales eran en realidad homosexuales o lesbianas no asumidos pretendiendo simular la condición de heterosexuales y de esta forma, beneficiarse del orden social heteronormativo que en general sostienen la mayor parte de las sociedades actuales.

A partir de la bisexualidad se han construido distintos estereotipos basados en la negación de su real existencia. Un ejemplo de estereotipo es definir a la bisexualidad como una fase pasajera en el desarrollo psicosexual que el sujeto está experimentando. Otro ejemplo es afirmar que los bisexuales siempre traicionan a sus parejas con alguien del género opuesto a la misma. Esta es otra variante de las

ideas de promiscuidad (necesidad de tener múltiples parejas sexuales) y deshonestidad (engañarse a sí mismo al no asumirse como homosexual/lesbiana o engañar a su pareja).

Algunas feministas como la británica Bindel, nacida en 1962, dedicada a la lucha contra la violencia ejercida por los varones hacia las mujeres, rechazó inicialmente a las mujeres lesbianas usando los mismos argumentos que habían sido usados por los investigadores de la década de los 1980s cuestionando la realidad y verdadera existencia de la orientación sexual bisexual. Desde los 1990s el conflicto entre mujeres feministas y mujeres bisexuales han tendido a desaparecer y las mujeres bisexuales han sido paulatinamente aceptadas dentro del movimiento como resultado de una re-estructuración dentro del pensamiento feminista donde se comprendió más profundamente la naturaleza psicológica de la orientación sexual y se entendió que independientemente de cualquier orientación sexual una mujer sería discriminada debido a su género en cualquier sociedad de tipo heteronormativa y sostuviera la masculinidad radical. También se entendió que la orientación bisexual de algunas mujeres no implicaba automáticamente que dichas mujeres afirmaran una ideología sustentadora de la heteronormatividad o del heterosexismo.

Finalmente, desde la perspectiva de la teoría de la interseccionalidad desarrollada por Crenshaw⁴ en 1989, se puede afirmar que las situaciones de bifobia se profundizan, si se le suma el factor racial. Esto sucede cuando un sujeto bisexual puede llegar a ser triplemente discriminado; por ser mujer, por ser bisexual y por pertenecer a la raza negra.

Las personas transgénero son un miembro más de la comunidad LGBT. Como se ha indicado la letra L significa lesbianas, la letra G significa Gays, la letra B significa bisexuales y la letra T se refiere a las personas transgénero. A veces, la letra T significa travesti o transexual, pero no debemos olvidar que estos grupos constituyen identidades transgénero. Si buscamos un común denominador entre los miembros de la comunidad LGBT, este común denominador es que dicha comunidad se define en oposición a la heteronormatividad.

Durante gran parte del siglo XX se produjo una confusión entre los conceptos de orientación sexual e identidad de género. A partir de la década de los 70s se comenzó a diferenciar la identidad transgénero de la orientación sexual de una persona. Estableciéndose que una persona transgénero puede expresar cualquier orientación sexual, de la misma forma que lo puede realizar una persona *cisgénero*.⁵ Por lo tanto, una persona transgénero es aquella cuya identidad de género es diferente al género que se le asignó al nacer. También el concepto transgénero se aplica a personas que se diferencian de las identidades de género de tipo binario. Es posible hablar de género fluido o de la identidad transgénero denominada *genderqueer*, es decir, cuando el sujeto experimenta períodos de transición donde alternativamente se identifica con lo femenino, con lo masculino o con algún otro género. Finalmente, el concepto de transexualidad es una identidad transgénero por la cual el sujeto se identifica con el sexo biológico opuesto y desea vivir y ser

aceptado socialmente a partir de esa identificación.

La transexualidad y el travestismo así como otras identidades transgénero son considerados por la psiquiatría actual como un trastorno mental usando la clasificación *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª Ed; *DSM-V*; American Psychiatric Association [APA], 2013)⁶. Dicha asociación sostiene que las personas transgénero sufren de lo que denominan desorden de identidad de género presentándose cuando el sujeto afectado sufre de *disforia*⁷ de género. A su vez, partiendo de la clínica estructural psicoanalítica que divide las posiciones subjetivas de los sujetos en tres estructuras fijas (neurosis, perversiones y psicosis), las identidades transgénero han sido ubicadas en algunos casos dentro de la clínica de las psicosis o dentro de la clínica de las perversiones. En la actualidad algunos investigadores y representantes de la comunidad LGBT han protestado contra los diagnósticos efectuados por la psiquiatría y por parte del psicoanálisis exigiendo que las identidades transgénero no sean incluidas como patologías en la clasificación DSM o en la clínica estructural psicoanalítica.

