

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

**Conversaciones sobre  
psicoterapia**

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ €

**116**

Ψ

# Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 31, Número 116, Julio, 2020 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://ojs.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 Esquiús (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 Esquiús

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 Galbada, Universidad de Valencia, España

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

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

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

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

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

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

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

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

Esteban Laso 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 Ángeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

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

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe 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, Expresidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

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

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

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

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

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

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quinones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Roji Menchaca, UNED, Madrid, España

M<sup>o</sup> 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: Emerging Source Citation Index (ESCI) de la Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.

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

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

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

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Depósito Legal: B. 26.892/1981

## NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TABLAS Y FIGURAS

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

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

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial).

En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información.

Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (\*) u otro símbolo (e.g., \**p* < .05, \*\**p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

## NOTACIÓN NUMÉRICA

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

## Proceso de evaluación y selección de originales:

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

## Copyright:

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

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



## CONTENIDO

<b>Monográfico: Conversaciones sobre psicoterapia</b>	
Joan Miquel Soldevilla, Luis Ángel Saúl y Ciro Caro García	
<b>Editorial: Conversaciones sobre psicoterapia .....</b>	<b>1</b>
Joan Miquel Soldevilla, Luis Ángel Saúl y Ciro Caro García	
<b>La psicoterapia en su laberinto.....</b>	<b>5</b>
Héctor Fernández Álvarez	
<b>La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las Evidencias basadas en la Práctica, y la Práctica basada en las Evidencias. Una reflexión relacional sobre la Psicoterapia en el Siglo XXI.</b>	<b>29</b>
Alejandro Ávila-Espada	
<b>La psicoterapia y la sanidad pública en España: El sistema nacional de salud (SNS) como contexto de la clínica psicoterapéutica.....</b>	<b>53</b>
Begoña Olabarría	
<b>Recorridos de formación en psicología clínica y de la salud en España .....</b>	<b>77</b>
Adolfo Jarne Esparcia y Alba Pérez-González	
<b>La importancia de la acreditación para la psicoterapia.....</b>	<b>87</b>
Joseph Knobel Freud	
<b>El psicoterapeuta en el proceso terapéutico .....</b>	<b>91</b>
Sergi Corbella	
<b>Terapia Constructivista Integradora y Enfoque Transdiagnóstico en Ansiedad y Depresión: Investigación en la Práctica Clínica .....</b>	<b>105</b>
Luis Botella García del Cid	
<b>Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia</b>	<b>115</b>
Isabel Caro Gabalda	

——Artículos del monográfico de Libre Acceso——

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

<b>La psicoterapia como conversación contemplativa .....</b>	<b>133</b>
María Teresa Miró	
<b>Fenomenología clínica de los siete pecados capitales.....</b>	<b>147</b>
Manuel Villegas Besora	

——Artículos de Libre Acceso——

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

<b>Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones .....</b>	<b>169</b>
Sara Benlloch Bueno	
<b>El Estilo Personal del Terapeuta en Profesionales Chilenos e Italianos .....</b>	<b>191</b>
Álvaro Quiñones, Carla Ugarte, Francisco Ceric, Paola Cimbolli, Fernando García y Adele De Pascale	
<b>Inferencia, Re-experimentación y Regresión: Psicoterapia de los Estados Niño del Yo.....</b>	<b>205</b>
Richard G. Erskine y Amaia Mauriz-Etxabe	
<b>Leer y Escribir en Terapia Narrativa, Construyendo una Nueva Historia .....</b>	<b>227</b>
Jael Alejandra Quintal Corzo, Silvia María Álvarez Cuevas y Dora Adolfinia Ayora Talavera	
<b>Práctica Deliberada de Psicoterapia en el Programa de Psicólogo Interno Residente Español .....</b>	<b>247</b>
Pau Sánchez Rotger e Ignacio Serván García	
<b>Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Gestalt: Factores de Convergencia .....</b>	<b>263</b>
Raquel Ayala Romera y María del Carmen Rodríguez Naranjo	
<b>Insatisfacción De La Imagen Corporal y Estado Nutricional En Estudiantes Universitarios .....</b>	<b>279</b>
Valeria Acuña Leiva, Consuelo Niklitschek Tapia, Álvaro Quiñones Bergeret y Carla Ugarte Pérez	
<b>El Apego en la Práctica Clínica durante la Pandemia COVID-19.....</b>	<b>295</b>
Lorena Velayos Jiménez y Diego Sánchez Ruiz	

## CONTENTS

<b>Monographic: Conversations about psychotherapy</b>	
Joan Miquel Soldevilla, Luis Ángel Saúl y Ciro Caro García	
<b>From the editor: Conversations about psychotherapy .....</b>	<b>1</b>
Joan Miquel Soldevilla, Luis Ángel Saúl y Ciro Caro García	
<b>Psychotherapy in its Labyrinth .....</b>	<b>5</b>
Héctor Fernández Álvarez	
<b>Psychotherapy and psychic change, between Evidence based on Practice, and Practice based on Evidence. A relational reflection on Psychotherapy in the XXI Century..</b>	<b>29</b>
Alejandro Ávila-Espada	
<b>Psychotherapy and public health in Spain: The national health system (SNS) as a context for the psychotherapeutical clinic .....</b>	<b>53</b>
Begoña Olabarría	
<b>Training career in clinical and health psychology in Spain .....</b>	<b>77</b>
Adolfo Jarne Esparcia y Alba Pérez-González	
<b>The Importance of Accreditation for Psychotherapy .....</b>	<b>87</b>
Joseph Knobel Freud	
<b>The psychotherapist in the therapeutic process .....</b>	<b>91</b>
Sergi Corbella	
<b>Constructivist Integrative Therapy and Transdiagnostic Approach to Anxiety and Depression: Clinical Practice Research.....</b>	<b>105</b>
Luis Botella García del Cid	
<b>Constructivism, restructuring cognitive therapies and contextual approaches: A comparison from the difference .....</b>	<b>115</b>
Isabel Caro Gabalda	

—Open Access Monographic Articles—  
(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

<b>Psychotherapy as contemplative conversation .....</b>	<b>133</b>
María Teresa Miró	
<b>Clinical phenomenology of seven deadly sins .....</b>	<b>147</b>
Manuel Villegas Besora	

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

<b>Attachment Theory in Clinical Practice: Theoretical Review and Recommendations.....</b>	<b>169</b>
Sara Benlloch Bueno	
<b>The Personal style of the therapist in Chilean and Italian Professionals .....</b>	<b>191</b>
Álvaro Quiñones, Carla Ugarte, Francisco Ceric, Paola Cimbolli, Fernando García y Adele De Pascale	
<b>Inference, re-experiencing, and regression: Psychotherapy of Child ego states .....</b>	<b>205</b>
Richard G. Erskine y Amaia Mauriz-Etxabe	
<b>Reading and Writing in Narrative Therapy, Constructing a New Story .....</b>	<b>227</b>
Jael Alejandra Quintal Corzo, Silvia María Álvarez Cuevas y Dora Adolfinia Ayora Talavera	
<b>Deliberate Practice of Psychotherapy in the Spanish Resident Intern Psychologist Program.....</b>	<b>247</b>
Pau Sánchez Rotger e Ignacio Serván García	
<b>Acceptance and Commitment Therapy and Gestalt Therapy: Convergence Factors .....</b>	<b>263</b>
Raquel Ayala Romera y María del Carmen Rodríguez Naranjo	
<b>Dissatisfaction With Body Image And Nutritional Status In University Students .....</b>	<b>279</b>
Valeria Acuña Leiva, Consuelo Niklitschek Tapia, Álvaro Quiñones Bergeret y Carla Ugarte Pérez	
<b>Attachment and Clinical Psychology during COVID-19 Pandemic.....</b>	<b>295</b>
Lorena Velayos Jiménez y Diego Sánchez Ruiz	

## EDITORIAL: CONVERSACIONES SOBRE PSICOTERAPIA

### FROM THE EDITOR: CONVERSATIONS ABOUT PSYCHOTHERAPY

**Joan Miquel Soldevilla**

Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia. Universitat de Barcelona. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6982-6594>

**Luis Ángel Saúl**

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.  
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6351-8283>

**Ciro Caro García**

Prof. Colaborador Asociado del Dpto. de Psicología y Psicoterapeuta de la UNINPSI  
(Unidad de Intervención Psicosocial)  
Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6555-0201>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Soldevilla, J. M., Saúl, L. A. y Caro García, C. (2020). Conversaciones sobre psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 1-3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.404>

Los días 1 y 2 de febrero de 2019 la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas organizó las I Jornadas Nacionales de psicoterapia constructivista, con la intención de generar un espacio de encuentro en el que reivindicar la importancia de la formación y acreditación para el ejercicio profesional de la psicoterapia. El *leitmotiv* elegido para las jornadas fue “Tejiendo el futuro”, para poner de relieve el elemento de crear un espacio conversacional en el que perfilar y desarrollar tramas sobre psicoterapia y psicoterapia constructivista. Durante los dos días en los que se desarrollaron las jornadas, hubo ponencias sobre temas centrales, espacios de reflexión y discusión, talleres y una mesa de análisis de un caso clínico desde diferentes vertientes teóricas. Varios miembros de ASEPCO y profesionales ajenos a dicha asociación contribuyeron desinteresadamente para que estas jornadas pudieran ser un éxito.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [jmsoldevilla@ub.edu](mailto:jmsoldevilla@ub.edu)

Dirección postal: Joan Miquel Soldevilla Alberti. Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia. Secció de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Pg. de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



Dedicamos este monográfico a incluir el contenido de varias ponencias clave, ampliándolo con otros artículos que siguen la filosofía de plantear cuestiones de suma importancia para comprender qué es la psicoterapia y situarla en el contexto actual. Por lo tanto, en este número de la Revista de Psicoterapia contaremos con las aportaciones de varias figuras de renombre en el panorama nacional e internacional de la psiquiatría y la psicología clínica y de la salud. Con ellos y con ellas hemos conversado y seguiremos conversando sobre psicoterapia. Y con muchos más.

Hemos estructurado este monográfico organizando los artículos desde lo más molar a lo más molecular. Hay un primer bloque orientado a reflexionar sobre la evolución de la psicoterapia. Un segundo bloque analiza la presencia de la psicoterapia en el panorama español atendiendo a aspectos académicos y legales. El tercer bloque se centra en reflexionar sobre aspectos ligados a la psicoterapia de epistemología constructivista.

De este modo, empezamos con un artículo de Héctor Fernández-Álvarez (Fernández-Álvarez, 2020), en el que repasa el recorrido histórico de la psicoterapia, desde principios del siglo XX hasta la actualidad. Después de analizar la fragmentación teórica de esta disciplina, pasa a enumerar las fortalezas y amenazas, para terminar proponiendo la integración como proceso para afrontar los retos actuales, planteando cómo llevarlo a cabo.

Alejandro Ávila-Espada (Ávila-Espada, 2020) cierra este primer bloque abordando cuestiones controvertidas sobre la científicidad de la psicoterapia, como la dialéctica entre la práctica basada en la evidencia y las evidencias basadas en la práctica, el debate sobre las pseudoterapias, la incidencia de la evaluación del propio ejercicio profesional o cómo mejorar la calidad de nuestras intervenciones.

Abrimos el segundo bloque con el artículo de Begoña Olabarría (2020) sobre cómo se llevó a término la incorporación de la psicoterapia en la cartera de servicios públicos de salud, incluyendo aspectos históricos, académicos, asistenciales y de investigación en el ámbito de la Salud Mental dentro del Sistema Nacional de Salud.

A continuación, Adolfo Jarne y Alba Pérez-González (2020) reflexionan sobre cuáles son los recorridos formativos actuales en psicología clínica y de la salud, identificando distintos itinerarios y desarrollando las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

Terminamos este bloque con los artículos de Joseph Knobel y Sergi Corbella sobre la importancia de una formación rigurosa para poder ejercer como psicoterapeuta. Knobel (2020) destaca la importancia de la acreditación para el ejercicio de la psicoterapia, siguiendo criterios y estándares de calidad marcados por entidades como la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia o la European Association for Psychotherapy. Corbella (2020) profundiza en el proceso psicoterapéutico ahondando en las competencias del psicoterapeuta, poniéndose de manifiesto que esta figura requiere un notable grado de profesionalización que va más allá de la formación en un determinado marco teórico.

Finalmente, Luís Botella (2020) inaugura el tercer bloque de este número

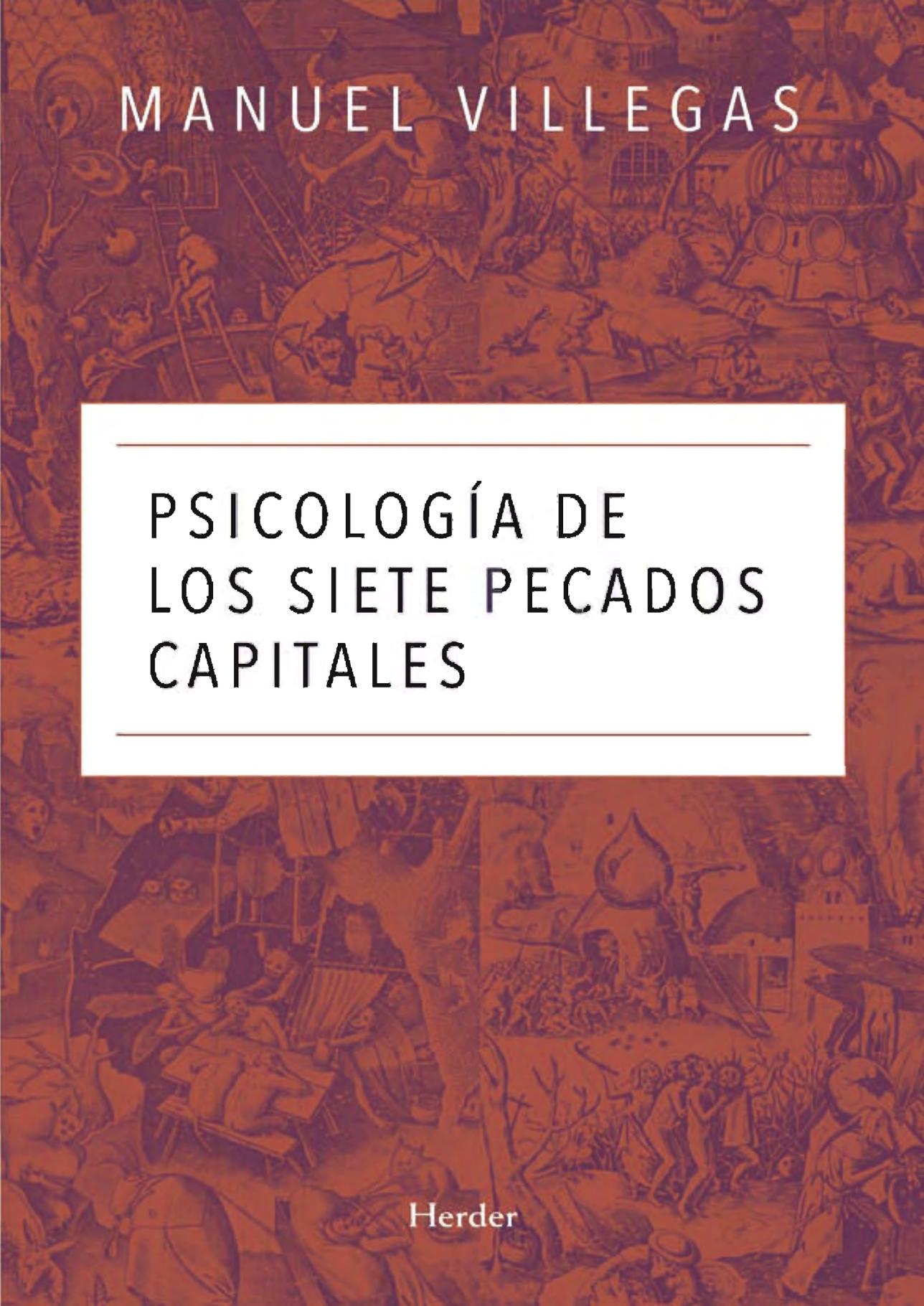
leyendo en clave constructivista integradora algunos de los conceptos transdiagnósticos más relevantes en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Isabel Caro (2020) pone el broche final a este monográfico comparando las psicoterapias cognitivas de reestructuración, las contextuales y las constructivistas, identificando las convergencias y discrepancias epistemológicas y ontológicas entre modelos, y ensalzando tanto el valor de la integración en psicoterapia como de la diversidad y la diferencia para enriquecer esta disciplina.

Huelga decir que este monográfico viene acompañado de dos artículos en formato abierto, que complementan el ejemplar digital, disponible en la página web de la Revista de Psicoterapia. Por un lado, el artículo de Mayte Miró (2020) nos plantea la psicoterapia como una conversación contemplativa que incrementa el nivel de conciencia, y destaca cómo se pueda entrenar la atención consciente para hacer frente a situaciones de crisis como la que ha supuesto la pandemia del COVID-19. Por otro, Manuel Villegas (2020) nos enmarca el abordaje de la fenomenología clínica más habitual en base a los siete pecados capitales, desde una perspectiva psicológica contemporánea, poniendo de relieve su incidencia en muchos de los problemas interpersonales, internos y ecológicos.

## Referencias bibliográficas

- Fernández Álvarez, H. (2020). La psicoterapia en su laberinto. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 5-27. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.405>
- Ávila-Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las Evidencias basadas en la Práctica, y la Práctica basada en las Evidencias. Una reflexión relacional sobre la Psicoterapia en el Siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29-52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.401>
- Olabarría, B. (2020). La psicoterapia y la sanidad pública en España: El sistema nacional de salud (SNS) como contexto de la clínica psicoterapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 53-75. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.406>
- Jarne Esparcia, A. y Pérez-González, A. (2020). Recorridos de formación en psicología clínica y de la salud en España. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 77-85. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.407>
- Knobel Freud, J. (2020). La importancia de la acreditación para la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 87-90. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.408>
- Corbella, S. (2020). El psicoterapeuta en el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 91-103. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.409>
- Botella, L. (2020). Terapia Constructivista Integradora y Enfoque Transdiagnóstico en Ansiedad y Depresión: Investigación en la Práctica Clínica. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 105-113. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.397>
- Caro Gabalda, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>
- Miró, M. T. (2020). La psicoterapia como conversación contemplativa. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 133-145. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.411>
- Villegas, M. (2020). Fenomenología clínica de los siete pecados capitales. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 147-168. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.412>



MANUEL VILLEGAS

---

PSICOLOGÍA DE  
LOS SIETE PECADOS  
CAPITALES

---

Herder

## LA PSICOTERAPIA EN SU LABERINTO

## PSYCHOTHERAPY IN ITS LABYRINTH

Héctor Fernández Álvarez

Fundación Aiglé. Buenos Aires, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7781-1165>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández Álvarez, H. (2020). La psicoterapia en su laberinto. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 5-27.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.405>

## Resumen

*El artículo aborda el campo actual de la psicoterapia, sus fortalezas y sus debilidades. Lo hace a través de dos ejes: un recorrido histórico que permite observar el modo en que se fueron desagregando los componentes de la disciplina y un análisis de las circunstancias que favorecen y que amenazan su desarrollo. Las fortalezas se asocian con la eficiencia demostrada y la enorme versatilidad teórico-técnica. La amenaza se enfoca sobre los procedimientos pseudo-científicos y el exceso del consumo de los psicofármacos. El reconocimiento social y la diseminación que logró en algo más de 100 años, terminó generando un territorio sumamente fragmentado, en torno a 4 grandes enfoques teórico y varios centenares de abordajes terapéuticos. Esta fragmentación es una fuente de confusión y el mayor obstáculo para su desarrollo. La integración es el camino más razonable y necesario a recorrer para superar sus limitaciones. Se describen diversas situaciones que ilustran principios de integración ya conquistados y se exponen las tres guías fundamentales a seguir para su consolidación.*

**Palabras claves:** modelos de psicoterapia, eficiencia terapéutica, integración en psicoterapia

## Abstract

*The article addresses the strengths and weakness of the current field of psychotherapy. Therefore, a historical journey is presented, which permits to analyze the evolution of the discipline as well as an analysis of the circumstances that favor and threaten its development. The identified strengths revolve around the demonstrated efficiency and the theoretical-technical versatility. The threat focuses on pseudo-scientific procedures and the excessive consumption of psychotropic drugs. The social recognition and dissemination that psychotherapy achieved throughout 100 years, ended up generating a highly fragmented territory, around 4 major theoretical approaches and several hundred of therapeutic approaches. This fragmentation is a source of confusion and the most significant obstacle to its development. Integration is the most reasonable and necessary way to overcome the limitations. A range of situations are described that illustrate principles of integration that have already been achieved, and three fundamental guidelines that can be followed in order to consolidate the path towards integration.*

**Keywords:** psychotherapy models, therapeutic efficiency, psychotherapy integration modelos de psicoterapia, eficiencia terapéutica, integración.



La psicoterapia se encuentra atravesando un período de profunda transformación. En los últimos 50 años reunió una importante cantidad de pruebas empíricas de eficiencia, lo que le confiere el carácter de una disciplina basada en la evidencia. Esta definición no está exenta de controversias, pues, ¿de qué evidencia hablamos cuando hablamos de psicoterapia? y, ¿por qué no enfocar el reverso y buscar (además) las evidencias basadas en la práctica? En todo caso, es indiscutible que la andanada de estudios surgidos fundamentalmente en la academia y, en menor medida, en los centros asistenciales, cosechó una abundante cantidad de resultados (ECA, revisiones sistemáticas y metanálisis mediante) que atestiguan su eficacia y su efectividad. La psicoterapia funciona (Lambert, 2013).

Pero, por otro lado, se ve amenazada por varios frentes. Los más visibles son la sobre indicación de psicofármacos y la sobre oferta de procedimientos alternativos que merecen, en el mejor de los casos, la denominación de prácticas pseudocientíficas, cuando no de intervenciones dañinas. Comencemos por esta última.

Una potente amenaza que se cierne sobre la psicoterapia es, en buena medida, producto de su propio éxito. Los beneficios que la psicoterapia cosechó en los últimos tiempos dieron lugar a una creciente circulación de prácticas alternativas y pseudocientíficas que reúnen una gama de procedimientos tan variada como extraña. A ese conjunto pertenece un grupo muy heteróclito que oscila desde “terapias” de fundamentos inconsistentes e inefectivas hasta prácticas de sugestión, adivinatorias, esotéricas, ilusionistas, etc., que no dudan en autodenominarse “terapias” y que generan confusión respecto del servicio que prestan. En ese lote encontramos procedimientos que oscilan desde inocuos e irrelevantes hasta otros que tienen un efecto francamente perjudicial. Los usuarios de estas prácticas son legión y muchos de ellos refieren sentirse ayudados, proclamando efectos favorables en su vida diaria (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin y Latzman, 2014). Vale la pena señalar que este fenómeno no está restringido a la población adulta, también incluye prácticas con niños y adolescentes (Hupp, 2019).

¿Qué podemos hacer los psicoterapeutas frente a esta invasión? No abordaré en este artículo cuestiones corporativas. Desde el punto de vista disciplinar, tenemos por delante una doble necesidad que los terapeutas suelen considerar con liviandad: fortalecer los lazos de nuestra práctica con las bases científicas y aumentar nuestras competencias para comunicar mejor los alcances de lo que ofrecemos. Los invito a enfocarnos en la otra amenaza.

Psicoterapia y psicofarmacoterapia comparten la oferta terapéutica en el campo de la salud mental y lo hacen con una competencia cada día mayor. Esta contienda no solo se expresa en las políticas de los organismos de gestión y en las campañas que llevan a cabo los cuerpos colegiados, sino que tiene lugar, además, en la vida cotidiana. Los usuarios que concurren a los centros asistenciales se distribuyen entre grupos que defienden una u otra de dichas indicaciones y otro grupo que no se inclina francamente por ninguna de ambas opciones. En 1999, al tiempo que los psicofármacos aumentaban su consumo aceleradamente, Lou Marinoff, un profe-

sor de filosofía, publicó un texto de enorme difusión, titulado en castellano “Más Platón y Menos Prozac”, en el que abogaba por incrementar la función reflexiva ante al avance desmedido de la medicalización. Aunque parezca una simple anécdota, ese mismo año, los psicólogos lograron una primera habilitación para recetar psicofármacos en la isla de Guam, un enclave en el pacífico, administrado por el ejército de los Estados Unidos.