La psiquiatría y el psicoanálisis difundieron una ideología negativa respecto a las personas transgénero. La psiquiatría indicó que las personas transgénero sufrían de un trastorno mental cuyo síntoma más destacable es la ya descrita disforia de género; mientras el psicoanálisis consideró a las identidades transgénero como desviaciones respecto de la neurosis, concepto asociado a la heteronormatividad y al herosexismo. La psiquiatría y el psicoanálisis rechazaron el concepto de construcción social e histórica de la sexualidad, concepto desarrollado por el pensador francés Foucault (1976) y perfeccionado por la teoría Queer, afirmando en cambio, una ideología transfóbica de carácter reduccionista sustentada en el principio de simplificación de tipo biologista y reproductivo.

En concordancia con lo mencionado, desde un punto de vista histórico, se puede afirmar que las identidades transgénero fueron percibidas como una patología mental frecuentemente asociada a la homosexualidad. Un típico prejuicio y confusión que tiende a afirmar que la orientación sexual homosexual puede derivar en la identidad transgénero. Este error es resultado de no poder comprender que la identidad transgénero no tiene ninguna relación con la orientación sexual del sujeto debido a que un sujeto transgénero puede presentar cualquier orientación sexual. Otro error muy común es pensar la identidad homosexual y la identidad transgénero como ejemplos de un tercer sexo más allá de la heteronormatividad.

En relación a su origen histórico, se puede afirmar, que la LGBT+ fobia social es producto del discurso sostenido por un sistema socio-sexual que afirma la imposición de la heteronormatividad obligatoria. Dicho sistema ha creado un orden social y sexual basado en el uso de una tecnología social descrita por Foucault (1975), tecnología acumuladora de poder y saber; normalizadora y correctiva, mediante el uso del panóptico y la ortopedia social; que establece qué cosa es ser hombre y qué cosa es ser mujer, permitiendo que el género masculino oprima al género femenino y a otras subjetividades asimiladas a lo femenino, que son

consideradas transgresoras del orden social heteronormativo.

“Si el poder, para Foucault es una vasta tecnología que atraviesa el conjunto de las relaciones sociales, una maquinaria que produce efectos de dominación a partir de un cierto tipo peculiar de estrategias y tácticas específicas, es necesario identificar los mecanismos, instrumentos y estrategias por las cuales se posibilita a determinados sujetos castigar, segregar o marginar a otros por el placer y uso del cuerpo diferente a la norma heterosexual. La situación de la homosexualidad y los significados con que se le asocia están dados, entre otros factores, por el rechazo abierto del discurso religioso; sanción social por ser considerada un acto inmoral, su asimilación a la enfermedad por parte de la psiquiatría y la psicología, la persecución policial y represión por parte de las instituciones legales y judiciales. Las consecuencias de dicha situación pueden ser diversas y tener diferente impacto en hombres y mujeres” (Cruz Sierra, 2011, p. 41).

Siguiendo la línea de pensamiento formulada por Mondragón (2009) acerca de distintas clases de homofobia, en este trabajo se intenta describir a la LGBT+ fobia, como fenómeno complejo a través de sus múltiples dimensiones: La dimensión personal, la dimensión interpersonal, la dimensión institucional y la dimensión cultural. Considerando a Morin (1999) no debemos excluir las dimensiones social, política e histórica.

La dimensión de LGBT+ fobia personal se sostiene en un sistema de creencias o pensamiento por el cuál la persona LGBT + fóbica considera que las personas LGBT+ son merecedoras de rechazo y discriminación. Explica la diversidad sexual como producto de un desorden genético o mental considerando a las personas LGBT+ como seres incapaces de controlar sus deseos sexuales desviados o simplemente inmorales. En la dimensión de LGBT – fobia personal también se produce el fenómeno de la LGBT+ fobia internalizada que será descrita posteriormente.

La dimensión de LGBT + fobia interpersonal ocurre cuando afecta la relación entre las personas en el contexto institucional. Esto sucede cuando la persona LGBT+ fóbica basándose en sus prejuicios produce situaciones de discriminación en el contexto institucional contra las personas LGBT+ como insultos, aislamiento en el trabajo, aislamiento en la escuela, e incluso violencia física.

La dimensión de LGBT + fobia institucional se manifiesta a través de discursos y prácticas LGBT+ fóbicas por parte de diversas instituciones gubernamentales, empresariales, educativas, sanitarias, religiosas, etc.