Veinte años después, existen indicadores de que los psicofármacos están ganando la batalla y no faltan voces que asocian ese hecho con una declinación de la psicoterapia. En primer lugar, esto puede constatarse en una serie de artículos que reflejan un persistente y sostenido incremento de los fármacos en relación con el consumo de la psicoterapia en Estados Unidos (Olfson y Marcus, 2010; Olfson, Wang, Wall, Marcus y Blanco, 2019). ¿Por qué viene ocurriendo este fenómeno? Las principales razones no pueden deducirse de haberse encontrado pruebas de eficiencia comparada en favor de los psicofármacos para los trastornos mentales en general. Ese es el caso en algunas condiciones clínicas específicas (e.g., depresiones extremas, trastornos bipolares), pero no aplica para el caso de los trastornos mentales comunes (especialmente en las formas leves a moderadas), o para disfunciones de la personalidad. Por otro lado, se ha encontrado (McHugh et al., 2013) que las preferencias de los usuarios (un componente de los tratamientos basados en la evidencia) se inclinan, cuando predominan la ansiedad y la depresión, por recibir psicoterapia antes que medicamentos.

Argumentos más consistentes aparecen en la ofensiva de la industria farmacológica para aumentar el consumo de los psicofármacos. Algo directamente vinculado con el dramático fenómeno del sobrediagnóstico, especialmente en algunas patologías (Frances, 2014), así como con la patologización emprendida respecto a los fenómenos emocionales normales como la tristeza (Horwitz y Wakefield, 2007). Razones económicas asoman con mayor fuerza que los argumentos científicos para explicar ese fenómeno.

Al mismo tiempo, en esa ofensiva se suman factores vinculados con intereses y políticas profesionales. En particular, lo referido a la habilitación para la prescripción de dichos medicamentos. En primera instancia, somos testigos de un fenómeno preocupante: el hecho de que son los médicos en general (clínicos, cardiólogos, gastroenterólogos, ginecólogos, etc.) y no los especialistas en psiquiatría quienes recetan, en su gran mayoría, esos fármacos. Digamos, al pasar, que la elección de la especialidad en psiquiatría parece ser una tendencia a la baja en algunos países, entre ellos Estados Unidos.

A esta situación se ha sumado un hecho alarmante que toca directamente al corazón de la psicoterapia. Los psicólogos comenzaron a incorporarse a la legión de profesionales habilitados para recetar medicamentos en algunas regiones. A la vanguardia de este fenómeno se encuentra, también, Estados Unidos donde, luego de Guam, en varios estados se autorizó por ley a los psicólogos (bajo ciertas condiciones) a indicar psicofármacos a sus pacientes. El primero fue Nueva México

(2002) y le siguió de cerca Louisiana (2004). Este fenómeno despertó muchas controversias en las corporaciones profesionales tras lo cual, durante un período de 10 años, no se agregaron nuevos territorios. Pero, tras ese período, el proceso se aceleró. Illinois (2014), Iowa (2016) e Idaho (2017) se agregaron a esa lista que parece no tener freno allí. El número de psicólogos que ya recibieron esa habilitación no es pequeño; sólo en Illinois suman más de 5.000 (Robiner, Tompkins y Hathaway, 2020).

Los requisitos que se solicitan para otorgar dicha habilitación son fuente de ásperas discusiones que exceden este relato. Pero, este fenómeno constituye un hecho muy relevante pues marca una fuerte presión en desmedro de la psicoterapia. Un fenómeno que probablemente se extienda a otros países, como Australia y Gran Bretaña.

Eludí la consideración de los tratamientos combinados (psicoterapia + psicofármacos) ya que el tema resulta más complejo todavía, por ejemplo, en relación con la eficiencia comparada. De modo muy sintético, creo que, más allá de la reconocida utilidad de dichas indicaciones en varias condiciones clínicas (e.g., bipolaridad), el uso cada día más extendido de tales combinaciones enmascara, en el consumo global, otro avance de los medicamentos sobre los tratamientos psicológicos.

La turbulenta época por la que atraviesa la psicoterapia puede resumirse en que su territorio está sumamente fragmentado y sus acciones marcadas por fuertes divergencias y confrontaciones. La enorme diversidad de propuestas, la disonancia en relación con sus objetivos y con los criterios para evaluar su eficacia o ejecución, entre muchas otras facetas, muestran un escenario rico en oportunidades pero con muchos puntos críticos. Para abordarlos, nada me parece mejor que recorrer su historia.

### **Primeros Desarrollos**

Nacida como una rama aplicada de la ciencia a principios del siglo XX en el ámbito de las prácticas médicas, adoptó su modelo dominante. El Modelo Médico Clásico, centrado en una epistemología positivista, hacía foco en una concepción biologista, donde el saber pertenecía al experto (el médico) y desconsideraba las variables subjetivas, psicológicas, personales en el proceso terapéutico. El psicoanálisis, la primera forma de psicoterapia científica, se nutrió de aquel modelo médico, pero más tarde se alejó de él, generando una propuesta alternativa, aunque no renunció al saber institucionalizado de su tiempo. Esa tensión implicó para Freud una áspera lucha para lograr validación académica y reconocimiento social para su “Cura por la palabra”. Como sabemos, tuvo éxito en ambos frentes. La Universidad de Viena terminó incorporándolo como docente ordinario en 1920. Y fue recogiendo, paulatinamente, aceptación y reconocimiento en los círculos profesionales y sociales, primero en Europa y luego más allá del continente. En 1942 se fundó la Asociación Psicoanalítica Argentina, un faro que iluminó la navegación del psicoanálisis en América Latina.

A la sombra del psicoanálisis, otro importante movimiento sembró una nueva concepción de la cura. Surgido en el seno de la psiquiatría alemana, el análisis existencial, creación de Ludwig Binswanger, se nutrió de dos fuentes de conocimiento: la medicina (en su rostro de psicología médica) y la filosofía (especialmente en su anclaje en la fenomenología de Husserl, en la Psicología Existencial de Jaspers y en la Hermenéutica heideggeriana). Este movimiento obtuvo prestigio académico y profesional pero logró menos éxito en su diseminación social, aunque no resultó blanco de ataques como ocurriera con el psicoanálisis. Por otra parte, mientras el psicoanálisis derivó, a través del tiempo, de un modelo médico hacia una disciplina interpretativa, el abordaje humanístico-existencial navegó entre dos aguas: la praxis médica y la reflexión metafísica. No obstante, siempre tuvieron algo en común: ambos se concebían como terapias analíticas.

Sobre la vuelta de la mitad del siglo, la psicoterapia pega un giro decisivo para su constitución. Abandona la nave de la medicina como embarcación primordial y se desplaza hacia una ciencia nueva, atrevida: la psicología, una de las múltiples ciencias sociales que florecen durante el siglo XX. La psicología gana posiciones frente a las demás (sociología, antropología, etc.) y logra apropiarse de un arsenal metodológico suficientemente importante para ganar influencia en la Academia y en la sociedad. De cara a la segunda mitad del siglo XX, la psicoterapia queda adscrita a esta nueva ciencia y busca aceleradamente una nueva fundamentación, ya no en la experiencia clínica de psicoanalistas y terapeutas existenciales sino en los laboratorios de experimentación, donde reina el modelo conductista. El conductismo provee un nuevo modelo para abordar las fobias y otros trastornos mentales. Su modelo explicativo se apoya en el condicionamiento (en particular el operante) y aborda los síntomas y las conductas perturbadas como formas aprendidas asociadas a contingencias que alteran el equilibrio del individuo. La finalidad de la terapia será favorecer nuevos aprendizajes, una modificación de la conducta que permita desanclar el síntoma de las respuestas nocivas.

Queda constituido un triángulo teórico y se inicia una lucha en el plano conceptual, en el dominio gnoseológico y en las raíces epistemológicas. La terapia conductista emerge con una ofensiva similar a la del psicoanálisis y entre ellos se entabla una batalla. Aspera, dura. La psicoterapia humanista-existencial queda al margen de esa lucha. Tal vez algo más inclinada hacia el psicoanálisis, resaltando la importancia de la relación terapéutica y el valor concedido al discurso, a la reflexión y a los pliegues de la experiencia. El conductismo, en la vereda opuesta, se hace fuerte como una forma de terapia que reclama validez empírica. Eysenck lo afirma de manera rotunda en su famoso trabajo de 1952. Queda instalado un quiebre en la disciplina.

En 1959, en la costa oeste de EE.UU., Don Jackson y sus compañeros fundan un nuevo instituto destinado a estudiar y brindar ayuda a personas que padecen (entre otras perturbaciones) lo que para la psiquiatría tradicional es una enfermedad biológica: la esquizofrenia. En el Mental Research Institute se defiende un modelo

explicativo diferente para los trastornos mentales apoyado en la concepción de que las perturbaciones emergen del contexto que habita la persona afectada, principalmente el entorno familiar. El paciente que sufre una perturbación deja de ser visto como “el enfermo” y ese rol es asignado al sistema familiar. Así como en los orígenes psicoanálisis y psicoterapia eran sinónimos, la terapia familiar queda asimilada a la terapia sistémica. El modelo sistémico produjo un impacto enorme, con diferencias sustanciales respecto de los modelos precedentes. Planteó una ruptura epistemológica basada en el pensamiento de Bertalanffy (constructivismo mediante). Con un mensaje bastante iconoclasta, sus proclamas rechazaron, en el momento más radical, los dispositivos terapéuticos individuales e identificaron el doble vínculo como blanco de la terapia. Un factor que le otorgó fuertes réditos fue ofertar intervenciones breves y focalizadas, orientadas a buscar soluciones de transferencia ágil a la vida cotidiana. Otro quiebre asoma.

Contemporáneamente, una nueva propuesta terapéutica emergía en la costa este de los Estados Unidos. La terapia cognitiva (TC) se encolumnó (con diferencias) dentro del cauce que había trazado tiempo atrás la terapia conductista, para dar lugar a la terapia cognitiva-comportamental (TCC). La TC y la terapia sistémica establecieron un diálogo interesante. Se acercaron fijando objetivos focalizados, de corto plazo, centrados en la situación actual, empleando herramientas estratégicas y promoviendo tareas en lugar de apoyarse en el estilo discursivo y hermenéutico de las terapias analíticas. Pero se distanciaron, pues la TC retomaba la tradición del modelo médico, mientras la terapia sistémica enfatizaba los aspectos contextuales. La TC se acomodó al sistema de diagnóstico y clasificación oficial (DSM) proponiendo tratamientos acordes con las categorías de dicho sistema: la depresión, la ansiedad, el TOC, el TEPT, los trastornos de personalidad, etc. La terapia sistémica, en cambio, propuso una redefinición de la psicopatología matizada por componentes de la epistemología constructivista y un sistema de diagnóstico ad-hoc que significó un aporte teórico interesante, pero que terminaría claudicando frente al sistema oficial.

## **Interludio**

1000 palabras nos alcanzaron para reseñar el nacimiento de la psicoterapia. Les invito, ahora, a recorrer el camino que la llevó a convertirse en un ícono de la cultura del siglo XX.

Estamos ingresando al último cuarto del siglo pasado. Nacen nuevos modelos, muchos más. Señal de la buena aceptación social y del crecimiento de su demanda. En gran medida, esa arborización fue el fruto de variantes surgidas a partir de los cuatro modelos clásicos. Cada uno de ellos produjo una vasta y diversificada colección hoy circulante.

También para ese entonces (y no es algo menor) habían aparecido señales de integración. La formulación de la teoría de los factores comunes de Frank fue, probablemente, la que mayor energía irradió al respecto.

## La Edad de Oro

En los años siguientes, la psicoterapia se diseminó con cierta velocidad, conquistando un espacio relevante dentro de las prácticas en salud mental. Dicha expansión promovió una activa (y justificada) exigencia para testear su validez científica. La investigación sistemática se puso en marcha y, sobre fines de los años 70, los investigadores pudieron publicar los primeros resultados positivos. Desde entonces, la psicoterapia se apoyó de manera creciente en esos desarrollos empíricos. El ingreso a las Prácticas Basadas en la Evidencia ocurriría 20 años más tarde.

Los últimos veinte años del siglo XX constituyen un período de gloria para la psicoterapia. El reconocimiento social se incrementó significativamente. Quienes tuvimos ocasión de oficiar como terapeutas por aquella época, recordamos cómo creció exponencialmente su demanda. Dejó de ser una práctica para un reducido porcentaje de personas, consideradas raras o que padecían trastornos severos, para pasar a ser un modo de asistencia habitual, aplicable a los diferentes momentos etarios y ámbitos socio-económicos, capaz de brindar asistencia a un espectro amplio de situaciones clínicas. Todavía eran frecuentes, por aquel entonces, los casos en que las personas concurrían a un psicoterapeuta (preferentemente de orientación psicodinámica) tres y hasta cuatro veces por semana (diván incluido). Pero ya eran muchos los pacientes que optaban por las “nuevas terapias”, que se llevaban a cabo semanalmente, y también, con frecuencias más espaciadas. Obviamente, esa progresión fue despareja según países y regiones, pero el avance del consumo fue regular y persistente.

Este fenómeno iba de la mano de una “euforia de los resultados”. Recurriendo a las metodologías que los organismos de gestión científica pontificaban, una masa enorme de estudios aleatorizados y una creciente producción de revisiones sistemáticas y metanálisis fueron poblando las publicaciones especializadas, informando éxitos notables de algunos tratamientos. Los índices de eficacia y los tamaños del efecto que se informaban eran, en muchos casos, particularmente elevados. Resultan innecesarias las referencias al respecto, pues basta una mirada a las publicaciones más destacadas de la época para comprobar esa tendencia. La mayoría de esos estudios fueron realizados con ensayos controlados aleatorizados (ECAs), siendo escasos los que se basaron en muestras clínicas y naturalísticas. Este desbalance y varios otros aspectos de la investigación “oficial” recibieron fuertes críticas, en especial al identificarse importantes sesgos en la recolección y la interpretación de los datos. La metodología metanalítica y los modos establecidos de validación quedaron en el centro de un debate que hoy continúa (Fernández-Álvarez et al., en prensa).

La respuesta a esos debates fue alentar nuevas búsquedas de evidencia. En primer lugar, los estudios de efectividad y el trabajo con poblaciones clínicas recibieron un fuerte impulso, permitiendo revisar los mecanismos de transferencia de la investigación a la práctica asistencial. Este giro hacia una investigación traslacional se completaría años después con el surgimiento del movimiento de la

Investigación Orientada por la Práctica (ver más adelante). Otra renovación fue la incentivación a la investigación cualitativa, utilizando nuevos recursos como entrevistas en profundidad, registros y encuestas. El análisis de los datos, apoyado en metodologías como el Análisis Interpretativo Fenomenológico, permitió acceder a otros datos: condiciones experienciales de los participantes y análisis de casos. Un tercer frente de investigación enfocó en el estudio de los procesos terapéuticos, como mirada complementaria a la investigación de resultados que facilitó explorar el funcionamiento de los mecanismos moderadores y mediadores de cambio.

Los últimos años del siglo XX fueron testigos de importantes novedades que derramaron sobre el tejido de la disciplina. Ingresamos tomando otra fecha icónica: el año 1998. Ese año, Seligman, a cargo de la presidencia de la American Psychological Association, pone en marcha un ambicioso programa para renovar la psicología que designa con el nombre de Psicología Positiva.

Su propuesta está dirigida a superar lo que, a su juicio, constituía una ciencia inclinada a remover dificultades, a vencer obstáculos, a superar limitaciones y carencias que padecen los seres humanos. En el campo de la clínica y la salud mental aquella psicología “negativa” tenía como modelo hegemónico un plan de lucha contra la enfermedad, el malestar y el trastorno. Desde esa perspectiva aquella psicología clínica era heredera del modelo médico sobre el que se había fundado, la psicoterapia. Su propuesta estuvo dirigida a una renovación global de la ciencia psicológica, cuyas implicaciones en el terreno clínico impulsaron un abordaje orientado a promover las emociones y rasgos positivos, a potenciar los recursos y fortalezas del paciente, así como para alentar y cultivar la resiliencia. Su prestigio, forjado en una trayectoria importante en el terreno experimental, asociado a un *zeitgeist* que estaba listo para recibir una propuesta semejante, le otorgaron al programa un ímpetu notable. Legiones de psicólogos decidieron subirse a esta nueva embarcación e iniciar otro viaje hacia la felicidad. Los años siguientes, ya en el curso de este nuevo siglo, fueron testigos de una notable diseminación de dicha propuesta. Sus efectos son palpables, hoy en día, en el territorio de la clínica psicológica. La asistencia propuesta por este programa preconizó un modelo de intervención que está dirigido, en lo fundamental, a tratar con demandas de baja severidad clínica. Que trabaja, además, brindando ayuda a las personas para potenciar las competencias centradas en el éxito y en expandir su sentido de bienestar. Un programa de asistencia semejante requiere, además, un modelo de entrenamiento mucho más simple que el de la psicoterapia tradicional.

A la sombra de este movimiento, se activó un prolífico conjunto de procedimientos que invadió el terreno de las prácticas en salud mental. Ese conjunto incluye diversas opciones, entre las cuales sobresalen ciertos programas de autoayuda, técnicas de acompañamiento y otras modalidades que no reúnen los requisitos necesarios para ser consideradas psicoterapias. Pero que generan, en muchos casos, confusión en los consultantes que buscan ayuda terapéutica. En una sencilla declaración, la Asociación de Psicólogos de Québec señala claramente que la

psicoterapia va más allá de brindar ayuda para enfrentar problemas habituales u otorgar apoyo o consejo; otras intervenciones se le acercan pero no lo son, como: acompañamiento o sostén frente a las dificultades, educación y readaptación, coaching, intervenciones en crisis.

Podrá cuestionarse por qué asociamos estrechamente la psicología positiva con estos procedimientos. Sin duda existen diferencias y deben ser respetadas. Pero, el movimiento generado en la sociedad respecto a estas ofertas y la modalidad en que se llevó a cabo, dificultaron el establecimiento de límites y el reconocimiento de los alcances respectivos. La situación sigue vigente y exige que los terapeutas trabajemos arduamente para ayudar a realizar el deslinde correspondiente.

En ese deslinde cabe señalar que también existen programas de auto-ayuda científicamente fundados y que forman parte del conjunto de intervenciones de baja intensidad que mencionaremos más adelante.

No pasó mucho tiempo antes de que la psicología positiva comenzara a recoger fuertes cuestionamientos. ¿En qué se basaban? Desde el ámbito de la crítica social, se denunciaba su fusión con el “evangelio psicoterapéutico” descrito por Moskowitz y con ese arsenal de procedimientos que encarnaban una cultura centrada en el yo. En la sociedad de fines del siglo XX se había creado, sin duda, un enorme nicho que profesaba los tres principios de ese evangelio: en primer lugar que la felicidad es un don supremo, segundo, que las causas de nuestros problemas están en el individuo, desconociendo la incidencia de lo social, lo político y lo cultural y en tercer lugar, que nuestros problemas pueden “curarse” aplicando los principios del pensamiento positivo. De esos principios se deduce la convicción de que los estados de ánimo, dado que pueden alterarse principalmente por medio de la voluntad, son responsabilidad excluyente de cada cual. Para alcanzar la felicidad lo fundamental es aplicar ciertas técnicas, lo que revela la presencia de un imperativo cultural que nos impone ser felices y condena la infelicidad, entendida como expresión del pensamiento negativo (Béjar, 2015).

En el campo de la clínica esas críticas se centraron en que el pensamiento positivo adolecía por promover excesivamente experiencias placenteras y la búsqueda de logro. Que manifestaba un franco desdén hacia las experiencias duras y dolorosas, sostenido por una filosofía solipsista e individualista, dejando de lado las circunstancias adversas presentes en la vida cotidiana. Por último, que manifestaba un franco descuido de los factores contextuales.

De la mano de esas críticas asomó un nuevo movimiento que tomó la denominación de Psicología Positiva de Segunda Ola (PP2.0). Formulada como una nueva propuesta también apoyada en una filosofía positiva, pero con marcadas diferencias respecto a la versión original. ¿Cuáles son esas diferencias? Sostiene que la primera psicología positiva se deslizó hacia una visión distorsionada de la realidad, acentuando de manera radical los aspectos exitosos, aunque las situaciones positivas y negativas de la vida están interconectadas. La PP2.0 sostiene que en los aspectos brillantes de la experiencia encontramos aspectos negativos y también

reconocemos un lado oscuro en medio de las situaciones positivas. La dialéctica entre ambos fenómenos traduce mejor la realidad de la experiencia humana que una visión binaria de las cosas. La vida es dura y está llena de sufrimiento para mucha gente. No es posible brindar ayuda enfocándonos sólo en perseguir la felicidad y evitar el contacto con el sufrimiento. La PP2.0 se propone llevar a cabo intervenciones orientadas a promover la búsqueda de sentido, lo que la sitúa nítidamente, dentro del territorio del enfoque terapéutico humanístico-existencial (Wong, 2016).

### **El Enemigo Interno**

Abordaremos ahora las circunstancias que, al interior de la psicoterapia, también constituyen un obstáculo para su avance. Los vallas más importantes, a mi juicio son: 1) las dificultades de los terapeutas para una evaluación crítica de su tarea, 2) la dispersión de los objetivos terapéuticos, 3) las resistencias a la integración de la disciplina.

#### **Debilidad de la evaluación de los terapeutas**

Uno de los trabajos que más polvo levantó en los últimos años, concerniente a aspectos vinculados con los efectos del terapeuta, ha sido un artículo aparecido en el *American Psychologist* (Tracey, Wampold, Lichtenberg y Goodyear, 2014). En dicho trabajo, los autores exponen cuáles son las condiciones que enmarcan (y hacen difícil) alcanzar la experticia como psicoterapeuta. Entre las definiciones que formulan y las recomendaciones que proponen, mencionan varios obstáculos que conspiran para dificultar el logro de dicha experticia. Uno, fundamental, es la frecuente sobreestimación con que los terapeutas evalúan su actuación en la tarea cotidiana. Algo que se potencia, a su vez, con la débil accesibilidad a sistemas adecuados de retroalimentación que ayuden a corregir dicha distorsión.

Hay, además, un fenómeno que actúa de manera complementaria: cierta tendencia de los pacientes a sobrevalorar los resultados que obtienen con los tratamientos. Es habitual que, en actividades vinculadas con la prestación de servicios, los consumidores muestren una tendencia a percibir de manera incremental los beneficios que obtienen. Esto no significa que muchos pacientes no evalúen negativamente los resultados de sus tratamientos, pero predomina una tendencia dominante a enfatizar lo positivo (aunque sea parcialmente) del servicio recibido.

Al mismo tiempo, estas circunstancias están vinculadas con un fenómeno crítico que circula al interior de la relación terapéutica: el manejo del poder. La historia de la psicoterapia da testimonio de importantes avances que se llevaron a cabo en esta esfera con miras a lograr una manera de vinculación más saludable y equilibrada entre pacientes y terapeutas. La posibilidad de disponer de sistemas de evaluación más consistentes sobre los procesos y los resultados terapéuticos pueden contribuir grandemente en esa dirección. Un campo en el que el fenómeno de la distribución del poder mantiene aún importantes puntos débiles a resolver es el terreno de la supervisión (Fernández-Álvarez, 2016).

El conjunto de estas circunstancias potencia actitudes conservadoras entre los terapeutas y promueve la defensa corporativa de los distintos abordajes. Es necesario superar esa valla para impulsar un espíritu crítico que fomente el avance de la disciplina.

### **La Dispersión de los Objetivos**

Si hay algo de lo que los terapeutas parecemos estar suficientemente seguros es que la Alianza Terapéutica (AT) es uno de los componentes fundamentales de la psicoterapia y un potente predictor de los resultados de un tratamiento. Una prolífica cuota de investigaciones lo ha certificado y lo sigue haciendo (Flückiger, Del Re, Wampold y Horvath, 2018), demostrando incluso resultados similares para la psicoterapia presencial vs. la psicoterapia a distancia. La AT se compone de tres elementos, uno de los cuales es el acuerdo entre pacientes y terapeutas respecto de los objetivos del tratamiento. Las dificultades para establecer con precisión dicho acuerdo y las discrepancias existentes en el campo de la psicoterapia sobre la definición de sus objetivos, es uno de los recorridos más desconcertantes de su laberinto.