Una de las instituciones LGBT+ fóbicas más relevantes es la Iglesia Católica que desde los tiempos feudales hasta el presente se ha encargado de difundir un discurso LGBT+ fóbico condenando a la sexualidad sin fines reproductivos, incluyendo específicamente las prácticas sexuales masturbadoras y homosexuales. El discurso LGBT+ fóbico de la Iglesia Católica contribuyó enormemente a la difusión de la LGBT+ fobia en otras instituciones, e incluso influyó en el desarrollo

de la llamada dimensión de LGBT+ fobia cultural.

La dimensión de la LGBT + fobia cultural se expresa a través de normas sociales, de códigos de conducta, que pueden o no ser expresados conscientemente a través de leyes; pero siempre legitimando la opresión social y sexual que sufren las personas LGBT+. Debemos recordar que en la mayor parte de los países del mundo no existen todavía leyes permitiendo el matrimonio homosexual, la adopción por parte de parejas LGBT+ o el cambio de género. En algunos países las prácticas sexuales de las personas LGBT+ están penadas con prisión o muerte, esto último sucede en varios países de religión musulmana del continente africano. Sin embargo, en varios países europeos y de América el matrimonio o unión civil entre personas LGBT+ está siendo permitido. Esto sucede en Canadá, Estados Unidos, Argentina, la ciudad de México, etc. A su vez, en algunos países europeos y en Canadá fue aprobada la adopción de menores por parejas del mismo sexo o personas transgénero.

La dimensión de la LGBT+ fobia social se expresa a través de una ideología socio-sexual que una sociedad puede poner en práctica. Partiendo de su concepto de normalidad puede establecer que la heteronormatividad es la única forma aceptable de relacionarse sexualmente entre seres humanos.

La dimensión de la LGBT+ fobia política es aquella que es sustentada por la organización estatal: Desde el aparato del estado, desde un partido político dominante puede establecerse cuales son los comportamiento sexuales aceptados. Durante el nazismo, las personas no heterosexuales eran asesinadas en campos de concentración. En la actualidad, Rusia, propaga una ideología agresiva y discriminadora hacia la diversidad sexual no heterosexual.

En relación a la dimensión histórica, tal como lo ha indicado Foucault (1976), existe una historia de la sexualidad. Las prácticas sexuales han cambiado de un período histórico a otro. El concepto de normalidad sexual para una sociedad determinada históricamente, es un producto artificial y construido.

El sistema socio-sexual que impone el heterosexismo obligatorio es el principal responsable de la existencia del problema de la LGBT+ fobia como ha sido descrita a través de sus diversas dimensiones. Pero, esta imposición, tiene a su vez, graves consecuencias en el desarrollo de la identidad de género y o sexual de las personas.

Al crecer en una sociedad heteronormativa (casi todas las sociedades actuales lo son) el sujeto recibe a través de su educación sistemática y no sistemática ideas y conceptos negativos respecto a las conductas sexuales desviadas, transgresoras del orden heteronormativo establecido como la única conducta sexual normal en la sociedad. Recordemos que el término heteronormatividad, definido por Warner en 1991 hace referencia al conjunto de las relaciones de poder por las cuales la heterosexualidad se normaliza, se idealiza, definiendo la condición sexual humana.

“Para desarrollar una subjetividad sexual/o de género estable y saludable es necesario aceptarla e integrarla a la identidad/subjetividad personal y

poder expresarla al resto de las personas que nos rodean. La LGBT+ fobia internalizada interrumpe y hace patológico este desarrollo. La LGBT + fobia internalizada se manifiesta cuando una persona descubre que su subjetividad sexual/o de género no sigue los principios de la heteronormatividad y a su vez, ha internalizado los mensajes negativos respecto a las otras orientaciones sexuales o de género. Esta situación da por resultado que el sujeto en cuestión sienta rechazo a su verdadera subjetividad teniendo en muchos casos graves dificultades en asumirla. Este problema de identidad se asocia a otros desórdenes comórbidos como estrés, desorden de ansiedad, desórdenes depresivos, adicciones, e ideaciones de suicidio, especialmente en sujetos adolescentes”. (Rzondzinski, 2018, p.47)

La LGBT+ fobia internalizada se presenta en la dimensión personal porque es una imagen especular de la LGBT + fobia externa, es decir, de la LGBT + fobia presente en el contexto social donde vive el sujeto. La situación de LGBT+ fobia internalizada lleva al sujeto en muchos casos al ocultamiento consciente o inconsciente de su verdadera identidad, incluso hacia sí mismo, sus amigos y familiares (cuando lo puede hacer). A veces, el sujeto hace alianza con sus propios opresores; oculta su condición LGBT+ en las instituciones sociales, educacionales, laborales, religiosas de las cuales participa y se podría afirmar que sostiene en muchos casos, desde una perspectiva psicoanalítica, una ética contraria a su verdadero deseo inconsciente.

Diagnóstico y tratamiento

En este apartado se va a analizar el modelo psicoterapéutico complejo de diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada. Teniendo en cuenta este objetivo, se describirán sus componentes fundamentales. Para ello, primero se describirán los síntomas del trastorno que serán utilizados para la construcción de un diagnóstico. Luego se definirán como serán utilizados los conceptos de relación terapéutica, alianza terapéutica, transferencia, deseo y mandato; integrándose a través de la mediación del pensamiento complejo con los aportes de la psicoterapia afirmativa. Para ello, se recurrirá al concepto de “externalización” y al concepto de “autorización” desarrollados por Michael White en el año 2007. Este psicoterapeuta e investigador australiano, fue el creador del modelo psicoterapéutico denominado “psicoterapia narrativa” basado en el pensamiento de Foucault. Finalmente se describirán las distintas etapas del tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada usando el modelo propuesto y las correspondientes intervenciones clínicas.

Hay diversos síntomas que nos indican la presencia de LGBT + fobia internalizada.

1. Es muy común, por ejemplo, que muchos varones homosexuales de aspecto viril busquen relacionarse con varones homosexuales no afeminados, ya sea a nivel de pareja o amistad. Esta elección indica cierto grado

de homofobia – internalizada, ya que esta búsqueda, tiene por objeto ocultar la verdadera orientación sexual, alejándose del estereotipo del varón homosexual afeminado celebrado festivamente por el mundo heterosexual.

2. Otro clásico síntoma de homofobia internalizada es cuando una persona LGBT+ se pregunta acerca de los motivos que explican la existencia de los “guetos LGBT+” afirmando desconocerlos. Esto sucede cuando un sujeto LGBT+ usando el mecanismo de defensa denominado “negación” hace una doble negación: Niega primero la existencia de la LGBT+ fobia social, para posteriormente negar la existencia de su propia LGBT+ fobia internalizada.
3. Un caso clásico de transfobia internalizada es cuando una persona transexual no acepta usar los pronombres o cambiar su nombre en relación al género que desea adoptar.
4. Un tercer síntoma de LGBT+ fobia internalizada sucede cuando un sujeto LGBT+ vive permanentemente angustiado de que su identidad LGBT+ pueda ser descubierta poniéndolo en un inminente peligro cuando no existe una verdadera razón para creerse en peligro.
5. La bifobia internalizada suele presentarse cuando una persona bisexual hace pública su relación de pareja con otra de género opuesto, pero oculta su relación de pareja con otra persona del mismo género.
6. La bifobia internalizada suele presentarse cuando una persona hace pública su orientación sexual en relación a personas del sexo opuesto, pero oculta su orientación sexual en relación a personas de su mismo sexo.
7. La homofobia internalizada suele presentarse en el caso de varones o mujeres homosexuales que regularmente se sienten atraídos romántica y sexualmente por sujetos heterosexuales.
8. La homofobia internalizada puede presentarse en sujetos homosexuales masculinos y femeninos cuando tratan de hacerse pasar por heterosexuales no habiendo razón alguna de peligro que justifique este ocultamiento.
9. Otro caso bastante común de homofobia internalizada sucede cuando homosexuales masculinos o femeninos buscan activamente parejas heterosexuales, para de esta forma, ocultar su verdadera orientación sexual.

Los principios fundamentales del tratamiento propuesto por el modelo psicoterapéutico complejo de la LGBT + fobia internalizada pueden resumirse en los siguientes seis puntos:

Punto 1: La relación terapéutica del modelo propuesto, la relación entre el paciente y su terapeuta, se sostiene a través de una alianza terapéutica consciente y de los procesos inconscientes de transferencia y contratransferencia. La relación terapéutica descrita en este modelo sostiene el principio dialógico debido a que integra los principios de la lógica consciente con los principios de la lógica