La psicoterapia tuvo como objetivo, en sus inicios, mejorar la condición clínica de personas que padecían, mayormente, trastornos emocionales. Su meta era, como con otras prácticas médicas, aliviar el sufrimiento y ello estaba directamente asociado a la atenuación o eliminación de los síntomas. Cuando la teoría del aprendizaje se introdujo en su territorio, esos objetivos se desplazaron hacia la promoción de nuevos y más adaptativos aprendizajes. Estos dos fines sentaron las bases de una dualidad troncal de la disciplina que se proyectó, además, sobre cuestiones de método, de procedimiento y, en última instancia, de modelo teórico. En esa dualidad se inscribió lo que Wampold denominó, en 2001 El Gran Debate, un texto crucial cuya actualización 15 años después (Wampold e Imel, 2015), demuestra que el debate sigue en pie.

Las definiciones que circulan en torno a los objetivos de la psicoterapia, varían en gran medida según diferentes fuentes como los modelos teóricos, las organizaciones profesionales, las opiniones de los usuarios y demás. Esto se multiplica si dirigimos la atención al interior de esos conjuntos. Esta dispersión explica las diferencias (por momentos notables) respecto de qué se busca y qué se espera de la psicoterapia. Además, es la fuente que alimenta muchas de las discrepancias que existen entre terapeutas e investigadores a la hora de interpretar los resultados de una intervención específica y, más aún, a la hora de discutir los resultados de un estudio científico. Allí está la raíz de profundos desencuentros entre expertos y entre profesionales. ¿Qué es lo que debe tenerse en cuenta para verificar que un tratamiento ha sido exitoso o no? ¿Qué criterios y qué instrumentos de evaluación son considerados válidos en esa dirección? ¿Qué es lo deseable que produzca una psicoterapia, para quienes, en qué circunstancias?

El relato que hemos planeado nos indica suspender aquí esos interrogantes, que no se agotan en los pocos que hemos mencionado. Retomemos por un instante

la perspectiva histórica. Habíamos quedado en que la psicoterapia persiguió, en sus inicios, aliviar los síntomas. Los diferentes enfoques se hicieron cargo de ese objetivo desde distintas perspectivas, generaron diferentes modelos explicativos, formularon distintos objetivos y propusieron diferentes programas de intervención. Cuando la disciplina se expandió, en la segunda mitad del siglo XX, una palabra aglutinó esas diferencias. Esa palabra fue cambio. Las diferencias se trasladaron, entonces, a los distintos significados que cada abordaje le atribuía al cambio.

Que los síntomas siguen teniendo importancia en la formulación de la demanda y que mejorar el estado de bienestar es un elemento fundamental de la búsqueda de ayuda de los pacientes es indudable. También es posible que los consultantes nos pidan ayuda para atravesar problemas asociados con transiciones evolutivas, enfrentar enfermedades físicas crónicas y/o terminales, resolver problemas de la vida cotidiana, mejorar la comunicación en un contexto vincular, familiar o social, potenciar su desarrollo personal, incrementar su sentido de agencia personal, optimizar su autoestima, enfrentar problemas vinculados con cuestiones de identidad sexual y de género, superar las consecuencias de situaciones en las que sufrieron abuso y/o maltrato, etc. La lista que podemos elaborar es francamente muy larga. Eso habla bien de la psicoterapia en la medida que logró mostrarse como un abanico muy amplio de posibilidades terapéuticas.

El dilema con que nos encontramos hoy en este punto, es precisamente, esa multiplicidad. Porque sostener los procesos de cambio es una propuesta abarcadora y amplia pero necesita especificaciones. Que no son suficientes con señalar que esos cambios pueden producirse en el terreno de las emociones, de las cogniciones y de las conductas, aunque esa referencia sea útil para orientarnos. Necesitamos un modelo de la actividad psíquica y de las disfunciones de dicha actividad que pueda acoger ese vasto ramillete de motivos en torno a fines genéricos. Para ello necesitamos adoptar de manera plena un modelo dimensional del estilo propuesto por el HiTOP (Hopwood et al., 2019). Y asumir que la multiplicidad de objetivos en torno a los cuales puede organizarse la psicoterapia merece alinearse jerárquicamente en un continuo que abarca desde las formas más focalizadas y acotadas del comportamiento hasta las formas más complejas y totalizadoras de la organización de la experiencia personal. Esa psicoterapia podrá variar en sus dispositivos según las necesidades de cada cual, pero siempre tendrá presente que los cambios se distribuyen desde transiciones simples de la conducta hasta la búsqueda para optimizar la calidad de vida de las personas.

### **Resistencias a la Integración de la Disciplina**

Tres son las razones que operan, con mayor frecuencia, en contra de la integración teórica: a) la hipótesis de la inconmensurabilidad, b) la hipótesis de la irreducibilidad y c) la defensa de los territorios privados.

Muchos profesionales y académicos sostienen que la integración es imposible y que seguirán siendo necesarios múltiples enfoques, pues el campo de la psicoterapia

es un territorio tan amplio y diversificado que ningún modelo puede abarcarlo en su totalidad. En apoyo de esa opinión se levantan dos argumentos complementarios. Por un lado, que la naturaleza del ser humano es demasiado compleja, y por otro, que los problemas que aquejan a las personas y los llevan a buscar ayuda se distribuyen en niveles muy heterogéneos de la experiencia.

La mente humana es, ciertamente, un fenómeno de enorme complejidad y obedece, además, al principio de autoorganización. Sin embargo, no es la multiplicación de puntos de vista los que proveerá una mejor aproximación al objeto, sino el desarrollo de un sistema de observaciones más preciso. Esto ocurrió en otros campos de la ciencia que se ocupan de fenómenos de extrema complejidad. La psicoterapia hizo grandes progresos, pero aún se encuentra en un estadio pre-paradigmático. Necesita articular las perspectivas teóricas disponibles en un modelo consistente y aprovechar la diversidad de recursos técnicos de modo sincronizado. En pocas palabras, necesita avanzar hacia una formulación integrativa, paradigmática (Goldfried, 2019).

Por su parte, el argumento de la irreductibilidad se refiere a la supuesta imposibilidad epistemológica de traducir a un lenguaje común los principios teóricos que sustentan cada uno de los abordajes. De acuerdo con esta tesis, la única articulación posible entre enfoques teóricos diferentes es mediante alguna variante de eclecticismo, término frecuentemente asociado con una inconsistencia teórica. Más allá del prejuicio de otorgar valoración negativa a cualquier propuesta ecléctica, considero que hay buenas razones para atravesar las fronteras interteóricas y acceder a un modelo que pueda integrar los diferentes enfoques. Eso será factible en la medida en que la psicoterapia mejore su articulación con el estudio de los procesos básicos y utilice un principio organizador adecuado. Estamos en el camino para encontrar la salida a ese laberinto, como veremos más adelante.

La tercera valla con que choca el movimiento que busca la integración de la psicoterapia no proviene de ninguna formulación teórica ni de argumentos ligados con alguna praxis específica. Reside en lo que Paris (2013) señaló, de manera muy sintética: el peor enemigo que tiene la psicoterapia para la integración son los propios terapeutas que luchan encarnizadamente para demostrar la superioridad relativa de cada uno de sus respectivos modelos y, se resisten, por lo tanto, a abandonar sus kioscos privados que les permiten, a cada uno, ofrecer artículos y productos con una marca registrada (textos, seminarios, sistemas de prestación, etc.), preferiblemente designada con un acrónimo de tres siglas. El predominio de una actitud feudal es, según Paris, el obstáculo fundamental que se opone al progreso de la disciplina hacia la constitución de un cuerpo integrado.

### **El Exito Cuestionado**

Como con tantas situaciones de la vida, la psicoterapia es un organismo que también estuvo expuesto a situaciones de luz y de sombra. Éxitos y fracasos se combinan en su devenir formulándonos muchos interrogantes. Habíamos dejado

nuestro cuento en la buena cantidad de pruebas de eficiencia cosechadas por los terapeutas. Más tarde, fueron apareciendo nuevos estudios cuyos datos relativizaron el alcance de esos beneficios, verificando que varios abordajes resultaban menos exitosos que en las estimaciones iniciales. Uno de esos hallazgos fue que el porcentaje de abandonos (y particularmente en la etapa temprana) mostraba índices significativos (Swift y Greenberg, 2012). Dicho fenómeno se observó en un amplio abanico de condiciones clínicas, motivando fuerte interés para detectar los factores de mayor incidencia. Por ejemplo, se encontró que la calidad de la alianza terapéutica (AT) pesa más que la severidad sintomática para generar el abandono (Gmeinviesser, Kuhlencord, Ruhl, Hamayer y Probst, 2020).

Además de la deserción, también se recogieron múltiples evidencias de limitaciones y fracasos terapéuticos, expresadas de diversas maneras: débil respuesta a los tratamientos, intervenciones inertes, importantes índices de recaídas y recurrencias. Por supuesto, estos fenómenos varían según las diferentes condiciones clínicas y relacionales consideradas. Esto alimentó el interés por estudiar las condiciones terapéuticas y los pacientes que resultan altamente resistentes al tratamiento. Lo que se tradujo en una interesante producción de diferentes enfoques, como por ejemplo, el psicodinámico (Abbass, 2015) y el cognitivo-conductual-integrativo (Westra, 2012).

Además del hallazgo de esas diversas limitaciones, se instaló en el territorio de la psicoterapia una decidida actitud dirigida a desafiar la calidad y los efectos de la práctica. Una actitud, mayormente ausente a lo largo de su historia. Los terapeutas se animaron a reunir pruebas empíricas sobre tratamientos dañinos y perjudiciales (Lilienfeld, 2007) y continúan activamente movilizados para estudiar la presencia de efectos negativos generados por los tratamientos (Klatte, 2018).

### **La Incesante Renovación**

Asumir las limitaciones y los efectos negativos en sus prácticas fue un golpe narcisista por un lado, pero también un impulso a la renovación de la disciplina. Como en cualquier rama de la ciencia, esos fenómenos sirvieron para madurar. Nuevas propuestas llegaron para enriquecer el terreno.

### **La psicoterapia y la Atención Primaria**

Como recordará el lector, hacia fines del siglo pasado, una ola de optimismo inundó nuestro territorio. Generó muchos adeptos y cosechó también muchos críticos. Además de la psicología positiva y otras propuestas similares, nuevas voces y nuevos procedimientos surgieron en ese tiempo, como expresión de la riqueza productiva reinante en nuestra disciplina. Tomaremos en consideración y de manera sintética dos manifestaciones. La primera, de carácter procedimental, remite al desarrollo de un conjunto de herramientas denominadas, genéricamente, Intervenciones de Baja Intensidad (recordarán que las rozamos algunas páginas atrás). Entre ellas, podemos mencionar programas de auto-ayuda guiados (en este

caso sólidamente diseñados), empleo de biblioterapia, programas computarizados focalizados, entrenamientos en registro y monitoreo de conductas, ejercicios de intercambios grupales. Estos procedimientos suelen emplearse para operar, fundamentalmente, en el ámbito de la atención primaria. Algunos programas como el IAPT en Gran Bretaña y el Steps Care en Australia utilizaron exitosamente estas herramientas como parte de una tarea de prevención en el terreno de la salud mental. Su foco principal de intervención está centrado en los trastornos mentales comunes y en los niveles más sencillos de severidad disfuncional. Se trata de instrumentos simples, que pueden aplicarse sin necesidad de entrenamientos complejos como el que requiere la psicoterapia tradicional. La eficiencia demostrada hasta el momento, despertó mucho el interés hacia el desarrollo de programas similares en muchos países. En estos programas hacen su aparición recursos que emplean intervenciones remotas. Los procedimientos a distancia asoman como una nueva herramienta muy útil, con múltiples brazos, sobre lo que volveremos sobre el final.

Existen otros ejemplos de recursos originados en algún modelo de psicoterapia que se trasladaron hacia el campo de la prevención y la atención primaria. En ese flujo pueden operarse intervenciones muy útiles para poblaciones masivas, que incluyen una vasta proporción de personas que no reciben psicoterapia y pueden beneficiarse en gran medida de esos programas. Esto retoma la pregunta sobre la naturaleza de nuestra disciplina y los alcances de sus aplicaciones. ¿Cuál es el rol que está llamada a cumplir la psicoterapia en el campo de la atención primaria? ¿Puede considerarse la psicoterapia como una práctica preventiva? ¿O los modelos de prevención en salud mental pueden recurrir a recursos técnicos e instrumentales desarrollados dentro de la psicoterapia pero con otro formato, otra finalidad? Dejamos aquí al lector con estas preguntas para seguir recorriendo el laberinto de nuestra práctica.

### **Otra vuelta de tuerca**

Una de las características sobresalientes de la psicoterapia es haber progresado con una enorme versatilidad teórico-técnica, reflejada en la gran diversidad de recursos disponibles para ayudar a generar procesos de cambio. Como ya mencionamos, los modelos se multiplicaron aceleradamente, fundamentalmente a partir de los cuatro grandes enfoques teóricos.

La potencia teórica los cuatro grandes modelos se evidencia en la enorme capacidad que tuvieron para evolucionar y reinventarse en muchos aspectos, generando brotes que dieron lugar a nuevas ramas, muchas veces contrastantes entre sí. Empezando por la terapia psicodinámica, con la enorme descendencia que tuvo el psicoanálisis freudiano. Desde la psicología individual (Adler) y la psicología analítica (Jung) hasta el psicoanálisis relacional (Mitchell) y el psicoanálisis lacaniano, la colección de modelos es tan nutrida como heterogénea. Si nos detuviéramos a observar esa diversidad en detalle, encontraríamos además, modelos que han trazado puentes directos con otros enfoques teóricos, como es el caso de

la terapia cognitivo-analítica (Ryle) y otros que no establecieron una conexión formal pero muestran convergencias conceptuales, como en el caso de la terapia de mentalización (Bateman y Fonagy).

Un ejercicio semejante podemos llevarlo a cabo con la terapia humanístico-existencial y veremos cómo se fue arborizando a través de los años de manera equivalente en un espectro amplísimo que abarca desde la logoterapia (Frankl) hasta la terapia centrada en las emociones (Greenberg). Otro tanto ocurre con la terapia sistémica, que sigue gestando nuevos abordajes como la terapia familiar multidimensional (Liddle) y la terapia familiar funcional (Sexton).

Quiero centrarme en lo que ocurrió a este respecto dentro de la corriente comportamental-cognitiva. Hacia fines del siglo pasado, irrumpió un nuevo movimiento que tomó el nombre de Tercera Ola, pues propuso avanzar un paso más allá de la terapia cognitiva clásica desarrollada por Beck. Integrado por un conjunto diverso de enfoques terapéuticos, liderado por la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y donde están representados otros abordajes como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la Terapia Analítico Funcional (TAF), la Terapia Cognitiva para la Depresión Basada en Mindfulness (TCDBM) y otras.

La características más relevantes de la TAC son la recuperación de enunciados skinnerianos, el empleo de la teoría de los marcos relacionales y el contextualismo funcional. Además extendió el foco del abordaje hacia nuevos temas como el papel de las emociones y de los valores. Algunas de esas características (contextualismo, valores) evidencian puentes de conexión con otros enfoques de psicoterapia, como la terapia sistémica y la terapia humanístico-existencial. Cerramos este apartado haciendo referencia a la TCDBM, destacando el primer plano que le otorgó al entrenamiento en mindfulness, como un nuevo recurso para la psicoterapia. Varios enfoques de la Tercera Ola lo emplean y su diseminación en el campo de la salud mental y de otras áreas ha sido uno de los procesos más explosivos en la historia de nuestra disciplina.

Es sabido que mindfulness es una modalidad de meditación originada en la cultura budista. Creo que no hemos realizado todavía una adecuada indagación acerca de cómo y por qué esta práctica cobró tanta relevancia en el mundo occidental en nuestro tiempo. No se explica solo por ser una práctica de meditación pues existen muchas otras y entre ellas varias que están asociadas con corrientes culturales más afines con la cultura occidental. Su plataforma de lanzamiento fue como un recurso para ayudar a pacientes con enfermedades físicas terminales, desplazándose al campo de la salud mental donde cobró un vigor inusitado. En ese terreno fue, en principio, una herramienta asociada a programas de tratamiento como el caso del citado MCDBM, ocupando también un lugar relevante en el programa de la TDC para pacientes borderline. Pero, poco después, cobró vida propia como abordaje terapéutico independiente y su ámbito de aplicaciones se multiplicó aceleradamente. Trascendió ese espacio y se convirtió en una práctica de desarrollo personal enfocada en trabajar la atención plena, la concentración en el presente y la puesta

entre paréntesis de enjuiciamientos. Su práctica se expandió de manera quizás más exponencial que lo que ocurriera en su momento con la psicología positiva. Una pregunta que recorre los ambientes académicos y profesionales se refiere al estatus disciplinar que le corresponde: ¿es un modelo más de terapia (¿de psicoterapia?) o es una herramienta que pueden usar determinados tratamientos para propósitos específicos? Mientras tanto, se ha puesto en marcha la maquinaria destinada a testear la evidencia que muestran sus aplicaciones. Creo que todavía no tenemos suficiente distancia para ponderar adecuadamente los resultados pues los datos son poco concluyentes. Necesitamos más tiempo para una evaluación más fina.

La psicoterapia se encuentra en una laberinto. Mucha gente se beneficia de sus aplicaciones. Pero, al mismo tiempo, se encuentra fragmentada en diferentes planos y niveles, lo que produce un clima de incertidumbre y confusión. En lo teórico, en los objetivos, en la manera de evaluar sus logros y/o sus fracasos. Y está dividida en múltiples facetas. Dividida entre los intereses y las acciones que llevan a cabo los clínicos y los investigadores. Algo que el nuevo y potente movimiento de Investigación Basada en la Práctica intenta subsanar (Fernández-Álvarez, Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018).

La psicoterapia muestra varias divisiones. Dividida entre un modelo de atacar el síntoma y un modelo de fomentar la reorganización personal. Dividida entre estrategias terapéuticas complejas que apuntan a generar cambios estructurales y estrategias simples que están dirigidas a la prevención y la atención primaria. Alguna vez, Barlow (2004) sugirió que su territorio debería escindirse en dos prácticas: los tratamientos psicológicos (con programas formalizados de intervención) y la psicoterapia propiamente dicha, en el sentido tradicional de la palabra.

Los resultados de la investigación están divididos entre datos de eficacia y datos de efectividad terapéutica. El foco de la investigación misma oscila entre privilegiar el estudio de resultados y el estudio de procesos terapéuticos. Las metodologías cuantitativa y cualitativa tienen una relación poco complementaria. El debate sobre la incidencia relativa de la alianza y las técnicas sobre los resultados terapéuticos continúa abierto.

### **Consolidar la integración**

En buena medida, la integración ya se ha alcanzado. Lo que resta es consolidarla. Ello nos permitirá encontrar la clave para salir del laberinto.

Muchos signos testimonian la vigencia de la integración en la actualidad.

- \* Un número creciente de propuestas terapéuticas se definen como enfoques o abordajes integrativos. Esto vale no tanto por la denominación como por el espacio conceptual que ocupa la integración en el modelo. Ejemplos: el enfoque Cognitivo-Experiencial de Epstein o la terapia Cognitivo-Analítica de Ryle.
- \* La psicoterapia integrativa tiene activos representantes en distintas partes del mundo (Gómez, Iwakabe y Vaz, 2019).

- \* Muchos modelos que proponen un abordaje diferencial y específico, se enrolan dentro del movimiento genérico de la integración. Por ejemplo, el EMDR (Shapiro, 2018), la Terapia Dialéctico Conductual (Heard y Linehan, 2019) y el Sistema de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia (Cognitive-Behavior Analysis System of Psychotherapy, McCullough y Schramm, 2019).
- \* Muchos de los principios que cuentan con mayor consenso en la disciplina tienen un carácter transteórico o transdiagnóstico, como por ejemplo: Estadios de Cambio, Alianza Terapéutica, Psicoeducación, Tareas intersesión, Niveles de Desarrollo de Supervisión, etc.
- \* La perspectiva transdiagnóstica acercó una mejor articulación de la terapia con los procesos básicos y generó programas de intervención más genéricos (comenzando por El Protocolo Unificado de Barlow).
- \* Diversos fenómenos clínicos han sido abordados por múltiples enfoques teóricos como, por ejemplo: Patrones de Apego, Desregulación Emocional, etc.
- \* Las instrumentos y herramientas técnicas que se utilizan tienen una elevada carga de transferencia interteórica. Algunas de ellas son particularmente versátiles como el Juego de Roles, o la Entrevista Motivacional.
- \* Los estudios de eficiencia terapéutica (tanto de eficacia como de efectividad) tienden a mostrar que, en muchas situaciones clínicas, diversos abordajes obtienen resultados equivalentes. Esto vale en situaciones tan diversas como:
  - Depresión (TCC, Terapia Interpersonal, etc.).
  - Trastornos Bipolares (Terapia Familiar, TCC, Terapia Interpersonal y de Ritmo Social).
  - Trastornos de Personalidad (TDC, Terapia Basada en la Mentalización, STEPPS, etc.).

En conclusión: ningún modelo en particular es superior a los demás en general.

Estos datos habilitan otras preguntas: ¿Qué pruebas tenemos de que un modelo integrativo aumente la eficiencia de la psicoterapia?, seguida de ¿qué ventajas podemos o esperamos encontrar si desarrollamos un modelo integrativo sólido y abarcador? Y, finalmente, ¿sobre qué base podemos desarrollar ese modelo?

La respuesta para la primera de estas preguntas es: al día de hoy, no contamos con tales pruebas. No contamos con evidencia directa de algún modelo integrativo de psicoterapia que sea más eficiente que los modelos independientes. Este es un punto débil, al menos en términos de la política oficial de validación de tratamientos. ¿A qué se debe este vacío? Fundamentalmente, al hecho de que un modelo integrativo es, debido a su complejidad, particularmente difícil de someter a estudios clásicos de investigación. La evidencia puede reunirse, en cambio, de manera indirecta, a partir de estudios relativos con abordajes particulares. Por ejemplo, la terapia centrada en los esquemas de Young (explícitamente definida con un carácter

integrativo) dispone de un importante conjunto de pruebas. Así como disponemos de una buena cantidad de datos positivos de la TDC de Linehan y de la terapia de Mentalización de Bateman y Fonagy. Esos abordajes (y otros más) están incluidos y sirven como soporte empírico a un modelo integrativo para el tratamiento de los trastornos de personalidad como el abordaje Modular desarrollado por Livesley, Dimaggio y Clarkin (2016).

La potencia de la integración se apoya en las observaciones que nacen de la práctica clínica. Por un lado, encontramos que un número mayoritario de psicoterapeutas se declara integrativo en su práctica cotidiana. Además, la aplicación de un abordaje de esa naturaleza es percibido por los terapeutas como un instrumento que ofrece más ductilidad, que se adapta a una mayor cantidad de situaciones y que puede brindar más beneficios pues cuenta con un número más amplio de herramientas. Esto último ilustra las ventajas de este enfoque en la tarea cotidiana.

¿Sobre qué base podemos avanzar hacia la integración teórica de la psicoterapia? Desarrollar un modelo integrativo significa afrontar el desafío de reunir los prismas teóricos de los enfoques clásicos para alcanzar un punto de mira totalizador sobre el objeto de estudio y aumentar la capacidad de promover procesos de cambio favorables para el consultante. Hemos presentado una propuesta sobre los tres ejes en los que debe apoyarse dicho desarrollo (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017):

- \* relevar la labor de procesamiento de la información de la actividad mental desde una perspectiva que incluya los distintos vectores de análisis.
- \* emplear modelos descriptivos y explicativos de la actividad psicológica funcional y disfuncional que abarque su organización en los diferentes niveles, desde las conductas observables hasta las modalidades nucleares de la organización de la experiencia.
- \* relevar el papel nuclear de la personalidad como eje articulador de los distintos pliegues de la experiencia personal y social.