inconsciente. Dichas lógicas, suele considerarse por la lógica clásica como lógicas antagónicas. Este antagonismo no es relevante desde la perspectiva de la lógica de la complejidad porque ambas lógicas se encuentran ubicadas en el mismo nivel de realidad. Este mismo nivel de realidad es denominado “mente” o “psiquismo”. A su vez, la relación terapéutica es concebida como un sistema adaptativo complejo porque permite la coevolución en relación al mundo interno – externo del paciente y del mismo terapeuta durante el proceso de tratamiento con el propósito de reducir gradualmente y eliminar dentro de lo posible, la influencia negativa de la LGBT + fobia internalizada de la subjetividad del paciente. Por ello, se puede afirmar, que la relación terapéutica se sostiene mediante el uso del principio de auto-eco-organización. La mente humana no es sólo producto de la acción de factores internos (postura sostenida por el psicoanálisis ortodoxo psicólogo o la psiquiatría neurocientíficas biólogos) sino también de factores externos, es decir, de su entorno, de su ecosistema. La relación terapéutica así concebida pone de manifiesto la existencia de una lógica interna del sistema consciente – inconsciente y una lógica externa determinada por su ecosistema. A su vez, como se ha indicado, la relación terapéutica como sistema adaptativo complejo destaca la interacción y coevolución del paciente en el proceso de la cura como señala Lacan, como así también, del propio terapeuta durante el proceso terapéutico.

Punto 2: El modelo parte del reconocimiento del paciente, con la ayuda de su terapeuta, de su deseo inconsciente. Este reconocimiento implica en sí mismo un proceso por el cual el deseo inconsciente se hace consciente. Este proceso puede describirse como una batalla interna, es decir, una batalla en la mente del paciente, entre su deseo inconsciente, su verdadero deseo que pugna por salir a la consciencia, su deseo de no ser heterosexual, deseo que proviene del “ello”; y los mandatos que provienen del “superyó”, que representan en el psiquismo del sujeto el orden familiar y social del mundo exterior de carácter heteronormativo. A esta batalla interna se ve expuesto el “Yo” del sujeto que mediante sus mecanismos de defensa, se defiende primariamente del conflicto desatado entre las fuerzas del ello y las fuerzas del superyó en su mundo interno; y secundariamente, de los ataques LGBT+ fóbicos provenientes del mundo externo. También, el “Yo” se defiende de la acción curativa del propio terapeuta, esta defensa del “Yo” contra el terapeuta y el tratamiento ha sido denominada por el psicoanálisis *resistencia*. El proceso de acceso al deseo inconsciente del paciente se sostiene a través del principio de recursión donde se consideran los conceptos de bucle retroactivo, de autoproducción y de auto-organización. El producto de la relación terapéutica como sistema adaptativo complejo, es decir, de la alianza terapéutica consciente en situación de transferencia y contratransferencia inconsciente, es el deseo inconsciente del sujeto que afecta y modifica a su productor, es decir, el paciente; siendo esto un claro ejemplo de bucle retroactivo y de aplicación del principio de recursión sostenido por el pensamiento complejo.

Punto 3: Si el deseo inconsciente del sujeto se hace consciente, el Yo del sujeto

lo hace propio; si esto no sucede, si el verdadero deseo del sujeto no aflora a la conciencia, lo que aflora como su sustituto es una patología, la LGBT+ fobia internalizada, sus síntomas y desórdenes asociados. De esto puede deducirse que el sujeto como productor puede producir salud o puede producir patología. En ambos casos el sujeto será determinado por su propio producto tal como lo afirma el principio de recursión proveniente del pensamiento complejo.

Punto 4: El modelo terapéutico propuesto en este artículo afirma el verdadero deseo inconsciente del sujeto, es decir, la verdadera subjetividad del sujeto, su verdadera identidad de género y/o de orientación sexual en oposición al mandato representado por el orden social heteronormativo.

Punto 5: Partiendo del principio hologramático se puede afirmar que en una organización (consideramos aquí como organización al orden social) el todo, está inscripto en cada una de sus partes. Este todo presenta lógicamente, una inscripción estructural del todo en la parte. Si el todo es el orden heteronormativo LGBT+ fóbico sostenido por una sociedad determinada, dicho todo estará inscrito en todas sus partes, es decir, en todas las subjetividades individuales que configuran dicho sistema social. Dichos subjetividades en función de su dimensión de género, su dimensión de orientación sexual, su propia auto-eco-organización, expresarán con diversa intensidad LGBT – fobia social o LGBT – fobia internalizada.