El análisis del procesamiento de la información aparece como el instrumento más facilitador para operar como traductor entre los diferentes enfoques teóricos. Ha sido utilizado, principalmente, por el enfoque cognitivo, pero su utilidad puede trasladarse a los restantes enfoques (David, Cristea y Hofmann, 2018). Para que pueda cumplir con ese rol es fundamental llevar a cabo dicho análisis teniendo en cuenta los diferentes niveles de procesamiento que están presentes en la vida humana. En su etapa inicial, el procesamiento de la información fue enfocado restrictivamente desde una perspectiva lógico formal, pero existen otros modos de procesar información en los que la tarea de la psicoterapia está involucrada y a los cuales hay que recurrir para tener una visión amplia del objeto de estudio. Es necesario disponer, para ello, tanto de un procesamiento encarnado, como contextual (situado y extendido) y dinámico.

La labor de la psicoterapia está dirigida, en todos los abordajes, a promover procesos de cambio. Los diferentes enfoques teóricos abordaron el cambio desde

distintas perspectivas, atendiendo a distintas funciones (motivación, aprendizaje), a distintos momentos (experiencias tempranas, aquí y ahora, devenir), a distintos protagonistas (individuo, contexto). De ello se desprendió un énfasis mayor en el comportamiento o en la experiencia personal. La sombra del gran debate vuelve a asomar en este punto. Frente a ello, es necesario desplegar un abordaje que trascienda dichas antinomias, integrándolas en un circuito de doble dirección (top-down; bottom-up) entre la conducta y la experiencia.

Todos los enfoques terapéuticos se han valido de algún modelo psicopatológico, incluidos los componentes relativos al diagnóstico y la clasificación de los disfunciones. La evolución de los diferentes abordajes desde los orígenes hasta la actualidad fue correlativa a las distintas concepciones psicopatológicas, desde el modelo médico clásico, hasta los Modelos de Red (Borsboom, 2017) hoy en pleno desarrollo. Una de las convicciones más firmes que tenemos respecto de cómo podemos avanzar hacia la integración, es la utilidad de un modelo psicopatológico dimensional. El HiTOP representa una propuesta particularmente útil en ese sentido (Hopwood et al., 2019). Como un eje central de esa perspectiva, asoma la personalidad como principio articulador entre los diferentes niveles que recorre el diagnóstico clínico y la intervención terapéutica. De hecho, muchas de las hipótesis actuales sobre las razones que explican la tendencia a los fracasos terapéuticos en muchos pacientes con trastornos emocionales se atribuye a la presencia de aspectos disfuncionales de la personalidad. El grado de equilibrio y consistencia del sistema de la personalidad se presenta como una columna vertebral de la funcionalidad/disfuncionalidad de la actividad psíquica y merece ser considerada en todas las intervenciones psicoterapéuticas.

## Final

Vivimos un tiempo de pandemia, un tiempo extraño. Azotados por la descarga de un trauma masivo que nos conmueve y nos interroga. La psicoterapia no podía quedar ajena a este fenómeno y allí fue. Allí fuimos los pacientes y los terapeutas a buscar una manera de continuar la obra, como los lectores de Fahrenheit 451 trataban de preservar la literatura. Y encontramos nuestro lugar en las pantallas de las computadoras, de las tabletas, de los dispositivos móviles. Internet mediante pudimos, durante este tiempo seguir brindando nuestra ayuda.

Afortunadamente, la psicoterapia a distancia y los tratamientos remotos ya venían ensayándose desde hace unos cuantos años. La experiencia acumulada había comenzado a plasmarse en importantes revisiones (Andersson, 2016) y en nuevas revistas íntegramente dedicadas al tema como *Internet Interventions*, *JMIR* y sus *spin off*, *Cyberpsychology behavior and social networking*, entre otras.

La psicoterapia, poniendo de manifiesto una vez más su versatilidad, incorporó la teleterapia como un recurso adicional. Los terapeutas comenzaron a ensayar modos de evaluación remota, programas computarizados de tratamiento, terapia asistida a distancia y modalidades de supervisión on-line. Como con otros compo-

nentes a lo largo de los últimos 50 años, cada nueva aparición generó una corriente de estudios de investigación. A grandes rasgos, los resultados con que contamos es que estas aplicaciones son eficientes. Es más, que la eficiencia demostrada es equivalente a la de las intervenciones presenciales y que esto se ha probado con intervenciones basadas en distintos enfoques teóricos (Andersson, 2016). Una vez más, nos encontramos con un empate, pero todavía no ha pasado suficiente tiempo ni tenemos suficiente perspectiva para sacar conclusiones.

Por de pronto, todos los días, en todas partes del mundo, muchas personas reciben ayuda gracias a esta metodología. Muchos pacientes pueden encontrar alivio para su dolor y sufrimiento gracias a que hay terapeutas que pueden valerse de una computadora para conectarse con ellos pese a la distancia física y el confinamiento. Los terapeutas disponen, a su vez, de guías de aplicación para este nuevo abordaje (McCord, Benhard, Walshet, Rosner y Console, 2020).

Para compartir, una mínima nota auto-declarativa. Hace un par de meses todas las sesiones con mis pacientes (¡individuales y grupales!) las llevo a cabo gracias a este recurso. No da para comentar, en pocas palabras semejante experiencia. Pero funciona, es diferente, por momentos es un poco más agotadora, y tenemos mucho que aprender.

¿Qué ocurrirá con este campo de desarrollo y su relación con la psicoterapia? Las aplicaciones posibles de teleterapia en el futuro son enormes. Desde desarrollos instrumentales para el diagnóstico y el monitoreo de procesos, como para sostener estrategias terapéuticas en diferentes condiciones clínicas. En todos los casos, se abre un interrogante que nos lleva al comienzo de este cuento. Si la psicoterapia ha sido definida, sistemáticamente, como un proceso de comunicación interpersonal, ¿es posible que ello tenga lugar a distancia, con alcances y beneficios equivalentes a las intervenciones presenciales? Lo que lleva, a La Gran Pregunta: ¿qué papel cumple el vínculo entre paciente y terapeuta y qué lugar le está reservado, a su vez, a los procedimientos teórico-técnicos que se emplean en cada tratamiento?

El día que podamos ponderar del modo más sintónico posible el papel que cumple el vínculo y la manera en que se combina con las tareas que proponemos al paciente, el día en que podamos deslindar cuánto es el peso relativo de la persona del terapeuta (para bien o para mal) en el curso de los tratamientos y cuánto es la cuota de participación del paciente (con sus recursos, sus expectativas, su compromiso con la terapia) en los resultados, habremos encontrado una de las posibles salidas del laberinto. Probablemente no haya una sola.

## Referencias Bibliográficas

- Abbass, A. (2015). *Reaching through Resistance*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-159. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Barlow, D. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869>
- Béjar, H. (2015). La identidad ensamblada: la ordenación de la felicidad. *Papeles del CEIC*, 133, 1-19. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.13234>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5-13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why CBT is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(1). <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H. y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Fernández-Álvarez, J., Fernández-Álvarez, H. y Castonguay, L. G. (2018). Resumiendo los nuevos esfuerzos para integrar la práctica y la investigación desde la perspectiva de la investigación orientada por la práctica. *Rev. Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 353-362.
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Gómez Penedo, J. M. y Youn, S. J. (en prensa). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*. Avance de publicación online. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The Alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona, España: Ariel.
- Gmeinvieser, S., Kuhlencord, M., Ruhl, U., Hamayer, Y. y Probst, T. (2020). Early development in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in CBT. *Psychotherapy Research*, 30(4), 462-473. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1609709>
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484-496. <https://doi.org/10.1037/amp0000365>
- Gómez, B., Iwakabe, S. y Vaz, A. (2019). International Themes in Psychotherapy Integration. En J. C. Norcross y M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3ª ed., pp. 448-473). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Heard, H. L. y Linehan, M. M. (2019). Dialectical Behavioral Therapy for BPD. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3ª ed., pp. 257-283). Nueva York, NY: Oxford.
- Hopwood, C. J., Bagby, M. R., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweat, S., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*. Avance Online de Publicación. <https://doi.org/10.1037/int0000156>
- Horwitz, A. V. y Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness*. Nueva York, NY: Oxford.
- Hupp, S. (2019). *Pseudoscience in child and adolescent psychotherapy*. Nueva York, NY: Cambridge. <https://doi.org/10.1017/9781316798096>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L. y Lutzman, R. D. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: A taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), 355-387. <https://doi.org/10.1177%2F1745691614535216>
- Livesley, W. J., Dimaggio, G. y Clarkin, J. F. (2016). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. Nueva York, NY: Guilford.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C. y Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *J. of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- McCullough, J. C. y Schramm, E. (2019). Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 303-321). Nueva York, NY: Oxford.

- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. y Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602. <https://dx.doi.org/10.4088%2FJCP.12r07757>
- Olfson, M. y Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456-1463. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040570>
- Olfson, M., Wang, S., Wall, M., Marcus, S. C. y Blanco, C. (2019). Trends in serious psychological distress and outpatient mental health care of US adults. *JAMA Psychiatry*, 76(29), 152-161. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3550>
- Paris, J. (2013). How the history of psychotherapy interferes with integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 99-106. <https://doi.org/10.1037/a0031419>
- Robiner, W. N., Tompkins, T. L. y Hathaway, K. M. (2020). Prescriptive authority: Psychologists' abridged training relative to other professions' training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12309>
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing therapy* (3ª ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. y Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychoherapy works* (2ª ed.). Nueva York, NY: Routledge.
- Westra, H. A. (2012). *Motivational interviewing in the treatment of anxiety*. Nueva York, NY: Guilford.
- Wong, P. (2016). Integrative Meaning Therapy: From logotherapy to existential positive interventions. En P. Russo-Netzer, S. E. Schulenberg y A. Batthyany, *Clinical perspectives on meaning* (pp. 323-342). Suiza: Springer.

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

# LA PSICOTERAPIA Y EL CAMBIO PSÍQUICO, ENTRE LAS EVIDENCIAS BASADAS EN LA PRÁCTICA, Y LA PRÁCTICA BASADA EN LAS EVIDENCIAS. UNA REFLEXIÓN RELACIONAL SOBRE LA PSICOTERAPIA EN EL SIGLO XXI

## PSYCHOTHERAPY AND PSYCHIC CHANGE, BETWEEN EVIDENCE BASED ON PRACTICE, AND PRACTICE BASED ON EVIDENCE. A RELATIONAL REFLECTION ON PSYCHOTHERAPY IN THE XXI CENTURY

Alejandro Ávila-Espada<sup>1</sup>

Facultad de Psicología, Universidad Complutense. Madrid. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4821-4211>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ávila-Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las Evidencias basadas en la Práctica, y la Práctica basada en las Evidencias. Una reflexión relacional sobre la Psicoterapia en el Siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29-52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.401>

### Resumen

*En este trabajo se reflexiona, desde la perspectiva intersubjetiva y relacional sobre las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las intervenciones y tratamientos que se producen en el contexto de la práctica clínica actual en Salud Mental? ¿Qué clase de teoría y método científico es aplicable a dicha práctica clínica? ¿Qué es y qué no es una pseudoterapia, y cuales los sesgos de esta pseudopolémica? ¿Qué evidencias debemos reconocer como relevantes e incorporar como criterios para valorar nuestras intervenciones? ¿Tenemos conciencia de la necesidad de evaluar nuestra práctica psicoterapéutica asistencial? ¿Cómo debemos evaluar nuestras intervenciones, para contribuir a su mejora, y al incremento de la calidad de las intervenciones ulteriores? ¿Es una evaluación principalmente cuantitativa o cualitativa? Tras examinar estas cuestiones se propone centrar nuestra atención en los criterios de calidad de una psicoterapia basada en la dialéctica entre práctica e investigación, así como en identificar algunas de las megatendencias que se prevé marcarán la evolución de las necesidades de la psicoterapia a lo largo del siglo XXI, en torno a las que se abren vías de reflexión.*

**Palabras clave:** *Psicoterapia basada en la evidencia, Megatendencias de la Psicoterapia, Pseudo(psico)terapia; Calidad asistencial; Salud Mental.*

### Abstract

*This paper proposes a reflection, from an intersubjective and relational perspective, on the following questions: What are the interventions and treatments in the context of current clinical practice in Mental Health? What kind of scientific theory and method is applicable to clinical practice? What is and what is not a pseudotherapy, and what are the biases of this pseudo-controversy? What evidence should we recognize as relevant and incorporate into our interventions? Are we aware of the need to evaluate our healthcare psychotherapeutic practice? How should we evaluate our interventions, to contribute to their improvement, and to the increase in the quality of subsequent interventions? Is it a mainly quantitative or qualitative evaluation? After examining these questions, it is proposed to focus our attention on the quality criteria of a psychotherapy based on the dialectic between practice and research, as well as on identifying some of the mega-trends that are expected to mark the evolution of the needs of psychotherapy throughout the 21st century, around which some ways of reflection are opened.*

**Keywords:** *Evidence-based psychotherapy; Megatrends in Psychotherapy; Pseudo (psycho) therapy; Quality of care; Mental health.*

Fecha de recepción: 15 de mayo de 2020. Fecha de aceptación: 2 de junio de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [avilaespada@psi.ucm.es](mailto:avilaespada@psi.ucm.es)

Dirección postal: Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Campus de Somosaguas 28223 Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



En el inicio de la tercera década del siglo XXI nos continuamos haciendo preguntas esenciales sobre nuestra práctica clínica y su relevancia social y científica. ¿Qué son las intervenciones y tratamientos que devienen relevantes en el contexto de la práctica clínica en Salud Mental actual? ¿Qué clase de teoría y método científico es aplicable a dicha práctica? ¿Qué es y qué no es una *pseudoterapia*? ¿Qué evidencias debemos reconocer como relevantes e incorporar a nuestras intervenciones en estos contextos? ¿Cómo evaluar nuestras intervenciones, para contribuir a su mejora, y al incremento de la calidad de las intervenciones ulteriores? ¿Cuáles son los criterios de calidad de una psicoterapia? En lo que sigue reconsideraré algunas de esas preguntas, con sus derivadas, y ofreceré bases para su discusión así como para esbozar las principales respuestas que nos comprometen como clínicos y, a la vez, agentes responsables ante nuestra sociedad y las personas con las que trabajamos.

Toda reflexión se efectúa desde un contexto teórico y epistemológico, y está marcada por las tradiciones conceptuales que marcan la formación y la práctica de cualquier clínico, y especialmente en nuestro ámbito, la salud mental. En mi caso, y recogiendo una experiencia de cinco décadas (1970-2020)<sup>2</sup>, puedo constatar que he sufrido numerosas transformaciones que incluyen el rechazo inicial a las concepciones filosóficas cartesianas, mi inmersión en el neo-positivismo, mi ulterior implicación con el pensamiento dialéctico y la fenomenología, más una etapa de paso por el empirismo naturalista y descriptivo hasta llegar al constructivismo social y al pensamiento intersubjetivo y relacional, donde la comprensión del hombre integra concepciones psicodinámicas, humanistas, sistémicas, constructivistas y sociales. De todos los giros en mi trayectoria han quedado marcas que forman parte de mi contexto de comprensión, que más que integrarse en una síntesis, han dejado interrogantes abiertas para seguir siendo exploradas. Las preguntas que he trazado como eje de esta reflexión, serán contestadas desde este contexto de comprensión plural, pero en base a un eje en que se construye la subjetividad en base a procesos leídos principal -pero no exclusivamente- desde la psicodinámica, pero resultantes de la construcción social que enmarca el despliegue de la subjetividad en todos los planos de manifestación de la intersubjetividad, desde lo biológico a lo social.

### **¿Qué son, y cuáles son, las intervenciones y tratamientos relevantes, en el contexto de la práctica clínica actual en Salud Mental?**

Para responder a esta pregunta me detendré en considerar las intervenciones que inciden sobre los procesos de la condición humana (como subjetividad habitada socialmente construida) y la identidad, que hace a la persona en la cultura.

Comenzaré estableciendo la relevancia de la *psicodinámica* en la comprensión y explicación del *ser humano* (la condición humana del ser biológico conocido como la especie humana). Inferir, formular y constatar en la clínica los procesos psicodinámicos ha sido la aportación principal de las teorías psicoanalíticas, que comparten en su aplicación -aunque en diferente grado- con las perspectivas humanistas, constructivistas y sistémicas. Su aportación central es fruto del diá-

logo habido durante ya más de cinco décadas, entre investigadores del desarrollo humano, de la memoria, de la emoción, de los procesos de cambio psíquico y de la relación interpersonal, todo ello en el marco de los avances en neurociencia (marco necesario para el conocimiento del sujeto de la experiencia), y con la contribución de la nueva perspectiva aportada por la física cuántica y la teoría de los sistemas dinámicos para la comprensión de los procesos psíquicos. En el contexto de esas influencias, el núcleo de la psicodinámica ha evolucionado desde el marco inicialmente propuesto por la teoría pulsional freudiana, hasta situar el foco en la descripción, comprensión y explicación de la intersubjetividad.

Fonagy y Kächele (2009) ya establecieron la ambigüedad del término “psicoterapia psicodinámica”<sup>3</sup> pues denota una gama muy heterogénea de enfoques de tratamiento psicológico que tienen en común la herencia intelectual de la teoría psicoanalítica, la cual ya no se basa en un cuerpo unitario de ideas, como fue la pretensión de Freud, sino que asume en ciertos supuestos, que se enuncian a continuación:

- (a) Una noción compartida de *causalidad psicológica*, de que los trastornos mentales pueden concebirse significativamente como organizaciones específicas de las creencias, pensamientos y sentimientos, conscientes o inconscientes, de un individuo. Esta noción es, en lo esencial, compartida por los enfoques cognitivo-constructivistas, sistémicos y humanistas.
- (b) La causalidad psicológica se extiende a la parte no consciente de la mente, pues para comprender las experiencias conscientes, necesitamos referirnos a otros estados mentales de los cuales el individuo no es consciente. Esta idea es sostenida igualmente por la psicología del trauma, en sus variados enfoques.
- (c) El funcionamiento mental está organizado para evitar el malestar que surge del conflicto (interpersonal, intrasubjetivo) a fin de maximizar una sensación subjetiva de seguridad.
- (d) Las estrategias defensivas son una clase de operaciones mentales que parecen distorsionar los estados mentales para reducir su capacidad de generar ansiedad, angustia o desagrado. Las diferencias individuales en la predisposición a estrategias específicas a menudo se han utilizado como un método para clasificar individuos o trastornos mentales.
- (e) Se hacen suposiciones diversas sobre los procesos del desarrollo normal y anormal de niños y adolescentes, pero los terapeutas están invariablemente orientados a los aspectos evolutivos de los problemas que presentan sus pacientes.
- (f) Se asume que las representaciones de relación vinculadas con las experiencias relacionales de la infancia influyen en las expectativas sociales interpersonales, incluida la relación con el terapeuta, y dan forma a las representaciones de Sí mismo.
- (g) Estas representaciones de relación inevitablemente se reproducen y ac-

tualizan en el curso de los tratamientos psicológicos, siendo uno de sus procesos característicos, pues permiten su manifestación, observación y cambio (Elaborado a partir de Fonagy y Kächele, 2009, p.1337).

Complementariamente, Blagys y Hilsenroth (2000) definieron la psicoterapia psicodinámica como una estrategia de intervención que pone su foco en la emoción, en la exploración de los intentos por evitar los sentimientos y pensamientos que causan malestar, en la identificación de los patrones (relacionales, emocionales, cognitivos, motivacionales), que caracterizan al sujeto a través de explorar la experiencia pasada y con especial atención a las relaciones interpersonales, a la propia relación terapéutica, así como a la exploración de las fantasías y deseos que influyen en la experiencia actual que tienen las personas de sí mismas y de sus entornos. El énfasis en el conocimiento de los patrones (relacionales, emocionales, cognitivos, motivacionales) que configuran la identidad del sujeto y su manifestación en las diferentes áreas de expresión del comportamiento humano, aun poniendo el énfasis más en unos patrones que en otros, es compartido por prácticamente todos los enfoques contemporáneos de la psicoterapia. Tal como yo lo entiendo, quizás la principal nota distintiva del psicoanálisis, y de la psicoterapia basada en él, es su interrogación ética por la *verdad propia*, un conocimiento y aceptación de sí y del sentido moral de los propios actos y experiencias, donde la verdad, subjetiva, construida, e inalcanzable como absoluto, guía la búsqueda del conocimiento de sí en todo ser humano. Algo más ambicioso que el cambio terapéutico que es el fin clínico, pero que es a la vez origen y meta del mismo.

Resaltaré aquí la pertinencia del giro conceptual que aporta la *teoría de la intersubjetividad*. Se trata de una perspectiva epistemológica (Rodríguez Sutil, 2018) que intenta comprender los fenómenos psicológicos no como producto de mecanismos intrapsíquicos que se dan en una “mente aislada”, sino como constituidos en la intercomunicación de mundos de experiencia recíprocamente interactuantes. Su objeto de estudio se identifica como *campo intersubjetivo*. Para acceder a él, se utiliza el método “empático-introspectivo” (que ya había formulado Heinz Kohut (1984/1986) a partir de considerar la hermenéutica de la experiencia subjetiva) y que se lleva a cabo mediante la *participación relacional*. Para entender los procesos del *sujeto en relación*, lo que se *investiga* y con lo que se *interviene* es: a) los *principios que organizan la experiencia de la persona que es el paciente* (a través de su detección mediante la conexión empática); b) *los principios que organizan la experiencia de la persona que es el terapeuta* (a través de la introspección) y c) el *campo intersubjetivo* creado entre ambos (lo vincular), que a la vez los incluye (y configura una experiencia de la mutualidad). Es decir, con la perspectiva intersubjetiva, la psicodinámica del sujeto ya no es el objeto de interés central, sino propiedades que forman parte del sistema observado.

Ya he apuntado que la perspectiva intersubjetiva confluye con las aportaciones que en las últimas décadas del siglo XX ha hecho la investigación del desarrollo humano, en diálogo con la Neurociencia. Se trata de una serie de evidencias que

pueden ser resumidas en los siguientes principios, y que son especialmente relevantes para nuestra aproximación relacional, a la par que marcan diferencias –sin negar las convergencias– con las aproximaciones fundamentalmente cognitivas:

1. El desarrollo humano (y el cambio) sucede en un contexto trans-subjetivo (en el que se originan las subjetividades).
2. Las emociones son el motor (operando como marcadores somáticos de toda experiencia significativa), y preceden así a la cognición.
3. En la comunicación intersubjetiva predomina lo no verbal (es decir, los patrones de conocimiento relacional implícito no verbal, pre-simbólico). Antecede al lenguaje la experiencia somático-emocional no formulada, pero pre-configurada (como Conocimiento Relacional Implícito).
4. La dinámica de la conexión empática (que radica en el sistema de las neuronas espejo) regula las posibilidades de conexión-desconexión, desde la comunicación en la díada al grupo social.
5. La inferencia de intenciones dirige la experiencia, y abre así el espacio privilegiado de la cognición.
6. El tiempo del desarrollo es el de la oportunidad, no una secuencia cronológica. La regulación psíquica de las necesidades fisiológicas mediante el Sistema de Vinculación integra el sistema que estructura el desarrollo temprano. Que se continuará en el sistema de apego, configurándose mediante patrones característicos.
7. El desarrollo (y el cambio psíquico) tiene lugar en el diálogo entre mentes. Se observa en la progresiva construcción de las capacidades de mentalización.
8. El desarrollo (como el cambio como el cambio psíquico) no es lineal ni sigue una tendencia progresiva, sino que es caótico y dinámico.

Así, la *condición humana*, si es plena, es decir si se puede expresar como *Subjetividad habitada*, deriva de la Intersubjetividad (patrones de conocimiento relacional implícito marcados emocionalmente) y de la Cooperación Intencional (ámbito configurado como cognición). Deriva de un espacio centrado en el “nosotros”, que se configuró en la estructura del Sistema de Neuronas Espejo, donde el *desarrollo es específico a cada sujeto y sus contextos*, y se articula en la identificación social (Sí mismo que atribuimos a los otros más el sentimiento de “ser-como-tú” activado en el encuentro con los otros) que es el resultado de preservar el *espacio compartido centrado en el nosotros*. La progresiva afirmación del Sentimiento básico del Sí mismo en la persona, se organiza a través del Reconocimiento que recibe en sus vínculos intersubjetivos, y es la expresión final de un proceso de desarrollo saludable<sup>4</sup>.

La configuración de la Identidad personal que se manifiesta como madurez de la subjetividad humana, requiere un equilibrio dinámico y contextual, en los diferentes tiempos del ciclo vital, de los siete sistemas motivacionales (Lichtenberg, Lachman y Fosshage, 2011) que regulan la acción y la experiencia humana [Re-

gulación psíquica de las necesidades fisiológicas; Vinculación con los individuos; Afiliación con los grupos; Cuidando a los otros; Autoafirmación y Exploración de preferencias y capacidades; Responder con Oposición/Retraimiento; y Sensualidad (Satisfacción sensorial, excitación sexual y liberación orgásmica]. En esta inter-determinación evolutiva se configuran los patrones nucleares que organizan la experiencia subjetiva: Identidad, patrón de apego dominante, calidad de los procesos de mentalización; expresión y regulación emocional, e integrándose todos ellos en la calidad de *Relacionalidad* alcanzada por la persona en su desarrollo. Los déficit, fallas o desregulación en cualesquiera de los aspectos mencionados, se manifiesta a través del sufrimiento humano, que puede cristalizar en síntomas y síndromes psicopatológicos duraderos, que a su vez operan también como adaptaciones patológicas que permiten recuperar el equilibrio psíquico posible, sea en el nivel de la ansiedad y sus reguladores (e.g., los procesos obsesivos y fóbicos), en la desregulación emocional (alteraciones en el estado de ánimo), en las relaciones interpersonales disfuncionales, o en el sacrificio de la conexión con la realidad que se aprecia en la denominada experiencia psicótica.

Resumiendo la contestación a nuestra pregunta de partida, las intervenciones y tratamientos relevantes, en el contexto de la práctica clínica en Salud Mental son los que nos permiten acceder a todos los planos implicados en la subjetividad: la emoción que configura la conexión intersubjetiva, que permite, con la progresiva consolidación de las capacidades de mentalización, usar la inferencia de intenciones en el diálogo con el otro, y el reconocimiento que el otro da a al sujeto para configurar su sentimiento de sí, y como síntesis de todo ello, desde la emoción sentida al conocimiento construido, configurar la identidad en la que el sujeto se piensa a sí mismo, sujeto de sí y en el mundo. A este ámbito de experiencia podemos llegar de la mano de las tradiciones clínicas psicodinámicas, humanistas, sistémicas y cognitivo-constructivistas, a condición de que aceptemos la complejidad y radical imposibilidad de describir, jerarquizar, comprender y explicar *plenamente* los procesos psíquicos de la naturaleza humana.

### **¿Qué clase de teoría y método científico es aplicable en la práctica clínica en Salud Mental?**

Hace ya más de dos décadas<sup>5</sup> que estamos instalados en una idolatría de la denominada “evidencia científica” como criterio para dar valor a los métodos de intervención en la práctica clínica en Salud Mental. Subrayaré que el método científico es una exigencia muy necesaria en el avance del conocimiento, siempre que sea entendido en una acepción abierta a su principal fin, ensanchar el horizonte del conocimiento en todas las facetas que son relevantes a un fenómeno susceptible de ser observado, aceptando que la observación estará siempre limitada por el instrumento de observación, y por la propia complejidad de los fenómenos a observar, en constante interacción con el observador y con otros fenómenos y condiciones que lo hacen posible. No nos adentraremos aquí en las complejas dimensiones de

la *verdad*, pero señalemos que la complejidad del psiquismo humano no puede ser reducida a las categorías observables y codificables de sus manifestaciones, ni a las limitaciones del observador. Asumiendo la honestidad del científico que quiere dar cuenta de la verdad de lo observado, lo cual es nuestra meta principal, reconozcamos que nos hemos dejado llevar por una equivalencia imposible. En el complejo objeto de estudio que es el comportamiento humano no son aplicables ni principal ni exclusivamente las leyes de lo biológico, y por tanto la extrapolación de los métodos de la Medicina “basada en la evidencia” a la Psicología será fallida, porque no considera ni la especificidad de lo psíquico (que se estructura como subjetividad) ni del contexto que hace posible la subjetividad y la misma naturaleza y existencia humana, *lo social*<sup>6</sup>.

Para otorgar científicidad a la Psicoterapia, para cada teoría, método o técnica, se han venido aceptando como hechos constatados por la ideología de la “Psicoterapia basada en la evidencia” una serie de mitos que no se corresponden con la naturaleza de los objetos y fenómenos que la constituyen. Entre esos mitos están: 1) Que la teoría, método y/o técnica (psicológica) ha identificado y aislado suficientemente los principios activos del tratamiento; 2) Que el método y/o técnica está suficientemente descrito de manera que sea aplicable rigurosamente y de la misma forma con cualquier persona y condición; 3) Que dos o más cualesquiera teorías, métodos y/o técnicas son verdaderamente comparables entre sí, soslayando los diferentes niveles de procesos y fenómenos que implican; 4) Que la aplicación precisa de un método y/o técnica puede llevarse a cabo sin tener en cuenta las variables que introduce la persona que lo aplica; 5) Que el contexto concreto social, antropológico-cultural y económico, de género, en el que se aplica no sesga los resultados; 6) Que los resultados del tratamiento son observables, y frecuentemente, que pueden serlo a corto plazo, cuando los valiosos efectos esperados de la intervención psicológica deben mantenerse a medio y largo plazo. Y estos no son todos los mitos que asumimos como sustento de los estudios que nos aportan esa evidencia científica para las intervenciones elegidas.

Cualquier clínico que sea honesto con su experiencia, y que respete la verdad más allá de sus propias creencias, y de su identificación con una teoría o método, reconocerá que nunca le ha sido posible aplicar una teoría y un método y/o técnica de la misma manera, ni que él o ella se implique y manifieste de la misma manera, en dos momentos diferentes de intervención y/o con dos personas diferentes. Que la experiencia subjetiva nos brinde a veces una ilusión de similitud, no supone equivalencia ni identidad. En la clínica, cada momento, cada experiencia, cada relación, cada acción, son únicas y singulares. ¿Podemos después en aras de una supuesta científicidad borrar esas diferencias?

Estas interrogantes han acompañado a todas las teorías relevantes a la Psicoterapia y las han sumido en fuertes contradicciones. Han sido objeto de especial atención por parte de todos los enfoques que no han aceptado reducir su objeto de estudio a observaciones supuestamente objetivas de la conducta. Entre los enfoques,

cada uno con sus matices, que han mirado de cara la complejidad del psiquismo humano está el Psicoanálisis, la Psicoterapia Humanista en sus múltiples variantes, las Psicoterapias más genuinamente cognitivas que conductuales, y en especial el enfoque constructivista (y social), la Teoría de los Sistemas y la Psicoterapia Sistémica, y muchas otras variantes, algunas surgidas del diálogo entre diferentes teorías, incluidas las que sostienen una posición integradora flexible<sup>7</sup>.

Me detendré ahora en considerar cómo esto implica al principal “Demonio” elegido por la ciencia ideal que pretende ser la Psicología: El Psicoanálisis.

Por su carácter inalienable de ciencia humana y social, el Psicoanálisis ha entrado en conflicto con la desmedida pretensión de explicar prioritariamente los procesos psíquicos y la conducta humana en base a sus bases biológicas, y con los métodos propios de la psicobiología y la neurología. Las manifestaciones/consecuencias (al menos algunas) de los procesos psíquicos son observables, pero los mismos procesos no lo son, aunque se puedan establecer correlatos neurales o bioquímicos (Westen y Gabbard, 2002a, 2002b). El psicoanálisis es, mal que le pese a la psicología académica convencional, una Psicología que incluye, pero que no se limita a las inferencias sobre la conciencia ni a la conducta observable, aunque sus procesos (dinamismos) tengan una identificación y categorización problemática. Dentro del propio psicoanálisis, la tensión entre las aproximaciones heurística y hermenéutica ha acompañado su historia contemporánea (véase, entre otros, Poch y Ávila, 1998; Fonagy et al., 2001; Levy, Ablon y Kächele, 2012; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 2015; Leuzinger-Bohleber, Solms y Arnold, 2020).

Irwin Hoffman, en un trabajo seminal (2009), defendió que un paradigma hermenéutico no objetivista es el más acorde con el psicoanálisis, pues permite que el analista adopte la incertidumbre existencial que acompaña a la comprensión de que existen múltiples formas buenas de ser, tanto en el momento como en la vida en general, y que las decisiones que toma la persona que es el analista/terapeuta siempre están influidas por la cultura, la mentalidad sociopolítica, los valores personales, la contratransferencia y por otros factores, en formas que nunca se conocen por completo. Hoffman defiende que un psicoanálisis crítico e inconformista siempre se esfuerza por exponer y desafiar tales fundamentos en las elecciones de sus partícipes. La “singularidad consecuente” a cada interacción y la indeterminación asociada con el libre albedrío de los participantes hacen que el estudio de caso individual<sup>8</sup> sea para Hoffman el más especialmente adecuado para el avance del “conocimiento” científico en nuestro campo. Pero la complejidad de la clínica y de sus contextos van mucho más allá de la riqueza de la experiencia singular que puede vivirse en la relación analítica o psicoterapéutica. Trascendiendo la crítica de Hoffman, coincido con Safran (2012) en que debemos plantearnos si podemos conciliar un paradigma hermenéutico no objetivista para la dimensión singular de la experiencia que se vive en la relación terapéutica, con un paradigma mixto hermenéutico-heurístico en el que la descripción sistemática -hasta donde es posible- amplía la riqueza y extensión del campo de observación a todas las

perspectivas de observación posibles. Entendiendo que sí, deberíamos abrazar una perspectiva más amplia, dialéctica, y no un mero posicionamiento entre lo hermenéutico y lo heurístico, a la par que reflexionamos sobre los sesgos culturales de toda aproximación científica, sin ceder al individualismo, pragmatismo y la tendencia tecnocrática predominante en Norteamérica que nos ha sacado de nuestras posiciones más holísticas y existencial-social-humanistas europeas, un aspecto que ya fue subrayado por Aron (2012) y que son nuestro contexto natural de comprensión y explicación científica.

Pero en esta era, marcada por el *Zeitgeist* de la evidencia científica, ha surgido una polémica que contribuye a la confusión, más que a la exigencia de verdad que busca la Ciencia. Se trata del ataque a lo supuestamente “no científico” atribuyendo el término “Pseudoterapia” a toda aquella estrategia que no aporta evidencias que derivan formalmente de estudios realizados con los cánones y procedimientos del método experimental. Sobre esta falsa polémica, contaminada por fines más político-profesionales que científicos, hablaré a continuación.

### ¿Qué es y qué no es una pseudoterapia? Los sesgos de esta pseudopolémica

Se ha definido la *Pseudoterapia* como “la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y seguridad” (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, 2018).<sup>9</sup> Así definida, desde el contexto de la práctica médica, el mencionado documento matiza que la ausencia de demostración de su eficacia no debe ser considerada siempre como sinónimo de ineficacia (como subraya De Celis, 2019), aunque el uso del término “pseudoterapia” se asocia con la supuesta carencia de evidencia científica, y así ha sido usada en campañas publicitarias por parte de algunas asociaciones y corporaciones, que han mezclado los argumentos sobre los diferentes niveles de evidencia, que pudieran ser deseables en cada contexto de intervención, con la descalificación sistemática de teorías, métodos y técnicas que no coinciden con las “modas científicas” dominantes en el contexto académico. No infrecuentemente se vienen usando estrategias desinformativas que asocian términos de escuela, cuyo ámbito de aplicación es muy general (e.g., Psicoanálisis, Hipnosis, Gestalt...) con una supuesta falta de contrastación mediante las evidencias de la investigación, afirmación muchas veces intencionalmente sesgada<sup>10</sup>, por ignorar las numerosas evidencias de investigación y basadas en la práctica, ampliamente recogida en las publicaciones científicas y profesionales, y a veces debida también al desinterés de los propios profesionales en dar cuenta de su práctica y efectos.

El carácter de “pseudoterapia” se atribuye así por extensión a una (psico)terapia que no ha documentado alcanzar determinados niveles de evidencia “científica” establecida canónicamente<sup>11</sup>, en una jerarquía que va desde los ensayos clínicos doble-ciego, los diseños experimentales y cuasi-experimentales, hasta los estudios clínicos y descriptivos. Cuáles sean los niveles “aceptables” de evidencia responde

a criterios de política científica y profesional, cambiantes según intereses locales, pero que esencialmente ignoran el problema fundamental, la imposibilidad de realizar genuinos ensayos clínicos y/o diseños experimentales de grupos que sometan a investigación los procesos y resultados que intervienen en la psicoterapia. Que se usen formalmente procedimientos experimentales no resuelve las objeciones epistemológicas mencionadas.

La contestación a esta “tiranía de la científicidad” viene realizándose desde muy diferentes instituciones cuya tradición científica está sólidamente establecida, y que en su mayor parte pertenecen a las ciencias biológicas y médicas. Se ha refutado la primacía de los indicadores cuantitativos sobre los cualitativos a la hora de valorar la calidad de las investigaciones. Un ejemplo de ello es la *Declaración de San Francisco de Evaluación de la Investigación* (2012)<sup>12</sup> que establece como recomendación principal que se deje de usar como medida de calidad de los trabajos de investigación los indicadores cuantitativos de prestigio y cita de las revistas (e.g., factor de impacto), y en cambio se realice una evaluación cualitativa y singularizada de la calidad de cada trabajo para la toma de decisiones en contratación, promoción o financiación de los investigadores y de los estudios de investigación.

No es ya sostenible denominar “pseudoterapias” a estrategias y técnicas, de aplicación para fines clínicos, que identifican los procesos psicológicos sobre los que intervienen, que describen -en lo posible- sus acciones y técnicas, y que son llevadas a cabo por profesionales adecuadamente formados y éticamente comprometidos<sup>13</sup>. Menos aún puede ignorarse los informes de investigación que dan cuenta de su aplicación, de los procesos implicados y de sus resultados, y de los estudios en curso<sup>14</sup>.

### **¿Qué evidencias debemos reconocer como relevantes e incorporar como criterios para valorar nuestras intervenciones?**

Ocupémonos ahora de las “evidencias”. La mal llamada “Práctica clínica basada en la evidencia”, como ya hemos descrito, es un artefacto teórico derivado de una ficción científicista, que ha girado en torno a constatar efectos y resultados de estrategias y técnicas nominales, supuestamente indicadas para problemas concretos<sup>15</sup>, pero sin detenerse a considerar especialmente el nexo entre los procesos que harán posible el cambio y los efectos y resultados que permiten describirlo, para cada situación, contexto y personas concretas en que sean aplicadas esas intervenciones. Un tratamiento basado en la evidencia predica que para cierta clínica psicopatológica (e.g., una fobia), determinada intervención (e.g., exposición)<sup>16</sup> será eficaz o más efectiva que tal otra, logrando que esa condición patológica deje de interferir en cualquier persona y situación en que se haya manifestado. Pero, como ya he subrayado, ni los síntomas ni los síndromes psicopatológicos se originan y manifiestan de la misma manera en dos personas diferentes, ni en dos contextos diferentes, ni tampoco las intervenciones de tratamiento se llevan a cabo de manera idéntica, ni los clínicos que las aplican se comportan e influyen de la misma manera,

ni las complejas interdeterminaciones que se producen en la relación terapéutica son replicables caso a caso, intervención a intervención. Nos pesa erróneamente el supuesto *ideal* de que la acción del principio activo (e.g., farmacológico) producirá efectos equivalentes en diferentes individuos aquejados de la misma enfermedad o patógeno, aunque bien sabemos que esa condición “ideal” e imperfecta para los agentes biológicos, en nada es replicable en los procesos psíquicos, interpersonales y sociales. Pero ninguna práctica (y técnica) psicológica de supuesta acción clínica que sea implementada por y con los seres humanos se adecúa a ese parámetro de objetividad que requiere el ensayo clínico (principio activo vs. placebo y/o agente inerte; vs. no tratamiento). Toda acción sobre los procesos psicológicos tiene una compleja dimensión cualitativa, y una aún más compleja sobre-determinación construida psíquica y socialmente. No disponemos del clínico neutral, ni de la técnica precisa, ni del principio activo, que ha de operar selectivamente en la diana de cada indicador patológico, en cada persona, en cada contexto de intervención. La metáfora biologicista, aún imperfecta en su propio ámbito, es aquí inaplicable, salvo como ideología, pero no como premisa científica.

¿Cuál es, pues, la *actividad específica de la psicoterapia*? Desde nuestro nivel de análisis, se trata de una intervención que moviliza los procesos psicodinámicos que hemos descrito como característicos de la evolución *hacia la madurez de la subjetividad humana*, que produce (o moviliza) *efectos estructuralmente significativos* diversos, si bien no directamente observables, pero dinámicamente integrados en la experiencia que la persona tiene de sí y de los otros y que se construye en la integración de emociones, cogniciones y acciones. Se trata de *efectos* que se dan:

- Como respuesta a la *percepción por la persona de ser objeto de ayuda* (Percibir que la propia experiencia es contenida y sostenida vincularmente).
- Porque se activa el sistema de *Agencia Personal* y gestión de la propia capacidad pro-activa.
- Porque se activan, reorganizan y regulan procesos psíquicos en los niveles:
  - Cognitivo: Mejorando la calidad de los procesos de Mentalización; y la calidad de la Inferencia de Intenciones; con su expresión a través del lenguaje.
  - Emocional: Mejorando la calidad del despliegue emocional (con mayor capacidad de reconocimiento y expresión de las emociones tanto positivas como negativas) a través de lo verbal y no verbal.
  - Interpersonal: Se avanza mediante la progresiva sofisticación de los patrones relacionales (del bloqueo a la interacción diádica, la triádica, y la regulación social).
  - Motivacional: Como trabajo conjunto y articulado de los siete Sistemas Motivacionales antes mencionados.
  - De vinculación: Como trabajo con los Patrones de Apego, que evolucionan hacia una *Relacionalidad* de mayor calidad.
- Mediante la evocación, representación y regulación de la experiencia

traumática (es decir, a través de la reorganización de la memoria implícita -del trauma- con narrativas conectadas a la propia representación del Self que pueden ir integrando las emociones escindidas).

Estos son los efectos que se observarán, aunque con variable demora, como *resultados*: a) Al observar y evaluar cambios sintomáticos definidos (síntomas evaluables); b) Al observar y evaluar cambios en los procesos psíquicos (porque se dan *cambios en los patrones* que determinan o estructuran los procesos); c) Al observar y evaluar cambios en los patrones de relación, en su expresión social e interpersonal.

La investigación del *proceso de cambio* nos ayuda a comprender cómo cambian los determinantes estructurales que se observan como efectos/resultados a medio, largo y muy largo plazo. Tenemos clara constancia, a través de numerosas investigaciones descriptivas, de que el *proceso de la relación que resulta terapéutica* (es decir que favorece y se relaciona con el cambio; véase Stern, 2004; Boston Change Process Study Group, 2010):

- Tiene una *naturaleza diádica* (es decir, se produce principalmente en ese nivel de interacción: el del Conocimiento Relacional Implícito).
- Requiere *Encaje y Direccionalidad* (es decir, mejora el ajuste entre los participantes, configurando la dirección del cambio).
- Requiere tanto desorden como negociación creativa (entre ambos participantes).

Este proceso de cambio relacional requiere un tiempo de actuación y consolidación cuya duración no se puede establecer de antemano, y que se efectúa tanto desde intervenciones breves pero significativas hasta interacciones muy prolongadas, bien en el tiempo cronológico, bien en su prolongación simbólica como relación terapéutica internalizada. Nos ocuparemos ahora de identificar las características estructurales del cambio psíquico que son el núcleo de la acción psicoterapéutica.

En todo proceso de cambio genuino se experimenta e incrementa la integración del Sí mismo relacional (Ávila Espada, 2005, 2013). Es un proceso de vitalización, confianza, solidaridad y comprensión entre el sí mismo y el Otro (a través de la internalización de la Interacción reguladora). Y se ha constatado que *se trata de cambio estructural*, porque:

- Se da un cambio estable y duradero de los patrones de experiencia (de sí, del otro, del mundo) y de los patrones de comportamiento, el cual depende de la *neuroplasticidad*, que es a su vez dependiente de las experiencias vividas o por vivir: *la relación*, por tanto, resulta *el principal agente mutativo*.
- Se han construido recursos adaptativos e integradores posteriores, lo que permite disponer de *capacidades de reparación*, que derivan de vivir/participar en, experiencias de reparación.
- Se han activado los *procesos de reconocimiento* (de Sí y del Otro) que tienen lugar en la comunicación intersubjetiva. Estos son decisivos para

la construcción, consolidación y reparación del sentido del Self (y de las representaciones del Otro).

- Se han reconstruido significados en el nivel del *Conocimiento Relacional Implícito* (CRI). Los *momentos de encuentro* son entonces representativos del cambio de interacción que se registra en el CRI.
- Se ha dado el cambio en el *tipo de interacción reguladora que se da con el objeto interpersonal* (y su representación).
- Se ha dado el cambio en el *nivel local de la comunicación*, en el *proceso de encaje de intenciones*.
- Y, finalmente, se ha dado el *cambio en el proceso interactivo* (dimensión profunda del conflicto y defensa, que no es solo representación mental). La(s) defensa(s) ya no son vistas como un obstáculo a desmontar o refinar, sino como una construcción necesaria en la evolución de la subjetividad, a transformar relacionalmente.

En conclusión, respondiendo a la principal pregunta de la que partimos, toda psicoterapia que no contribuya significativamente a alguna faceta del cambio estructural, podría ser calificada de pseudoterapia. Lo sería en cuanto simula o sugiere (operando la sugestión) que hay resultados observables en el comportamiento, que, aunque puedan tener relevancia<sup>17</sup> no producen cambio duradero en la persona, no movilizan positivamente su agencia, no reactivan su desarrollo psicológico, ni promueven ganancias cualitativas de relacionalidad, que le permitan a la persona una vida psíquica para sí con los otros en el mundo más plena. La verdadera acción terapéutica es la que moviliza el desarrollo (detenido o fracasado), no la que sofoca la percepción del sufrimiento y favorece una adaptación patológica disfrazada de normalidad.

**¿Tenemos conciencia de la necesidad de evaluar nuestra práctica psicoterapéutica asistencial? ¿Cómo debemos evaluar nuestras intervenciones, para contribuir a su mejora, y al incremento de la calidad de las intervenciones ulteriores? ¿Es una evaluación principalmente cuantitativa o cualitativa?**

Las preguntas en torno a qué tipo de evaluación necesitamos para apreciar los cambios inducidos por las estrategias que desplegamos, y también para identificar la propia actividad de los procesos que movilizan esos cambios, siguen siendo interrogantes capitales. Nuestras raíces en la ciencia natural tienden a conducirnos a la “medición” de los cambios, bien a través de estimaciones categoriales cualitativas, bien a través de símiles que intentar cuantificar los procesos y efectos, que en esencia son cualitativos. Toda aproximación que hagamos a los procesos psíquicos estará atravesada por esta contradicción. Cuantificamos para representarnos los cambios, pero es una mera estimación que requiere interpretación y situarse en el contexto subjetivo, no es la expresión de una variable cuantitativa continua o discreta natural.

Desde luego tenemos que dar cuenta de nuestras intervenciones, que son llevadas a cabo para un fin tanto social como del sujeto que demanda ayuda. Más

allá de la práctica privada en la que clínico y sujeto son partícipes inmersos en una evaluación mutua constante, toda práctica clínica que se lleva a cabo en el marco de un programa institucional y social exige ser evaluada, e informar de sus resultados. Ahora bien, los efectos y resultados de la intervención con los problemas de la salud mental requiere una amplia perspectiva, donde puedan discriminarse los efectos a corto, medio, largo y muy largo plazo, y donde su contexto de observación, partiendo de las personas, se amplíe a las cohortes, a los grupos sociales, y sean cruciales cuales sean las tendencias de evolución hacia una sociedad más saludable, que responde a los numerosos problemas que tienen tanto las sociedades avanzadas, como las que sufren los efectos de la globalización sin ser destinatarias de sus beneficios. No es casual que, en cualquier reflexión sobre la evolución de la salud mental en los grupos humanos, nos atraviesen las interrogantes éticas del cambio climático y los límites del desarrollo global, una problemática en la que todos estamos incluidos.