Punto 6: Cuando el deseo inconsciente del sujeto comienza a hacerse consciente es cuando el terapeuta inicia la aplicación de la estrategia de externalización de la LGBT+ fobia internalizada. Es decir, se externaliza la LGBT+ fobia internalizada del paciente y se la devuelve a su contexto social de donde proviene. Recordemos que la LGBT+ fobia internalizada es un producto originado por el orden heteronormativo LGBT+ fóbico. Durante el proceso de hacer consciente lo inconsciente (el deseo inconsciente subjetivo) es cuando el terapeuta ayuda al sujeto a implementar la estrategia de autorización de su subjetividad. Este proceso está determinado por el principio de emergencia proveniente del pensamiento complejo, esto es cuando emergen cualidades nuevas en la subjetividad del paciente que no pueden reducirse a las iniciales y que ahora retro-actúan sobre el sujeto y el mismo terapeuta. Esto es en términos terapéuticos cuando, paciente y terapeuta comienzan a re-escribir o autorizar la subjetividad del paciente ya separado de su trastorno. Durante este proceso el sujeto gradualmente se quita la opresión que había sido ejercida por la LGBT+ fobia internalizada sobre su psiquismo, removiendo de sí mismo las falsas conclusiones que había sostenido acerca de su subjetividad debido a la acción de su trastorno. De todas maneras este proceso no nos permite saber con precisión la prognosis del paciente, la sexualidad humana no puede definirse a través de ideas claras y distintas como había indicado Descartes. Se puede afirmar que la dimensión de género y la dimensión de orientación sexual están sujetas al principio de borrosidad proveniente del pensamiento complejo y esto es lo que nos hace humanos.

A continuación se van a describir las distintas etapas que sujeto en tratamiento

de la LGBT+ fobia internalizada suele recorrer. Cada etapa describe la posición del sujeto en su camino a “la salida del armario”. El armario es una metáfora que represente a la LGBT+ fobia internalizada del sujeto. Las etapas del tratamiento son las siguientes:

Etapas 1: Confusión acerca de la identidad de género y/o de orientación sexual. En esta etapa el sujeto generalmente no es consciente de su verdadera dimensión o identidad de género y/u orientación sexual. Por ello, no puede verse a sí mismo desde la perspectiva de su verdadera identidad. Su verdadera identidad está oculta a nivel de deseo inconsciente. Su identidad manifiesta, es decir, la que se expresa ante sí mismo, ante su familia y ante la sociedad está determinada por su LGBT – fobia internalizada. El terapeuta ayuda al paciente a explorar su identidad de género y o de orientación sexual.

Etapas 2: Exploración y comparación de diversas identidades de género y/u orientación sexual. En esta etapa el paciente comienza a considerar que quizá su dimensión de identidad y/u orientación sexual es distinta a la indicada por la heteronormatividad. El terapeuta normaliza la experiencia de exploración y comparación. Sostiene el deseo del sujeto de explorar y comparar.

Etapas 3: Tolerancia de la propia identidad. En esta etapa el sujeto comienza a tolerar la idea de que quizá no sea heterosexual y empieza a aceptar de manera más positiva poseer una subjetividad que no se ajusta a la heteronormatividad. El terapeuta ayuda a su paciente a aceptarse a sí mismo y no maltratarse.

Etapas 4: Aceptación de la propia identidad. En esta etapa el sujeto LGBT+ se mueve de una posición de tolerancia a una posición de aceptación de su verdadera subjetividad. El sujeto comienza a sentirse identificado como perteneciente a la comunidad LGBT+ como un todo. A su vez, por primera vez, puede diferenciar la comunidad LGBT+ como una parte integrante de la sociedad global. Al hacer esta diferencia, el sujeto incrementa su agresividad contra otras partes de la sociedad que difundieron y difunden discursos LGBT+ fóbicos, heteronormativos y heterosexistas. El terapeuta sostiene ayuda al paciente a aceptar su verdadera subjetividad. El terapeuta acepta la agresividad del paciente y lo ayuda a reflexionar más claramente.

Etapas 5: Orgullo de la propia identidad. En esta etapa los sujetos LGBT+ se integran plenamente en la cultura LGBT+ y reducen sus interacciones con sujetos heterosexuales. También, muchos sujetos LGBT+ comienzan a confrontarse directamente con los sujetos heterosexuales. Tienen dificultades para distinguir que sujetos heterosexuales son heterosexistas o LGBT+ fóbicos y cuales no lo son. Sus verdaderos deseos sexuales anteriormente reprimidos o distorsionados por su LGBT+ fobia internalizada ahora son expresados explosivamente contra el mundo heteronormativo. Su necesidad de adquirir un mayor conocimiento respecto de la comunidad LGBT+ se incrementa. Es interesante observar que algunos sujetos LGBT+ comienzan a discriminar a los sujetos heterosexuales y desarrollan una fuerte actitud crítica y heterofóbica. Su pensamiento se polariza: “Son ellos contra nosotros”. El terapeuta continúa afirmado el deseo de su paciente. A su vez, lo ayuda

a enfrentarse a su heterofobia.