Toda evaluación requiere el uso de instrumentos para realizarla. Por ello, hemos de pasar a contestarnos la pregunta: ¿con qué instrumentos o técnicas de evaluación podemos “medir” o “inferir” los efectos y los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas? Responder adecuadamente a esta pregunta requiere otro trabajo, pero avancemos algunos aspectos.

Clarifiquemos nuestros objetivos, y pongamos en correspondencia nuestras estrategias de evaluación, y las posibles técnicas a utilizar. En esta búsqueda encontramos las principales herramientas desarrolladas en las últimas décadas, y que recoge la tabla 1, centrada en la intervención con sujetos adultos.

Una vez hayamos podido constatar que nuestras técnicas son adecuadas a su objeto, es decir, el mejor conocimiento y respeto a las características de la subjetividad humana, hemos de desplegar un compromiso evaluador que dé cuenta de nuestras acciones y sus efectos. No es solo un problema con la elección de las técnicas de evaluación. Lo que nos falta -al menos en parte- es tomar conciencia de la importancia de que nos impliquemos como agentes que somos de una estrategia de ayuda a los problemas de salud mental en las personas y la comunidad. No somos solo clínicos de “emergencia”, sino clínicos agentes, éticamente comprometidos. La ética no responde principalmente a lo urgente, sino que reclama sentido para nuestra práctica. Por ello el clínico que trabaja en su contexto natural, la consulta -privada o institucional- es también un investigador que observa y evalúa sus intervenciones. Si como clínicos sistematizamos algunas facetas de nuestra práctica, incorporando estrategias y técnicas de evaluación, ello nos permitirá conocer mejor nuestros recursos y posibilidades, y a la vez contribuiremos a la mejora de la calidad de las intervenciones actuales y futuras. Para ello requerimos apoyo institucional, pero también compromiso ético para la mejora de nuestra práctica, al servicio tanto de las necesidades del cliente como de las nuestras propias.

Tabla 1. *Objetivos de evaluación relevantes a la psicoterapia y ejemplos de instrumentos.*

Objetivos de evaluación	Ejemplos de métodos e instrumentos <sup>18</sup>
Objetivos/Resultados, a partir de su definición por el criterio clínico	CORE-OM; OQ-45.2
Cambios sintomáticos, usando la semiología psicopatológica convencional	SCL-90-R; SA-45; BRPS; PANSS
Ajuste y el Funcionamiento Social y Adaptativo, así como la Calidad de Vida	SAS-II; SFS, WHOQOL, QLS
Diagnóstico psicodinámico convencional en Salud Mental, con un sistema de categorización estructural multiaxial	OPD-2; PDM-2
Descripción de las variables y dimensiones del proceso terapéutico	PQS, APS
Cambios en los principales procesos psíquicos (cambios en patrones y en procesos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrando indicadores de salud y procesos psíquicos</li> <li>• Valorando la Motivación de tratamiento y la Alianza Terapéutica</li> <li>• Calidad de los procesos de Mentalización y el Funcionamiento Reflexivo</li> <li>• Emoción expresada, Afectos</li> <li>• Patrón Relacional (Adaptado o Desadaptado)</li> <li>• Patrón de Apego dominante</li> <li>• Calidad e intensidad de la experiencia traumática</li> <li>• Autoconcepto</li> <li>• Funciones yoicas</li> <li>• Percepción subjetiva del Cambio que tiene el cliente</li> <li>• Componentes del Proceso grupal, en las intervenciones grupales</li> </ul>	SWAP-200, PHI, RADIO WAI-S; WATOCI; CMOTS RF (AAI); TESEM, MEMCI BDSEE, PANAS, ACQ CCRT-LU(S); RAP AAI ; CAA; CaMiR; AAPR; PACS CAPS-DX; DES AF-5; LAEA; DS EFY EAP-92 VPEG
Procesos con los que la persona que es el clínico, su estilo de intervenciones y otras variables personales, contribuyen al cambio <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo personal del Terapeuta</li> <li>• Empatía</li> <li>• Plan de Acción Latente del Terapeuta</li> <li>• Contratransferencia y reacciones emocionales del terapeuta</li> </ul>	EPT-C/PST-Q; EPT-ToM IPR TLAP CQ, TRQ

### **Conclusiones: Reclamando los criterios de calidad que dan valor a la psicoterapia y considerando sus megatendencias de evolución en el Siglo XXI**

La evaluación de una psicoterapia ha de centrarse en la constatación de en qué medida cumple los criterios de calidad que le son exigibles. Tizón (2009) ya formuló estos criterios incluyendo los siguientes: *Accesibilidad* (Facilidad con la cual los consultantes pueden obtener atención cuando la necesitan); *Adecuación* (Forma de provisión de un cuidado o terapia, según el estado del desarrollo tecnológico, en

comparación con su definición “canónica”); *Continuidad* (La atención necesaria está coordinada entre diferentes profesionales, dispositivos, organizaciones y a lo largo del tiempo); *Efectividad* (Las técnicas o procedimientos se proporcionan de forma adecuada, según el desarrollo tecnológico medio o “eficacia real”); *Eficacia* (Capacidad de una técnica para solucionar los problemas para los cuales está indicada); *Eficiencia* (Consumo de esfuerzos, economía, personal, repercusiones indeseables, etc. de una técnica); *Seguridad* (Grado en el cual los procedimientos están libres de azar o peligros potenciales); *Oportunidad* (Grado en el cual la atención se proporciona cuando se necesita); *Satisfacción desde la perspectiva del consultante y sus allegados* (Recogida contrastada de opiniones y valoraciones); *Mejora en la calidad de vida* (Variación en la calidad de vida, evaluada según los sistemas habituales, entre el “antes” “durante” y el “después” -a corto, medio y largo plazo- de una terapia); *Balance autonomía/heteronomía* (Grado de incorporación de los pacientes y sus familias en los procesos de decisión de la técnica y en los procesos y procedimientos exploratorios y terapéuticos utilizados). Todos estos indicadores es necesario constatarlos en toda psicoterapia, pero muy especialmente en los programas de asistencia pública en salud mental, sin relegar la importancia que tienen en la asistencia de carácter privado, bien institucional o a cargo de un clínico.

A los descritos por Tizón, añadiría la exigencia de un compromiso institucional y personal con la necesaria formación especializada y acreditada de los profesionales de la psicoterapia<sup>19</sup>, y la exigencia ética de actualización en el vasto ámbito de conocimiento que aporta la clínica. No es solo conocer los avances que aporta la investigación, sino la apertura a la evolución del conocimiento clínico, rico en casuística y con especial sensibilidad a las diferencias sociales y culturales. Es también una exigencia ética no utilizar las evidencias, siempre parciales y limitadas que aporta la investigación, para dar a entender (al público, pero también al profesional) que un “tratamiento que ha recibido indicadores de evidencia en tal o cual nivel es un tratamiento efectivo. Recordemos que es contrario a la ética profesional prometer éxito en los tratamientos.

Examinemos ahora las probables megatendencias que ya se observan en relación con la evolución de las necesidades de la psicoterapia en el Siglo XXI, ya avanzadas y manifiestas parte de ellas (véase Ávila, 2003), pero a cuya concreción hemos de contribuir reivindicando su importancia.

La más esencial, para cumplir con las exigencias de calidad, es la protección pública de los servicios psicoterapéuticos básicos, con una concepción bio-psico-social amplia y flexible, claves en el derecho a la salud mental<sup>20</sup>. Propiciando para ello diferentes niveles de atención: intervenciones preventivas (primarias, secundarias, terciarias), terapéuticas y rehabilitadoras, al servicio de los consultantes y sus familias. Que los servicios públicos hayan de construirse y cuidarse hasta que alcancen suficiente calidad, que luego habrá de mantenerse, no significa que sus limitaciones iniciales deban ser usadas para desacreditarlos.

En consonancia con lo anterior, se ha de primar los servicios comunitarios en primera línea como estrategia de intervención fundamental, tanto preventiva como terapéutica. La intervención psicoterapéutica en la atención primaria y en la red de servicios sociales comunitarios se ha mostrado la estrategia más eficiente para la salud mental, y la que probablemente tiene una mejor relación coste/efectividad a medio y largo plazo.

Sin olvidar la importancia de la integración ética de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), de la Inteligencia Artificial, de la Realidad Virtual y de la Neurotecnología que pueden contribuir al servicio de la persona y su salud mental, pero no para sustituir al profesional de ayuda, ni menos aún a la relación terapéutica plena. La atención a la salud mental será en esencia siempre personal, directa, humana, aunque se ayude de facilitadores tecnológicos. Llamemos la atención sobre la urgente necesidad de que la neurotecnología, y el acceso a los neurodatos, esté restringida legalmente para evitar o paliar al máximo los riesgos de un uso de la inteligencia artificial que vulnere la privacidad mental y comportamental, el sentido de identidad y la propia autonomía de elección de la persona, que podrá estar también muy determinada por las diferencias en el acceso a eventuales tecnologías de mejora, o por los sesgos discriminatorios (de la persona o del grupo social o cultural) que pudiera promover dicha neurotecnología<sup>21</sup>.

Muy especialmente ha de reconocerse e integrarse en la ética de la práctica clínica la mirada de género, y la aceptación de la psicodiversidad, propia de la naturaleza humana, donde se distingue entre ser diferente y “estar enfermo”, lo que incluye especialmente la aceptación de la complejidad de la conducta sexual humana respetuosa con el otro. El ser humano posee autonomía, tiene capacidad de autoorganización vinculada a la interdependencia (su naturaleza intersubjetiva), a la pertenencia a las realidades sociales y ecológicas en las que se ubica como persona, y posee capacidades adaptativas a las vicisitudes de la vida cotidiana (e.g., al estrés, al duelo) que no son patologías que requieran tratamiento como si fueran enfermedades, sino ayuda psicológica y social disponible para su recuperación.

Y, finalmente, como principal estrategia para favorecer la calidad de la psicoterapia, dar prioridad a la formación especializada y la formación continua de los psicoterapeutas, pero también de los diferentes profesionales de la salud, cada uno en su rango de acción. La formación del clínico es un proyecto de vida.

Y trazando este horizonte para el curso del siglo XXI, nuestro reto es exigir un compromiso con la verdad que es el propósito científico genuino, una verdad que habrá de estar en constante revisión en lo que atañe al ser humano. En la era donde se ha hecho notoria y habitual la *postverdad* como noticia y en la que la comunicación global navega sin filtros, lo que más daña al avance del conocimiento y a la mejora de la práctica clínica es el silencio y la pasividad frente a la mentira intencionada o su rebote entre los adeptos de cualquier creencia, social, científica o profesional. En ese contexto es donde ha venido potenciando su discurso la llamada “Psicoterapia basada en la evidencia”, subproducto de la “Medicina basada

en la evidencia” que bajo las *buenas intenciones* de dejar atrás la charlatanería o la manipulación enmascarada de ayuda, ha usado sus argumentos para desvirtuar los elementos centrales que constituyen la psicoterapia: una relación humana, que se atiene a la ética, y que es llevada a cabo por profesionales adecuadamente formados en las dilatadas trayectorias de los conocimientos y experiencias de más de un siglo y cuarto de práctica clínica con el sufrimiento psíquico y contribuyendo al desarrollo de la subjetividad personal y el compromiso transformador con la sociedad. Si los factores relacionales son relegados a una mera facilitación de las “técnicas”, el modelo biomédico recuperará su prioridad, y los psicofármacos serán vistos como imprescindibles para la regulación de los procesos neurobiológicos. Allí donde podría desplegarse la tensión constitutiva y creadora de subjetividad, el psicofármaco regulará sus carencias. Fallará, indudablemente, pero el ser humano alienará sus posibilidades sometiéndose al control social y económico que a través de los psicofármacos se ejerce sobre la salud colectiva e individual.

Hemos atravesado etapas -que aún están presentes- en las que se ha hecho bandera de soluciones absolutas que no nos satisfacen. Entre ellas está la falacia de la solución integradora en la teoría y técnica de la psicoterapia (porque todo buen clínico integrará *de facto* diferentes perspectivas y recursos en su estrategia de ayuda, pero no va a superar sus dudas y contradicciones abrazando una teoría integradora y superadora de las anteriores); la propuesta de que los “factores comunes” proveerían la base para superar las diferencias entre las diferentes escuelas de pensamiento clínico, cuando *lo esencial que es común* es que si hay intervención clínica psicoterapéutica es porque dos personas están implicadas en una relación con un propósito compartido (véase Lingiardi, Holmsqvist y Safran, 2016; Norcross y Lambert, 2018); y, aunque en un contexto más dirigido a la opinión pública y profesional que a la científica, nos ha afectado la falsa controversia de las pseudoterapias, pues si bien hay prácticas engañosas y superchería, es una manipulación usar ese argumento para atacar todo lo que no coincide con las limitadas posibilidades que ofrece un empirismo ramplón, sin que quepa el refugio de una “Psicoterapia Científica”, cuando la Psicoterapia, sin renunciar a la verdad y al conocimiento constante, solo puede ser una Psicoterapia Humana<sup>22</sup>.

La definición aceptada de “Práctica Basada en la Evidencia en Psicología” (EBPP) establece que es *la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica (las opiniones de los expertos), en el contexto de las características, cultura y preferencias de los pacientes* (APA, 2006; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 2000). El propósito de la EBPP es promover una práctica psicológica efectiva y la mejora de la salud pública aplicando los principios con apoyo empírico (no exclusivamente experimental) de la evaluación psicológica, la formulación de casos, la relación terapéutica y la intervención (APA, 2006). Aceptamos esta formulación como marco de referencia, pero no podemos soslayar todo lo cualitativo que está implicado: el valor crucial de la experiencia clínica, del contexto y la cultura, y la centralidad de la relación terapéutica en

cualquier estrategia de intervención, y en el conjunto de un programa de tratamiento. El profesional (y el investigador), como observadores del hecho clínico son inevitablemente observadores participantes en lo observado, y su neutralidad y objetividad son ilusiones a contextualizar desde los límites éticos y técnicos. Que el comportamiento manifiesto, principalmente interpersonal, pueda ser observado, solo aporta información de un nivel parcial. Que las variables psicofisiológicas puedan ser registradas e interpretadas, de nuevo solo aporta información de otro nivel parcial. Que la persona pueda informar de su experiencia, aporta otro nivel parcial. Más allá de que la inter-determinación e integración de todos esos niveles sea compleja y problemática, la subjetividad humana singular siempre será en esencia inalcanzable. Más que optar entonces por reduccionismos simplistas, nos debemos exigir prudencia y flexibilidad. Lo esencial en la clínica siempre será la ayuda que sea posible en cada momento y en cada contexto. No hay evidencias absolutas ni permanentes.

Por todo lo anterior, y en su acepción amplia, el Psicoanálisis, y especialmente la vertiente relacional e intersubjetiva desde la que se han elaborado estas reflexiones (Ávila Espada, 2015), ofrece su propuesta de aportar *una ciencia humana y social de la subjetividad*, que pone *especial énfasis* en los procesos psíquicos que constituyen la subjetividad y que operan fuera de la conciencia o en los límites de la misma (e.g., disociados), incluyendo la construcción de la experiencia, la vivencia de los estados del Self y sus esquemas nucleares (o principios organizadores inconscientes). Como hemos ido describiendo, se especifica en modelos comprensivos, explicativos y de acción mediante métodos orientados a fines de (re)construcción del Self y de reconocimiento de la subjetividad (hermenéuticos, heurísticos y clínico-terapéuticos), y está en constante transformación y diálogo con otras perspectivas, como bien ha mostrado la evolución del Psicoanálisis contemporáneo, desde sus orígenes, pero más especialmente en el último medio siglo<sup>23</sup>.

Nuestra opción es trabajar para ser clínicos conscientes de nuestras carencias, pero aprovechar nuestros fecundos recursos, afortunadamente bien descritos por los investigadores de la clínica psicoterapéutica (Levy, Ablon y Kächele, 2012) y que vienen aportando una extensa compilación de evidencias que corroboran el valor de las intervenciones psicodinámicas (Leichsenring, 2004; Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004; Shedler, 2010, 2015, 2018). Nuestra meta es ética: trabajar apoyados en la evidencia basada en la práctica, enriqueciendo constantemente nuestro bagaje conceptual, como clínicos comprometidos, de la articulación entre la sabiduría clínica que deriva tanto de la investigación como de la práctica, con la comprensión contextual del significado de cada una de las estrategias que desarrollamos en y para la sociedad en la que vivimos, y a cuya mejora pretendemos contribuir. No hay “cura” personal sin transformación ambiental, aunque los ritmos de transformación de las personas y las sociedades sean diferentes. Como clínicos somos responsables de nuestra actualización permanente en los dominios convencionales de nuestra actividad (evaluación, tratamiento, prevención) y en

cuanto psicoterapeutas que trabajamos con las personas conocemos que el alivio del sufrimiento subjetivo y el cambio estructural no pueden estar separados, ni en el nivel del individuo, ni en el nivel social. Por ello nos hemos formado e informado -los psicoanalistas relacionales, pero también desde otras concepciones que sostienen la naturaleza relacional de la psicoterapia- por la Teoría del Apego, la Teoría de la Mentalización; los avances sobre la especificidad del desarrollo humano, la emoción y cognición social y sus nexos con el cambio; y esencialmente por conocer más y mejor los procesos del Cambio donde se articulan la Antropología Social, la Neurociencia y el compromiso ético en la defensa de la supervivencia de la especie humana y sus valores, precisamente cuando están más amenazados.

### Agradecimientos:

A mis colegas Carlos Rodríguez Sutil e Isabel Caro Gabalda por su lectura crítica de este trabajo y sus valiosos comentarios que me han ayudado a clarificar algunos aspectos del mismo.

El autor declara que no tiene conflictos de interés.

### Notas

- 1 Psicólogo Clínico. Catedrático de Psicoterapia, Universidad Complutense. Presidente de Honor del *Instituto de Psicoterapia Relacional* (Madrid). Fue fundador y primer Presidente de FEAP y de IARPP-España. Editor de la e-revista *Clínica e Investigación Relacional*. Entre sus obras: *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural del psicoanálisis* (Ágora Relacional, 2013) y *Relational Horizons* (IPBooks, 2018) Contacto: avilaespada@psicoterapiarelacional.com
- 2 Mis primeros contactos relevantes, y desde entonces continuados y permanentes, con el ámbito de la salud mental y de los conocimientos y prácticas en ella implicados se produce en 1970, momento en el que mi trayectoria formativa universitaria se decanta hacia la Psicología, virando desde mi interés anterior en la Historia Contemporánea.
- 3 Si nos resulta ambiguo el término “Psicoterapia psicodinámica”, mucho más lo es el de “Psicoanálisis” o el de “Teoría Psicoanalítica”, pues ambos abarcan muy diferentes concepciones que no pueden ser incluidas como una expresión singular.
- 4 El desarrollo humano saludable implica la satisfacción de las principales necesidades evolutivas de todo ser humano, que pueden ser atendidas si la calidad del contexto social-familiar facilita o provee (continua o discontinuamente) de manera suficiente ante los siguientes fenómenos: 1) Orientación social – Imitación e inferencia intencional; 2) Resonancia empática / Espejamiento; 3) Expresión - diferenciación de emociones; 4) Co-construcción de los patrones de la comunicación; integración y diferenciación de la representación de sí mismo; 5) La representación de sí se expresa de forma consolidada en el vínculo intersubjetivo a través del Sistema de Apego (que puede variar en sus formas/patrones, desde el Seguro, al Ambivalente-Resistente, al Inseguro-Evitador, o al Desorganizado).
- 5 Desde los primeros planteamientos estructurados que sitúan como *estándar ideal para la práctica* en Medicina las evidencias científicas de un método de diagnóstico y/o tratamiento (hacia mediados de los años noventa) y que posteriormente se trasladan a la Psicología (en la década siguiente).
- 6 No favorece la comprensión de este problema el que la Psicología se haya ido situando en las “Ciencias de la Salud” abandonando su lugar en las “Ciencias Sociales y Humanas”. Si bien es muy necesario el reconocimiento e inclusión de lo Psicológico en el ámbito aplicado de la Salud, con las implicaciones que tiene de dotaciones en todos los terrenos, la minimización o negación de su carácter de ciencia compleja, más social y humana que biológica, ha contribuido muy nega-

- tivamente a su avance científico, al imponer un reduccionismo metodológico por el que pierde la riqueza de la fenomenología y la hermenéutica, primando una heurística empirista que le impide dar cuenta de la complejidad de su objeto de estudio.
- 7 Ha habido también frecuentes propuestas integradoras “radicales”, en las que se asume que una Teoría Integradora superará las teorías anteriores, que son vistas como parciales y obsoletas. No conviene confundir esta “integración dura” con la riqueza que aporta el eclecticismo técnico (que de facto usan muchos profesionales) apoyado en una interpretación flexible de la teoría psicológica en la que se apoya el clínico.
  - 8 El “caso individual” puede ser un valioso objeto de investigación si podemos respetar la riqueza y complejidad de los “datos” que ofrece, cuyo análisis requiere aproximaciones metodológicas que van desde la descripción naturalista a la valoración cualitativa, entre otras posibles.
  - 9 “Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias” presentado en 2018 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Ministerio de Ciencia, Innovación e Universidades de España, basado en un documento elaborado en 2011 por un grupo de trabajo creado en 2007 por la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados de España.
  - 10 Ha sido y a veces sigue siendo un lugar común la crítica a tradiciones conceptuales muy amplias, como el Psicoanálisis, que no han cesado de evolucionar y diversificarse a lo largo de ya más de un siglo de historia (Coderch, 2006; Coderch y Ávila-Espada, 2020), y de las que no se puede decir nada genérico, a la vez que se soslaya -no siempre por desconocimiento- el amplio cuerpo de investigación relevante producida. Véase una compilación actualizada de aportaciones de investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica en: [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1\\_2020/Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica\\_Compilacion-Prof\\_Alejandro-Avila-Espada\\_UCM\\_vActualizada.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica_Compilacion-Prof_Alejandro-Avila-Espada_UCM_vActualizada.pdf)
  - 11 Una compilación de criterios de niveles de evidencia y referencias generales de este tipo para las terapias psicológicas, que sigue los criterios tradicionales que se basan en la aplicabilidad de los diseños experimentales a la psicoterapia puede verse en: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php> (dirigida por la Prof. María Crespo en la UCM) y ha sido objeto de varios manuales académicos en las últimas décadas (e.g., Pérez Álvarez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).
  - 12 Titulada “Poner la ciencia en la evaluación de investigación” realizada el 16-12-2012 en la reunión anual de la *American Society for Cell Biology* en San Francisco y firmada inicialmente por 78 instituciones de investigación y 154 destacados investigadores de todo el mundo, a la que se han seguido uniéndose instituciones e investigadores que actualmente alcanzan más de un millar. Véase en <https://sfdora.org/>
  - 13 Sobre la formación de los profesionales de la psicoterapia volveremos a insistir, en la última parte de este trabajo, pues se hacen necesarios marcos de acreditación y de actualización, que han de estar en constante revisión.
  - 14 Desde que una investigación, a cualquier nivel, se realiza y se publican sus resultados pueden pasar bastantes años.
  - 15 Los síndromes y cuadros clínicos que identifica la psicopatología clínica no son entidades reales, e incluyen un conjunto amplio de posibilidades de especificación. Los síntomas son, obviamente, menos específicos, en la inmensa mayoría de supuestos.
  - 16 Las técnicas propuestas y aplicadas, identificadas con etiquetas, enmascaran frecuentemente la similitud esencial entre diferentes procedimientos apoyados en diferentes teorías, cuando no se reinventan estrategias y técnicas con nuevos nombres, sin siquiera reconocer el origen de la propuesta. Esto viene sucediendo con frecuencia con las estrategias y técnicas de las llamadas “Terapias de 3ª generación”, donde estrategias y técnicas psicodinámicas o humanistas son rebautizadas como conductuales y cognitivas.
  - 17 Muchos de los logros parciales que configuran los “resultados observables” son precondiciones

- para otros logros de mayor alcance estructural que pudieran darse más adelante, si los procesos movilizados conducen al cambio. Por ejemplo, es casi siempre muy valiosa la psicoeducación, que le da al sujeto mayor capacidad de observación y comprensión de los procesos; igualmente ganar capacidad de control de las manifestaciones somáticas de la ansiedad; Identificar, percibir y expresar las emociones sentidas; Conocer los sesgos perceptivos y las distorsiones cognitivas; y muchos otros.
- 18 Las referencias de autoría y/o adaptación de estos instrumentos están disponibles en el dossier publicado en [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1\\_2020/Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica\\_Compilacion-Prof\\_Alejandro-Avila-Espada\\_UCM\\_vActualizada.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica_Compilacion-Prof_Alejandro-Avila-Espada_UCM_vActualizada.pdf)
  - 19 Véase, como ejemplo, los criterios de formación y acreditación de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (Véase: <http://www.feap.es/index.php/preguntas/psicoterapeutas-interesados-en-acreditarse>; [http://www.feap.es/images/feap/documentos/ACREDITACION\\_PSI-COTERAPEUTAS.pdf](http://www.feap.es/images/feap/documentos/ACREDITACION_PSI-COTERAPEUTAS.pdf)) y también los que vienen desarrollando otras organizaciones y corporaciones profesionales, como la EAP (<https://www.europsyche.org/>) o la EFPA (<http://www.europsy.cop.es/index.php?page=Psicoterapia-Introduccion>). En todos estos u otros criterios y sistemas, lo esencial es la calidad de los programas formativos y el compromiso de formadores y profesionales, y no el mero cumplimiento formal de requisitos.
  - 20 Es especialmente relevante el reciente debate publicado online (<http://espacio-publico.com/en-defensa-del-derecho-a-la-salud-mental>) iniciado el 8 de Enero de 2020 a partir del texto de Joseba Atxotegui “La diferencia no es una enfermedad”, donde se recogen numerosas visiones relevantes para la comprensión de esta problemática.
  - 21 Véase la iniciativa por los neuroderechos en la Universidad de Columbia en la Ciudad de Nueva York (<https://nri.ntc.columbia.edu/content/our-story-0>).
  - 22 Recientemente algunos defensores de la Psicoterapia basada en la Evidencia han matizado sus argumentos reclamando el carácter de Ciencia Humana para la Psicoterapia (Pérez Álvarez, 2019). Resolver las contradicciones derivadas de las posiciones dogmáticas anteriores requerirá una mayor perspectiva.
  - 23 Desde sus primeros tiempos, el Psicoanálisis ha evolucionado con numerosas tensiones entre sus propios dogmatismos y la apertura a la realidad humana y social. Por su trascendencia, más allá de las propuestas de Freud, citaremos como pioneros de esta evolución a Ferenczi y Jung, y más tarde a teóricos y clínicos como Sullivan, Fromm, Winnicott y Kohut, Mitchell y Stolorow, más una pléyade de contribuidores surgidos en torno a ellos, o a partir de ellos (Coderch, 2006; Coderch y Ávila-Espada, en prensa).

## Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Aron, L. (2012). Rethinking “Doublethinking”: Psychoanalysis and Scientific Research—An Introduction to a Series. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(6), 704–709. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.733650>
- Ávila Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(87), 67-84. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000300005&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000300005&script=sci_arttext&lng=en)
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo: Revista de psicoterapia analítica y salud*, 7(2), 195-220.
- Ávila Espada, A. (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. Reflexiones en torno al papel de la interpretación, el insight y la experiencia emocional en el cambio psíquico. *Temas de Psicoanálisis*, 6. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2013/07/04/la-relacion-contexto-determinante-de-la-transformacion1/>

- Ávila Espada, A. (2015). Psicoterapia psicoanalítica relacional. Lugar de encuentro de la evolución del psicoanálisis. En J. Guimón (Coord.), *Un cuarto de siglo de psiquiatría psicodinámica* (pp. 41-62). Madrid, España: Eneida.
- Blagys, M. y Hilsenroth, M. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology*, 7(2), 167-188. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.167>
- Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy (A Unifying Paradigm)*. Nueva York, NY: Norton & Company.
- Coderch, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*. Barcelona, España: Herder.
- Coderch, J. y Ávila-Espada, A. (en prensa). Algunas razones que explican la transformación del psicoanálisis en muchos psicoanálisis. *Revista PsiRelacional*.
- De Celis, M. (2019). De qué hablamos cuando hablamos de pseudoterapias. Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(1), 1-5. <https://doi.org/10.5093/cc2019a7>
- Fonagy, P., Kächele, R. y Krause, E. J. (Eds.) (2001). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2ª ed.). Londres, Reino Unido: International Psychoanalytical Association.
- Fonagy, P. y Kächele, H. (2009). Psychoanalysis and other long term dynamic psychotherapies. En M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor y J. Geddes (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2ª ed., pp. 1337-1349). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199696758.001.0001>
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking Our Way to “Scientific” Legitimacy: the Desiccation of Human Experience. *J Am Psychoanal Assoc*, 57(5), 1043-1069. <https://doi.org/10.1177/0003065109343925>
- Kohut, H. (1986). *¿Cómo cura el análisis? [How does Analysis Cure?]*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (Trabajo original publicado en 1984).
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled vs. Naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 115-129. <https://doi.org/10.1521/bumc.68.2.137.35952>
- Leuzinger-Bohleber, M. y Kächele, H. (Eds.) (2015). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (3ª ed.). Londres, Reino Unido: International Psychoanalytical Association. Recuperado de: [http://www.ipa.world/ipa/IPA\\_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf](http://www.ipa.world/ipa/IPA_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf)
- Leuzinger-Bohleber, M., Solms, M. y Arnold, S. E. (Eds.) (2020). *Outcome Research and the Future of Psychoanalysis. Clinician and Researchers in Dialogue*. Londres, Reino Unido: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429281112>
- Leuzinger-Bohleber, M. y Target, M. (Eds.) (2002). *Outcomes of Long-Term Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers*. Londres, Reino Unido: Whurr Publishers.
- Levy, R. y Ablon, J. S. (Eds.) (2009). *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice*. Totowa, NJ: Humana Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5>
- Levy, R., Ablon, J. S., y Kächele, H. (Eds.) (2012). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. Totowa, NJ: Humana Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1>
- Lichtenberg, J. D., Lachman, F. y Fosshage, J. (2011). *Psychoanalysis and Motivational Systems. A new look*. Nueva York, NY: Routledge.
- Lingiardi, V., Holmsqvist, R. y Safran, J. D. (2016). Relational turn and Psychotherapy Research. *Contemporary Psychoanalysis*, 52(2), 275-312. <https://doi.org/10.1080/00107530.2015.1137177>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. (noviembre, 2018). *Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias*. Recuperado de: [http://www.ciencia.gob.es/stfs/MICINN/Ministerio/FICHEROS/20181108\\_Plan\\_Proteccion\\_frente\\_pseudoterapias\\_VF.pdf](http://www.ciencia.gob.es/stfs/MICINN/Ministerio/FICHEROS/20181108_Plan_Proteccion_frente_pseudoterapias_VF.pdf)
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Pérez Álvarez, M. (2019). La Psicoterapia como Ciencia Humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos; II. Psicología de la Salud; III. Infancia y Adolescencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Poch, J. y Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona, España: Paidós
- Rodríguez Sutil, C. (2018). Relational Psychoanalysis. A New Psychoanalytic Epistemology. En A. Ávila (Ed.), *Relational Horizons. Mediterranean Voices Bring Passion and Reason to Relational Psychoanalysis* (pp. 29-54). Astoria, OR: IPBooks.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Safran, J. D. (2012). Doublethinking or Dialectical Thinking: A Critical Appreciation of Hoffman's “Doublethinking” Critique. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(6), 710-720. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.733655>

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shedler J. (2015). Where is the evidence for “Evidence-based” therapy? *Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 4, 47–59.
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy? (rev.). *Psychiatr. Clin. N. Am.*, 41(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York, NY: Norton.
- Tizón, J. L. (2009). Atención basada en pruebas: ¿Es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 6. Recuperado de: [https://psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon\\_2009\\_Asistencia-basada-en-pruebas\\_Quaderns6.pdf](https://psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon_2009_Asistencia-basada-en-pruebas_Quaderns6.pdf)
- Westen, D. y Gabbard, G. (2002a). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 53-98. <https://doi.org/10.1177/2F00030651020500011501>
- Westen, D. y Gabbard, G. (2002b). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 99-134. <https://doi.org/10.1177/2F00030651020500011601>
- Westen, D., Novotny, C. M. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. En American Psychoanalytic Association, & Alliance of Psychoanalytic Organizations (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual PDM Task Force* (pp. 691–764). Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

# LA PSICOTERAPIA Y LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) COMO CONTEXTO DE LA CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA

## PSYCHOTHERAPY AND PUBLIC HEALTH IN SPAIN: THE NATIONAL HEALTH SYSTEM (SNS) AS A CONTEXT FOR THE PSYCHOTHERAPEUTICAL CLINIC

**Begoña Olabarria**

Psicóloga Clínica, psicoterapeuta sistémica  
Vocal Consejo Asesor Ministerio Sanidad, España  
ORCID ID; <https://orcid.org/0000-0002-0455-4188>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Olabarria, B. (2020). La psicoterapia y la sanidad pública en España: El sistema nacional de salud (SNS) como contexto de la clínica psicoterapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 53-75.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.406>

### Resumen

*El SNS se crea en España a partir de la publicación en 1986 de la Ley General de Sanidad, que establece la obligatoriedad del Estado de velar por la salud de todos los ciudadanos (universalidad y equidad) e integra la atención a la Salud Mental, abriendo la puerta a la incorporación de la Psicoterapia como prestación de la Cartera de Servicios del SNS.*

*Palabras clave: Sanidad Pública, Prestación Sanitaria, Cartera de Servicios, Psicoterapia.*

### Abstract

*The SNS was created in 1986 from the publication of the General Health Law, which establishes the obligation of the State to ensure the health of all citizens (universality) and integrates mental health care, opening the door to the incorporation of psychotherapy as a provision of the portfolio of services of the SNS: A new challenge.*

*Keywords: Public Health, healthcare provision, Service Portfolio, Psychotherapy.*



“No hagas muchas pragmáticas y, si las hicieres, procura que sean buenas, y sobre todo, que se guarden y cumplan, que las pragmáticas que no se guardan, lo mismo es que si no lo fuesen”

(Recomendación de Don Quijote a Sancho, Miguel de Cervantes)

## El SNS: Aproximación al proceso reciente de su configuración y la incorporación de la Psicoterapia

### Presentación

El conocimiento y consideración de la conformación del SNS posiblemente es imprescindible para evitar lo ininteligible hoy. También importa entender la profundidad y sentido de lo que hoy consideramos “natural” en ideas, denominaciones, acciones, tareas, términos de comprensión en los Servicios de Salud Mental de hoy. Conviene ver lo que se constituye, lo que cambia y lo que se destruye y se pierde. El pasado no es un tiempo perdido, puede ser recobrado y no existe (o no debería existir) el monopolio de la reproducción del saber y de la historia. La Psicoterapia, con sus tempranos y relevantes desarrollos tempranos habidos en España, prácticamente había desaparecido tras la guerra civil y la larga postguerra. Los muy pocos que pretendieron reintroducirla particularmente a partir de los años 70 encontraron un marco implacablemente duro y en lo sanitario-asistencial público, un contexto rígido, pobre y cosificador en el pensamiento teórico-técnico que con esfuerzo fueron levantando. La Psicoterapia en España de manera significativa se ha desarrollado y ha estado ligada al ejercicio liberal mayoritariamente, siendo su incorporación al SNS un proceso posterior y marcado por dificultades hasta su confirmación legal como prestación sanitaria.

Los profesionales, la ciudadanía, entidades culturales y ciudadanas, sindicatos y partidos políticos clandestinos, algunos medios de la prensa escrita, reclamaron transformaciones en diversos ámbitos –uno de ellos y significativo en la atención a la Salud Mental y específicamente a la incorporación de modelos teórico-técnicos alternativos, lo que incluía la Psicoterapia, con el peso de la amenaza, la sombra y la represión de la Dictadura. El *movimiento estudiantil* había surgido en la Universidad en los años sesenta en búsquedas de apertura democrática, enfrentando la *España Oficial* con la España real, abriendo espacios, sin aceptar y forzando los límites de la *censura*, tanto en las aulas como en espacios singulares para la cultura, el cine, el teatro, que estaban fuera de los circuitos oficiales, abriéndose a las relaciones con sindicatos y partidos políticos clandestinos, a la información y las ideas que venían de fuera de nuestras fronteras trayendo la fuerza de movimientos, realizaciones y aires nuevos. Este *movimiento estudiantil* se desarrolla en el tiempo y durante la Transición con progresiva intensidad y generalización en el territorio español, sufriendo las acciones represivas del Régimen franquista con expedientes que truncaban estudios universitarios, expulsiones de profesores, detenciones, juicios del Tribunal de Orden Público y encarcelamientos. También supuso formación,

experiencias, conocimientos de difícil acceso en la *España oficial*, ideas y nuevos “soplos” (Olabarría y Anxo-García, 2011). En todo el Estado los debates en muy diversos sectores y la participación de múltiples entidades frecuentemente o poco estables o clandestinas, se sucedían con intensidad, desorden y riqueza.

Algunos sectores del *Régimen* habían buscado desde mediados de los sesenta modernizar a un país que salía de la autarquía con los Planes de Desarrollo, el *desarrollismo*, que se basaba en la mejora económica que aportaba la llegada de las “remesas” de los emigrantes y la llegada de turistas.

La Sanidad Pública española, entonces Previsión Social, ni en términos de cobertura, ni de gasto público, ni de áreas de intervención era aceptable. Veamos unos brochazos que perfilen el contexto desde la segunda mitad de los setenta, donde el fallecimiento de Franco sitúa al país ante la posibilidad del cambio. La necesidad de introducir cambios sustanciales en materia sanitaria era un hecho incontrovertible.

El retraso en la Previsión Social española queda puesto de manifiesto en términos económicos:

En 1975 el gasto público era del 24,7% del Producto Interior Bruto, mientras que la media de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) era del 40,2% (Tanzi, 1988). En 1975 las transferencias económicas del Estado a la Seguridad Social en España eran 28 veces menos que la media de los países de la OCDE (González Catalá y Vicente Merino, 1985).

En la Legislatura Constituyente de 1977 se crea un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social por primera vez independiente del Ministerio de Trabajo, pero que no gestionó el Instituto Nacional de la Salud. En poco tiempo se deroga esta creación. Tras diversos avatares queda adscrito al Instituto Nacional de la Salud.

Las medidas específicas desarrolladas en el campo sanitario durante la Transición en aplicación y desarrollo de la Constitución Española (BOE 311 de 29/12/1978, pp. 29313-29424) fueron escasas, ocasionales y sin lógica interna, pero cabe destacar la liquidación del Instituto Nacional de Previsión y la creación, mientras se debatía y elaboraba la Constitución, de cuatro institutos dedicados cada uno a una parcela de la política social pública: El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para la atención sanitaria; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión de las pensiones; el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para las prestaciones a la tercera edad y los disminuidos físicos y psíquicos; el Instituto Nacional de Empleo (INEM), para la gestión del desempleo. Así mismo se creó la Tesorería General de la Seguridad Social, que mejoró la gestión económica del sistema, si bien aumentó la rigidez administrativa (Gonzalo González, Tejerina y Ferreras, 1985).

En 1981 el reciente Ministerio de Sanidad y Consumo quedaba adscrito al Instituto Nacional de la Salud.

Además de la falta de modelo sanitario para impulsar la construcción de la necesaria nueva estructura y organización sanitarias, se está sufriendo la impor-

tante crisis económica que coincide con la Transición, cierre de empresas públicas y privadas, que arroja al desempleo a millones de trabajadores, lo que dificultaba una expansión del imprescindible gasto público (Olabarriá, 2003a).

Se produce una importante incapacidad entre 1975 y 1982 para modificar el *statu quo* sanitario con arreglo a los cambios que se estaban manifestando aceleradamente en lo socioeconómico, ideológico y político en el Estado. No existía un Sistema Nacional de Salud, la Seguridad Social, que prestaba atención sanitaria, tenía un modelo mutual, es decir, que únicamente atendía a los trabajadores con nómina o contrato y a sus familias, no garantizaba la atención universal y la equidad a los ciudadanos, no existía la Atención Primaria, el desarrollo hospitalario era escaso y carecía de modelo estratégico, no existía un modelo de formación de especialistas... Y muy a destacar para nosotros: La asistencia en Salud Mental se circunscribía por una parte a los hospitales psiquiátricos dependientes de las Diputaciones Provinciales, por tanto fuera de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y que mayoritariamente seguían un modelo manicomial, y las muy insuficientes en diversas vertientes, consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social (de 2 a 3 horas de consulta diaria para un cupo de población amplísimo) a su vez sin vinculación orgánica ni funcional con otros servicios.

En resumen, con contradicciones, confusión, inseguridad, y temor en el desarrollo de los cambios imprescindibles en lo sanitario, los poderes públicos se circunscribieron básicamente e insuficientemente a la expansión de la población cubierta por dicho sistema de la Seguridad Social, de carácter y modelo mutual, no de cobertura universal como derecho ciudadano constitucional, que sólo surge en los ochenta a partir de la iniciativa del primer gobierno socialista, que inicia sus trabajos en Sanidad con el Ministro Lluçh y el Subsecretario, Pedro Sabando, y publican la Ley General de Sanidad en 1986. Una Ley fundamental que supone gran apuesta y empeño frente a la potente y activa confrontación entonces de intereses de grupos médicos, ideológicos y políticos organizados, a partir de la cual se establece progresivamente el Sistema Nacional de Salud, como veremos más adelante.

Durante la Transición la producción de información para la mejora de la planificación sanitaria, así como su calidad, eran escasas. Datos tan básicos para diseñar y planificar cambios, como el número de personas con cobertura sanitaria y su evolución temporal desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, eran desconocidos, manejándose cifras aproximativas con diferencias entre sí de varios millones.

Lo mismo ocurría con los recursos humanos y materiales y su distribución en el territorio del Estado. Por eso se realizaron estudios y propuestas (informes, libros blancos, pactos, etc.), pero no generaban cambios en el ámbito sanitario. De hecho, la existencia de una amplia coincidencia acerca de la necesidad apremiante de cambiar sustancialmente el sistema sanitario, no generaba cambios por sí misma.

Antes al contrario, y hasta mitad de los 80, los principios regidores, organizativos, el modelo de financiación, el modelo de atención, etc. se caracterizaron por la

continuidad con la etapa anterior a la Transición, el final del Régimen Franquista.

Los resultados de las encuestas a la población y a los médicos mostraban el descrédito de la Seguridad Social, la falta de confianza de los ciudadanos y una opinión mayoritaria y generalizada, pero no organizada, entre los médicos de la necesidad de reforma.

Existía un consenso acerca de importantes vacíos de la cobertura sanitaria española:

- No era un derecho constitucional del ciudadano, sino que seguía un modelo mutual, es decir, que dependía de la condición de recibir una nómina (y aún con ello había sectores de producción excluidos).
- La población cubierta recibía diferentes prestaciones de servicios en función del régimen al que estuviese adscrita. No se concebían los principios de universalidad y el de equidad.
- Los trabajadores autónomos en muchas ocasiones no realizaban contribuciones impositivas burlando el fisco, con lo que quedaban al margen del sistema de prestaciones sanitarias, como también quienes no habían trabajado nunca y no estaban casados con alguien que sí contase con contrato laboral fijo.
- No existía la Atención Primaria y las prestaciones de la Medicina General –hoy desaparecida, todos los profesionales del SNS son especialistas- eran deficientes. Además, los médicos contaban con horarios muy restringidos y cupos de población muy altos, no se contaba con historias clínicas, etc.
- El número de camas hospitalarias, en crecimiento, era el más bajo de Europa y las urgencias estaban saturadas.
- La organización y gestión del sistema estaba fragmentada entre diversas instituciones con falta de coordinación entre ellas.
- Se contaba con un modelo de atención asistencialista, rígida y estereotipadamente *medicalizado* y una visión biologicista y parcializada de la salud.
- El modelo de formación de médicos especialistas era muy deficiente y no existía la *formación continuada* para los médicos de la Seguridad Social.
- La hospitalización psiquiátrica era la prestación sanitaria pública de Salud Mental más establecida y definida (a través de la Ley de Bases de la Seguridad Social) y se prestaba en los hospitales psiquiátricos dependientes de las diputaciones provinciales, al margen de la organización sanitaria estatal de la Seguridad Social.
- Las consultas ambulatorias de SM existentes en la Seguridad Social eran las de Neuropsiquiatría (2h30m de consulta para un neuropsiquiatra -hoy esta especialidad no existe- que atendía diariamente entre 15 y 30 pacientes), de prestaciones muy limitadas y biologicistas.
- El estado calamitoso de la asistencia psiquiátrica era enfrentado en y por muy importantes *conflictos psiquiátricos* que denunciaban aquella

asistencia mayoritariamente manicomial con enfermos institucionalizados, deshumanización de la atención, frecuente estado calamitoso de los centros, etc. Una asistencia que era preciso superar.

- El vacío en la formación y el pensamiento psiquiátricos -con dominancia de un biologicismo especulativo- eran hechos lamentables que a su vez anclaban las praxis dominantes.
- Tal vez por todo ello, los debates, los diseños y desarrollos alternativos para alcanzar la meta de la superación del hospital psiquiátrico y la modificación del modelo asistencial y del pensamiento clínico-asistencial, fueron ricos y profundos, generando ideas avanzadas y praxis en línea con aquellas, si bien con un carácter muy limitado a algunos centros específicos en el Estado que en general fueron reprimidos mayoritariamente en la primera mitad de los setenta.
- La necesidad no atendida de nuevos profesionales en la atención sanitaria pública era un hecho incontrovertible, destacadamente los psicólogos, cuyos primeros titulados universitarios salen de las facultades a mitad de los setenta, si bien quedaron globalmente fuera del sistema sanitario durante los primeros años (Olabarria, 2003b).

Ante la situación de la asistencia psiquiátrica mayoritariamente de carácter manicomial, periférica y, en tantas ocasiones, terrible, en 1976 y como única consecuencia del inoperante Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Sanitaria de 1975 se asignaron fondos para la asistencia psiquiátrica, que no sólo resultaron muy insuficientes, sino que quedaba definida como prestación social, no sanitaria. Se aumentó así su marginalidad. El impacto efectivo de este Informe resultó inapreciable (García, Espino y Lara, 1998).

Hemos de considerar que la Seguridad Social, con todos sus defectos, era una enorme organización que realizaba como principal organización sanitaria pública del Estado prestaciones a muy importantes sectores sociales (Gonzalo González et al., 1985). Además no existían procedimientos adecuados de información sanitaria producidos por el sistema, por lo que el conocimiento de su que-hacer, su eficacia, eficiencia, etc. eran limitados y deficientes.

La conciencia pública en torno a la necesidad de la reforma sanitaria se había iniciado antes de la Transición, desde el inicio de los setenta a través de la conflictividad protagonizada por los primeros MIR, en torno a la asistencia y específicamente a la formación de los especialistas. Reclamaban reformas en los contratos y derechos laborales, cambios en la atención sanitaria y en la formación, y, junto a ello, en el régimen político.

De este modo, durante la Transición se desarrolló un significativo eje de *pensamiento sanitario* y la idea del cambio alcanzó fuerza e identidad.

Lo que se produce con carácter singular desde al final del *Franquismo*, en la Transición y primeros ochenta es la participación de múltiples actores en múltiples escenarios (y su importante interrelación) en el gran debate sobre las reformas

imprescindibles, entre ellas la sanitaria y, dentro de esta, la de Salud Mental (SM). Aparecen múltiples publicaciones incitadoras de tomas de decisión y de posición.

Grupos de profesionales (en el campo de la SM, la AEN, y en organización corporativa la Sección de Psicología del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados, que desaparece a partir de la creación del Colegio Oficial de Psicólogos en 1979) apostaron por reformas profundas en los modelos de atención. También colaboraron activamente los diferentes partidos políticos y los sindicatos recientemente legalizados.