Etapas 6: Síntesis de identidad personal. Esta es una etapa de integración subjetiva y colectiva. A nivel subjetivo el sujeto LGBT+ ya no presenta una división, una escisión de su dimensión personal entre una falsa subjetividad creada por su LGBT+ fobia internalizada y otra oculta que es su verdadera subjetividad, ya no hay un deseo consciente que oculta y oprime un deseo inconsciente que quiere liberarse de su opresión, el sujeto LGBT+ va concluyendo su estadio de externalización para ser pura “autorización”, es decir, ser el verdadero autor, creador, de su verdadera subjetividad, o sea, sin miedos, el sujeto LGBT+ expresa su verdadera dimensión de género y de orientación sexual. Lo que sucede a nivel individual presenta un correlato a nivel colectivo. A nivel colectivo desaparece la diferencia entre “nosotros (sujetos LGBT+) y ellos (sujetos heterosexuales)”. Los sujetos LGBT+ comprenden que no todos los sujetos heterosexuales son LGBT+ fóbicos y heterosexistas.

Conclusión

En este artículo se describió la construcción y puesta en práctica de un modelo complejo psicoterapéutico para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada. Se explicó que en psicoterapia los modelos psicoterapéuticos pretenden describir la realidad representada por el trastorno emocional; en nuestro caso, la realidad representada por la LGBT+ fobia internalizada. De acuerdo con lo anterior, se agregó que los modelos psicoterapéuticos parten de una determinada concepción de la estructura de la mente humana y de las posibles patologías que pueden afectarla.

Se indicó que el objetivo principal de este artículo fue describir cómo fue construido el modelo psicoterapéutico complejo propuesto, partiendo de un diálogo facilitado por el pensamiento complejo, entre la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ en su versión narrativa, basada en el pensamiento de Foucault.

En concordancia con lo anterior, se analizaron los principios fundantes del pensamiento complejo (principio dialógico, principio de recursión, principio hologramático, principio de emergencia, principio de auto-eco-organización y principio de borrosidad) y cómo dicho pensamiento facilitó la articulación de las psicoterapias integradas en el modelo propuesto. Se destacó la importancia del modelo desarrollado en este trabajo debido a su capacidad de poder satisfacer de manera ética y adecuada a la comunidad LGBT+ que fue y es; discriminada y perseguida en la mayoría de las sociedades actuales.

Asimismo, se describió la naturaleza y diferencia entre el fenómeno de la LGBT+ fobia social y el fenómeno de la LGBT+ fobia internalizada explicándose cómo se realiza el diagnóstico de la LGBT+ fobia internalizada y cómo se identifican los síntomas más clásicos del trastorno. A su vez, se describió cómo se usan los conceptos de relación terapéutica, alianza terapéutica, deseo y mandato

provenientes de la psicoterapia psicoanalítica y cómo se los integra mediante los principios del pensamiento complejo con las estrategias narrativas de externalización y autorización.

Finalmente, se describieron los puntos centrales del tratamiento a aplicar y las distintas etapas que el sujeto suele atravesar en su proceso de “salida del armario” durante su enfrentamiento con la LGBT+ fobia internalizada.

Notas

- 1 Many people who seek therapy believe that the problem of their lives are a reflection of their own identity, or the identity of others, or a reflection of the identity of their relationships. This sort of understanding shapes their efforts to resolve problems, and unfortunately these efforts invariably have the effect of exacerbating the problems. In turn, this lead people to even more solidly believe that the problem of their lives are a reflection of certain “truths” about the nature and their character, about the nature and the character of others, or about the nature and character of their relationships. In short, people come to believe that their problems are internal to their self or selves of others – that they or others are in fact, the problem. And this beliefs only sinks them further into the problems they are attempting to resolve.
- 2 Externalizing conversations can provide an antidote to these internal understandings by objectifying the problem. They employ practices of objectification of the problem against cultural practices of objectification of people. This makes it possible for people to experience an identity that is separate from the problem; the problem becomes the problem, not the person. In the context of externalizing conversations, the problem ceases to represent the “truth” about people’s identities, and options for successful problem resolution suddenly become visible and accessible.
- 3 En este capítulo se usarán las expresiones LGBT – fobia o LGBT – fobia internalizada partiendo de los términos ingleses: Lesbians, gays, bisexuals, transgenders.
- 4 La teoría de la interseccionalidad afirma la existencia de identidades sociales ocultas en intersección entre ellas y con sus correspondientes sistemas de opresión.
- 5 Término que describe personas cuya identidad de género y género asignado al nacer coinciden.
- 6 La Asociación Estadounidense de Psiquiatría publica regularmente la serie DSM (Diagnostic Statistical Manual of Mental Health Disorders). Recientemente se ha publicado el DSM – 5
- 7 La disforia de género se refiere a cuando el sujeto siente un significativo nivel de distrés debido a la discordancia entre su identidad de género y su sexo socialmente asignado siguiendo criterios biológicos con los cuales el sujeto no se identifica.

Referencias bibliográficas

- Ardilla, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 66-77. Recuperado de: <https://bit.ly/2Xr0q4f>
- Aries, P., Béjin, A. y Foucault, M. (1982). *Sexualidades Occidentales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cruz Sierra, S. (2011). La homofobia en los crímenes de odio y el homicidio masculino: expresión de poder, de la sexualidad y de género. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(3), 38-54. Recuperado de: <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/572>
- Dodds, J. (2011). *Psychoanalysis and Ecology At The Edge Of Chaos*. Nueva York, NY: Routledge.
- Evans, D. (2015). *Diccionario introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fonseca Hernández, C. y Quintero Soto, M. (2009). La teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *México, Sociológica (Méx)*, 24(69), 43-60. Recuperado de: <https://bit.ly/2eKkLie>
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica II*. México, México. Fondo de Cultura Económica.

- Mondragón, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *México, Sociológica (Mex)*, 24(69), 123-156. Recuperado de: <https://bit.ly/1PMtSJy>
- Morin, E. (1998). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona, España. Gedisa.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París, Francia. UNESCO.
- Rzondzinski, D. (enero, 2017). Subjetividades transgresoras y homofobia internalizada. *Revista Perspectivas (Col)*9.
- Rzondzinski, D. M. (2019). Construcción de un modelo psicoterapéutico complejo para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT – fobia internalizada (Tesis doctoral no publicada, Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, México, México).
- Pozzoli, M. (2006). El sujeto de la complejidad. La construcción de un Modelo Teórico Transdisciplinar (eco-psico-socio-histórico-educativo). *POLIS Revista Latinoamericana*, 15. Recuperado de: <http://journals.openedition.org/polis/4921>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York, NY: Norton & Company.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 30, Number 113, July, 2019 – 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 Graó*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; Lluís Casado 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, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

ÉTICA Y PSICOLOGÍA

Ethics and Psychology

Manuel Villegas Besora
(Coordinador)

EDITORIAL: ÉTICA Y PSICOLOGÍA

Manuel Villegas Besora

ÉTICA Y DESARROLLO MORAL

Manuel Villegas Besora

LA DIMENSIÓN MORAL EN EL DESARROLLO SEGÚN LA ÓPTICA COGNITIVO-CONSTRUCTIVISTA Y EVOLUTIVA: UN MODELO DE TRES EJES

Furio Lambruschi

ÉTICA Y PSICOTERAPIA: UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Isabel Caro

SENTIMIENTO DE CULPA DEONTOLÓGICO Y SENTIMIENTO DE CULPA ALTRUISTA: UNA TESIS DUALISTA

Francesco Mancini y Amelia Gangemi

EVALUACIÓN DE LA CULPA EN PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA: INSTRUMENTOS DISPONIBLES

Marta González González, Jairo Voces Oviedo y Juan Manuel García-Haro

TEST DE AUTONOMÍA PSICOLÓGICA (TAP). UNA PRUEBA EN CONSTRUCCIÓN

Albert Vidal Raventós, Alejandro Garcia-Gutierrez y Víctor Rouco

RECENSIÓN: PSICOLOGÍA DE LOS SIETE PECADOS CAPITALES

Blanca Anguera Domenjó

Artículos del monográfico (Acceso Abierto)

ETHICS AND PSYCHOTHERAPY: A SOCIO-CULTURAL PERSPECTIVE

Isabel Caro

LA CONTRIBUCIÓN DE KANT A LA PSICOTERAPIA

Lorena Sánchez Blanco

PROCESOS SENSORIALES Y EMOCIONALES IMPLICADOS EN LA ACTITUD SOLIDARIA

Ramón Rosal Cortés

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS INTERVENCIONES

Eva Font Domènech

CONDICIONANTES DEL DIAGNÓSTICO EN LA DEMANDA DE AYUDA PSICOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CAMPUS UNIVERSITARIO

Alfred Tejedo García

TRATAMIENTO GRUPAL PARA LA ANSIEDAD Y LA EVITACIÓN CONDUCTUAL EN EXÁMENES ORALES

Luis Alberto Furlant

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES: UN MODELO TEÓRICO RELACIONAL

Ignacio de la Fuente Blanco, Yolanda Alonso y Raquel Vique

MODELO PSICOTERAPÉUTICO COMPLEJO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HOMOFOBIA INTERNALIZADA

Daniel Rzonczinski