Especial relevancia habían alcanzado en los setenta los “conflictos psiquiátricos” habidos en algunos hospitales psiquiátricos del Estado, mayoritariamente manicomios, donde jóvenes profesionales y especialistas médicos en formación habían desarrollado modelos de asistencia con praxis alternativas, incorporando ideas procedentes del exterior, enriqueciéndolas con especificidades valiosas, considerando el pensamiento y modelo psiquiátrico dominante retardatario, porque marcan el inicio y desarrollo de unos movimientos muy relevantes en la primera mitad de los setenta que se extienden por gran parte de España durante la década de los 70 llegando al inicio de los 80 (González de Chávez, 1980). Logran concitar y vertebrar apoyos diversos como el del movimiento estudiantil, particularmente entre los estudiantes de Psicología y desde luego entre médicos de otras especialidades y entre otros espacios y fuerzas sociales.

Los *conflictos* producidos a partir de los objetivos planteados y las acciones desarrolladas -no exentas de profundos debates-, fueron rápidamente objeto de importantes y graves tensiones con el régimen político, tuvieron muy frecuentemente costes personales (despidos, ruptura del proceso MIR, exilios, obligadas búsquedas de trabajo en países extranjeros...), “cierres” o finales duros, auténticos “ataques” de organizaciones profesionales corporativas. Paralelamente, la organización médica colegial había sido denunciada reiteradamente por su alejamiento del colectivo profesional produciéndose fuertes cuestionamientos de su legitimidad y representación desde distintos ámbitos democráticos.

Tal vez por ello la influencia colegial/corporativa de los médicos en los debates sobre la salud y la reforma sanitaria no fue relevante (a excepción de las presiones para la evitación de cambios). De hecho se abrieron otros múltiples escenarios donde participaron diferentes profesionales y grupos interesados, entre ellos los médicos jóvenes, los MIR y también los primeros jóvenes licenciados con currículum específico en Psicología en la primera mitad de los setenta. Todo ello con una presencia frágil y pequeña de la Psicoterapia en España.

Se abrió una nueva dirección con el entramado de intercambio-reflexión-ideas-acción que supieron generar, modificaron el contexto en ideas, valores, metas, objetivos, formación, diseños de servicios, comprensión de la asistencia y la atención pública a la Salud mental. Conviene aquí añadir la capacidad que tuvieron de obtener crédito, de aportar pensamiento, discurso, objetivos, de generar movimiento entre colegas, con lo que el soporte obtenido en entramado permitía afrontar las

enormes dificultades que existían. Ideas persuasivas e idiosincráticas. Abrieron una reforma epistemológica de profundo calado cuya huella es hoy perceptible aún en este momento de posible reversión involutiva en diferentes vertientes. Es en el marco de esta reforma donde se inicia progresivamente la incorporación sustantiva de la Psicoterapia a los servicios públicos de SM, al SNS.

Así, desde una calamitosa situación asistencial y en los contextos políticos de la Dictadura, la Transición y primeros años de afianzamiento democrático, se empieza a pensar y establecer cambios de radical impronta en los hospitales psiquiátricos hacia su superación, en la concepción del que-hacer con los procesos de participación democrática interna, en los derechos de los pacientes y sus familias, en las ideas y praxis asistenciales y a establecer nuevas líneas de asistencia y formación considerando el contexto, la comunidad. Y también después a avanzar hacia el diseño y realización una red de servicios de SM diversificada, pluridisciplinar, atenta a los modos de atención, respetuosa con los ciudadanos y su sufrimiento, en la escucha, en los derechos, que supusiera la superación del hospital psiquiátrico y estableciera líneas de actuación comunitaria y de servicios diversificados desde una óptica de continuidad de cuidados, nuevas concepciones en el que-hacer clínico, en la conformación de equipos interdisciplinarios. Pensaron también la psicopatología y la clínica rompiendo los moldes viejos, rígidos y duros existentes; la mirada y la escucha hacia la Psicoterapia adquiere relevancia. Años más tarde la OMS (2000) define su nuevo paradigma de Atención en Salud Mental que viene a recoger muchas de las ideas, propuestas y ejecuciones realizadas en España en los 70 y los 80.

Creo poder decir que tanto los alcances de las realizaciones como su modernidad resulta hoy a todas luces sorprendente. Como también que hoy resulten en grandes sectores de nuestro contexto inmediato desconocidos, siendo sin embargo contexto significativo de la incorporación de la Psicoterapia al SNS, como veremos más adelante.

### **Acerca de la formación de especialistas en España**

El Ministerio de Sanidad -con el acuerdo del Ministerio de Educación- tiene la competencia sobre el establecimiento de las Especialidades sanitarias. El Sistema Nacional de Salud cubre sus plazas asistenciales, las plazas de sus servicios sanitarios, con estos especialistas (*facultativos sanitarios* en las plazas de titulación superior). No existen en el Sistema Nacional de Salud plazas generalistas en ningún ámbito de conocimiento. La formación de los especialistas sanitarios (de Medicina y de otras disciplinas sanitarias, entre ellas la Psicología) se adecúa al Modelo de Interno Residente. Este Modelo supone que, tras la superación de un examen de acceso a la formación especializada, esta se realiza como ejercicio profesional (reglado en jornadas laborales y pagado), tutorizado, con progresivas cuotas de responsabilidad asistencial, en base a un programa único realizado en servicios sanitarios especializados que deben alcanzar parámetros de calidad definidos y configurar una red de prestaciones diversificadas que a su vez están dirigidas a

los diferentes tramos de edad de la población y siguiendo un programa formativo específico de la especialidad de que se trate. Este Modelo se instaura como el sistema de formación de especialistas en 1984 (RD 127/1984), (Espino y Olabarria, 2003). La mayor parte de las especialidades cuentan con una duración de cuatro años, entre ellas la Psicología Clínica, creada legalmente en 1998 (RD 2490/1998).

Podemos ver que este modelo de formación de especialistas está muy alejado, no se superpone ni es equivalente a un programa de formación de postgrado con prácticas supervisadas.

Se trata de un proceso estructurado acorde con un modelo sanitario y sus demandas y necesidades, adecuadamente normativizado y muy positivamente valorado tanto fuera como dentro de nuestras fronteras por sus excelentes resultados en cuanto a la capacitación de los especialistas sanitarios. Su calidad y eficacia obliga a la consideración progresiva de nuevos desarrollos en los que trabaja la Comisión Nacional de la especialidad de que se trate. Las especialidades superiores de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud son Psicología Clínica y Psiquiatría, y son estos profesionales quienes cubren la atención de los tres niveles de Prevención de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. En los programas formativos de los Servicios de Salud Mental que obtienen la condición de *Unidades Docentes Acreditadas* (UDAs) para la formación de estos especialistas, no está incorporada de manera adecuada/suficiente la Psicoterapia, que, sin embargo, se realiza en dichos Servicios Públicos, como veremos más adelante.

### **Proceso de construcción en el marco europeo de la Sanidad Pública, algunos antecedentes significativos y el SNS en España hoy: Incorporación legal de la Psicoterapia**

Al final de la Segunda Guerra Mundial, la mayor parte de Europa estaba hundida por los estragos de la guerra. La pobreza, el hambre, la destrucción existente, la falta de empleo, eran dominantes y afectaban a millones de personas. Esa situación extrema llevó a algunos países a desarrollar políticas con la intención de afrontar tanto sufrimiento. Se produjo un marco de ideas y contribuciones para crear lo que pronto se denominó el *Estado de Bienestar*, que buscaba ser un contrapunto relevante, una puesta de límite reguladora, al hegemónico capitalismo liberal que había en Europa, estableciendo progresivamente acciones para una base de igualdad de los ciudadanos.

También hay que referirse al marco político-ideológico: derrotada Alemania, la Unión Soviética se convirtió en el enemigo de Occidente y representaba y quedaba definido como una amenaza por su exportación de políticas revolucionarias anti-capitalistas. En Europa, con una amplia trayectoria democrática, el enfrentamiento reconstructor de las sociedades castigadas con la Segunda Guerra Mundial requería de un plan sostenido en el tiempo, lo que planteó un modelo alternativo de hacer política dentro del marco de una economía capitalista. Una política de carácter reformista comprometida con la democracia representativa, incluyendo, de mane-

ra relevante, la justicia social considerando el *mercado* sujeto a regulaciones que permitieran redistribuir riqueza generando servicios públicos en ámbitos centrales (Sanidad, Educación, Derechos Laborales y Servicios Sociales, principalmente) a través de la progresividad fiscal. Europa quedó dividida en dos bloques en línea con cada uno de los modelos socioeconómicos dominantes tras la victoria de la II Guerra Mundial y se estableció la Guerra Fría.

El *Estado de Bienestar* no podía quedar dependiente del mercado y de los flujos financieros, por lo que se planteó la financiación pública para poder asegurar la cobertura de derechos sociales de la población y, entre ellos, destacadamente, la asistencia sanitaria pública.

El electorado de Gran Bretaña, los ciudadanos, en 1945 no votaron a Winston Churchill pese a que había sido un gran líder ganador de la Segunda Guerra Mundial. La ciudadanía optó por el Partido Laborista y el primer ministro fue Clement Attlee. Desde su llegada al poder, trabajó por el objetivo de avanzar hacia la conformación del Estado de Bienestar. Para ello la creación de una Sanidad Pública, fue un escalón primero y fundamental: pusieron en marcha el Servicio Nacional de Salud en julio de 1948. El Reino Unido fue pionero en implantar el primer Servicio Nacional de Salud en el mundo y en la historia.

En España, poco más de 10 años después de la muerte del dictador, en 1986, se crea un Sistema Nacional de Salud público de calidad, gratuito y universal con la promulgación de la Ley General de Sanidad (14/1986). Esta ley se elaboró en la primera legislatura dirigida por Felipe González que entra en el Gobierno con el Partido Socialista en 1982. Era Ministro de Sanidad Ernest Lluch y el Subsecretario, el doctor Pedro Sabando. Hay que decir que el Sistema Nacional de Salud se inicia en un marco de una gran crisis económica (Fundación Foessa, 1983).

Pero no se partía de cero. Vamos a irnos un poco más atrás para ver los caminos, los procesos, los desarrollos que supusieron creación de servicios públicos y de prácticas públicas sanitarias anteriores a todo esto.

Nos vamos a situar -ahora que estamos en el marco de una pandemia nueva con un virus nuevo y desconocido (el coronavirus)- en 1853, en donde como consecuencia de la segunda epidemia de cólera que había causado en España 200 mil muertos (y arrasado la población europea y mundial), la reina Isabel II promulga la primera Ley de Sanidad. Era presidente el General Espartero. Esta Ley es actualizada en la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904 -fue un real decreto reinando Alfonso XIII- y se aprueba primero con carácter provisional. Es don Antonio Maura, poco después, quien firma dicho Decreto. Precisamente en ese momento desaparece lo que había existido hasta aquel momento dentro de la Administración pública, que era la Dirección General de Sanidad. Este Decreto fue importante porque esta norma abandona lo que Pedro Sabando ha llamado en diferentes ocasiones: “la sanidad defensiva”, basada en cuarentenas, en cordones sanitarios para pasar a la sanidad que se llama en la época “la sanidad ofensiva” basada en las inspecciones e instrucciones (Sabando, Torres-González y Lamata

Cotanda, 2020).

Durante la Dictadura de Primo de Rivera se toman dos medidas significativas en la historia de la Sanidad española. En 1900 se crea la Escuela Nacional de Sanidad para la formación técnica del personal sanitario, en 1927 se fusionan en un cuerpo único de Sanidad Nacional los tres entes de sanidad: exterior, interior e instituciones sanitarias de manera tal que todos pueden trabajar en las distintas áreas.

En la Segunda República se abordan con rapidez reformas que pretenden ser en profundidad. Son pocos años, pero muy intensos. Se abordan reformas que van desde la organización de los recursos, entre ellos los que van a prestar atención a la Salud Mental, hasta criterios para la desinfección y desinsectación. Previamente, en 1932, Largo Caballero había encargado al Instituto Nacional de Previsión un Proyecto de Ley acerca del Seguro de Enfermedad, Invalidez, Vejez, Maternidad y Muerte como desarrollo del artículo 46 de la Constitución. En 1935 estaba elaborada una propuesta de proyecto de ley acerca de un Seguro Obligatorio de Sanidad y, de hecho, ese mismo año se crea por primera vez el Ministerio de Sanidad.

En 1942, con la creación (por un relevante Ministro falangista del primer gobierno franquista, Girón de Velasco) del Seguro Obligatorio de Enfermedad recién terminada la Guerra civil, se establece por primera vez un sistema generalizado de atención a la enfermedad. Este Seguro garantizaba al trabajador, a través del pago de una cuota (otra cuota mayor la pagaba la empresa paralelamente), prestaciones sanitarias que ejercían profesionales médicos pagados por el Seguro Obligatorio. Es la base para el desarrollo de una estructura sanitaria ambulatoria y, posteriormente, hospitalaria. Más aun cuando en 1944 se promulga la Ley de Bases de la Sanidad Nacional. De hecho, si bien la asistencia de carácter ambulatorio se va desarrollando en toda España –aunque con grandes diferencias entre las zonas rurales y las ciudades–, hasta mediados de los sesenta no empiezan a construirse los grandes hospitales progresivamente (Segovia de Arana, 1971). Se había producido, a partir de los años sesenta particularmente (con el *Desarrollismo*), un desarrollo científico y tecnológico de la Medicina que tiene su traducción en estos soportes de la Sanidad que habían comenzado con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, base de lo que fue pocos años más tarde, la Seguridad Social. En todo este esfuerzo la atención sanitaria a la Salud Mental era psiquiátrica y se circunscribía en la Seguridad Social a las consultas de Neuropsiquiatría, como antes ha quedado reseñado, y fuera de la Seguridad Social, básicamente a los hospitales psiquiátricos o manicomios.

A partir del año setenta y siete y bajo la presidencia de Adolfo Suarez, se elaboraron las primeras reformas sobre la Sanidad heredada del periodo franquista. Los gobiernos de UCD tuvieron dificultades o no quisieron hacer una Ley de Sanidad que diera cumplimiento a los artículos 43 y 49 de la Constitución Española de 1978. Incluso en 1980, el ministro Rovira zanjó el debate que estaba vivo con una afirmación rotunda: “no a un Sistema Nacional de Salud”. Se desprendía que el Gobierno de entonces se mostraba partidario de una provisión privada de los servicios sanitarios sin tener en cuenta la red de hospitales y ambulatorios de

la Seguridad Social que se habían construido durante el Régimen anterior. Pero el pensamiento sanitario de la izquierda se fue desarrollando en sintonía con los movimientos democráticos contrarios a la Dictadura y con un amplio espectro de participantes como ya ha quedado dicho. Todos estos sectores demostraban un denominador común que era que, sobre la base de la herencia recibida, debía articularse un sistema sanitario de cobertura universal y financiación por impuestos que debería recoger y complementar la estructura existente. El horizonte era la creación de un Servicio Nacional de Salud en línea con lo desarrollado en el Reino Unido.

Hay que tener en cuenta que era una situación complicada por muchas razones: había varias redes asistenciales sin coordinación, la principal la de la Seguridad Social. Pero estaban también las de las Diputaciones provinciales, las de los Ayuntamientos con responsabilidades sanitarias de distinto tipo, incluso con pequeños hospitales con camas y otras. Había en aquel momento una gran confusión (Lamata, 2011).

Los trabajos para gestar la Ley General de Sanidad se inician en 1983 como antes ha quedado señalado, con la llegada al Gobierno del Partido Socialista. Los principios inspiradores de una Ley General de Sanidad, con el proyecto del Servicio Nacional de Salud, eran: la cobertura universal y gratuita de las necesidades sanitarias, la financiación pública directamente desde los presupuestos del Estado, la descentralización autonómica de la gestión, la integración de todas las redes sanitarias, la provisión de servicios a través de los centros y profesionales públicos y la organización territorial de salud en áreas y zonas básicas cubriendo los tres niveles de Prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria. Además, esta orientación contaba con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y el diseño de estructura como Servicio o Sistema Nacional de Salud era una propuesta que se consideraba satisfactoria en los foros sanitarios internacionales.

Los primeros borradores de Anteproyecto de Ley General de Sanidad que se inician en 1983 con comisiones específicas a este respecto, fueron muy importantes y objeto de múltiples debates. Hay que tener en cuenta que en esos momentos arreciaron las críticas y descalificaciones por parte de Alianza Popular y fueron aliados protagonistas el Consejo General de Médicos y los sindicatos médicos, que desarrollaron una dura campaña contra el desarrollo de una Ley General de Sanidad que introdujese la creación de un Sistema Nacional de Salud. Diez años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986, en 1996, el Partido Popular accedió al Gobierno y el Ministro de Sanidad, Romay, no la derogó como había sido anunciado durante años por Alianza Popular. Al revés, en 1997 el Ministro Romay aprobó el dictamen para “avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso”. Este dictamen fue muy importante porque significaba la aceptación por el Partido Popular del modelo que se desprendía de la Ley General de Sanidad 14/1986 y es, por lo tanto, una situación que cierra la base del consenso que determina la consolidación del Sistema Nacional de Salud

(hablaremos brevemente después de las reformas introducidas a partir del 2012 que suponen una contrarreforma).

En la época de gestación de la Ley General de Sanidad y puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud (SNS), hay que tener en cuenta que había una crisis económica importante (González Catalá y Merino, 1985) y se instauraba, junto al miedo, prudencia en la expansión del gasto (Lamata y Oñorbe, 2014).

Elemento sustancial de la Ley General de Sanidad es, sin duda, el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria de todas las personas que viven en el país. La *universalidad* de la atención sanitaria de calidad es una de las conquistas más importantes de la humanidad y en España fue fruto de un empeño de miles de personas a lo largo de años defendiendo el desarrollo de bases para la igualdad y una distribución más justa de la riqueza. Naturalmente este derecho es reversible y ha vuelto a aparecer el debate (más bien la lucha), entre quienes defienden que la Sanidad no es un derecho sino un problema de cada ciudadano; un ámbito donde, por lo tanto, cabe el negocio -la salud como “nicho de negocio”- (Gonzalo, 1985). Un debate, decía, entre aquéllos y quienes pensamos que el derecho a la salud, a la atención sanitaria, debe estar garantizado por el Estado y financiado por un sistema fiscal progresivo.

La Salud Mental quedó incluida en el capítulo 20 de la Ley General de Sanidad 14/1986. Algo muy singular pero que se pensó necesario considerando que era imprescindible un cambio radical tanto de modelo de atención como de recursos, y la integración en el SNS resultó clave.

La Constitución de 1978, al crear un Estado autonómico, cuasi federal, condicionó uno de los rasgos importantes de nuestro sistema sanitario, que ha sido una fuerte descentralización. Otro rasgo fundamental es el modo de financiación del Sistema Nacional de Salud. La Constitución lo dejó definido en el Artículo 31 de una manera genérica estableciendo en sus ítems 31.1 y 31.2, que para garantizar la financiación, el gasto público realizaría por la asignación de fondos estatales con impuestos progresivos.

No cabe duda que con la Ley General de Sanidad se alcanzaron logros importantísimos que posteriormente y durante años instauró la creencia generalizada de la imposible modificación hacia el retroceso del SNS. La contrarreforma que se inicia en el 2012 en el contexto de la crisis financiera del 2008 demostró que la firmeza del Sistema Nacional de Salud que se construye desde el año 1986, no era irreversible.

Hay que decir que hoy en día el Sistema Nacional de Salud español es uno de los Sistemas de Salud del mundo con un Catálogo de Prestaciones (“Cartera de Servicios”) más amplio, que incluye la Salud Pública, la Atención Primaria, la Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria, la rehabilitación, prestación farmacéutica, productos sanitarios, urgencias, transporte sanitario, etc. con altos niveles de calidad (Schütte, Marin Acevedo y Flahault, 2018).

El Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del

Sistema Nacional de Salud actualizó el primer catálogo, que era insuficiente, de las prestaciones incluidas en el Sistema Nacional de Salud (Olabarría, 1997) y lo central, en relación a la Psicoterapia, es que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, estableció la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. La existencia de dicha Cartera es central por cuanto establece las prestaciones obligatorias en el SNS e incluye la Psicoterapia entre esas prestaciones obligadas del SNS en España.

Como antes decía, el Real Decreto 16/2012 ha supuesto una marcha atrás en el reconocimiento de las prestaciones con financiación pública y se ha ido procediendo a lo largo de estos últimos años en la gestión de gran parte de las Comunidades Autónomas, a aumentar la gestión privada con conciertos, privatizaciones y concesiones a largo plazo. De manera tal, que en 2016 la proporción de gestión pública de la sanidad financiada públicamente, aunque sigue siendo mayoritaria, ha bajado al 70% sin contar farmacia.

En los últimos años el freno a la inversión pública y el aumento de gasto privado aún está alterando más este equilibrio (López-Valcárcel y Barber, 2017). Se trata de una auténtica *contrarreforma* basada en un discurso neoliberal sobre la supuesta mayor eficiencia de la gestión privada que se ha impuesto en los gobiernos conservadores de España y de varias Comunidades Autónomas (y fuera de nuestras fronteras), aunque no se haya demostrado e incluso sean muchos los autores de Salud Pública que defienden que es radicalmente falso (Tanzi, 1988). Esto parecería evidenciarse si comparamos el sistema sanitario con mayor gestión privada -lo tiene Estados Unidos- con los sistemas con mayor gestión pública europeos, donde la eficiencia es mucho mayor: en los de gestión pública, con la mitad de gasto sanitario en relación con el PIB, consiguen mejores resultados en salud y accesibilidad (Miller y Lu, 2018).

### **Bases y retos para una adecuada prestación de la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud**

Conviene decir ahora que con la breve e intensa historia de la Psicoterapia en España se produce un importante desarrollo de los distintos modelos teórico-técnicos o de las distintas escuelas psicoterapéuticas.

La Guerra Civil había truncado el potente desarrollo de la Psicoterapia iniciado durante la II República, llevado al exilio a sus protagonistas y condenado a los que quedaron a lo que se dio en llamar un “exilio interior”.

El final de los sesenta y los primeros setenta, con sus movimientos políticos, culturales y a veces científicos, impregnaron también España y ya durante el Franquismo se obtuvo la apertura de algún servicio hospitalario (con convenio con la Seguridad Social) donde se realizaban prestaciones de Psicoterapia, destacando el Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz, dirigido por el prestigioso psicoanalista Dr. José Rayo. Por otro lado, y sin conexión alguna con la Sanidad Pública, se crean progresivamente los estudios universitarios de Psicología de la

mano de un psiquiatra exiliado que vuelve: El Dr. José Germain (Olabarria, 1995). Dichos estudios van logrando progresiva autonomía y entidad, con un peso específico predominante de la Terapia de Conducta en el ámbito académico, hasta el surgimiento de los primeros psicólogos licenciados en la primera mitad de los setenta.

El desarrollo de la Psicoterapia en España desde entonces hasta hoy ha sido importante, significativo, potente y ha obtenido un importante reconocimiento tanto entre los profesionales del Sistema Nacional de Salud y la población como fuera de nuestras fronteras. Pero este desarrollo significativo, tanto en lo que se refiere a la formación como al ejercicio, quedaba establecido como una práctica profesional privada desde una formación privada. Es decir, dentro de un modelo de contrato para un ejercicio de profesión liberal. El planteamiento de ofertar prestaciones de Psicoterapia a los ciudadanos en el SNS (Ministerio de Sanidad, R.D. 1030/2006) supone un alto reconocimiento y también un reto a consolidar en su desarrollo e implantación. Conviene ahora destacar que esta inclusión supone poner al alcance del SNS, de la globalidad de sus profesionales y desde luego de los ciudadanos, un saber riguroso y liberador que interviene de manera específica y singular sobre problemas de salud humanos.

Por otra parte hay que decir que llamar “Psicoterapia” a la Psicoterapia no deja de ser un cierto modo de convención, pues declina en diferentes escuelas y modelos teórico-técnicos muchos de los cuales se han venido comportando como rivales entre sí con fuertes descalificaciones entre ellos. No voy a proponer aquí una de las múltiples definiciones de Psicoterapia existentes (Mahoney, 1995), solamente decir que vamos a entender la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud como una aplicación sistemática de técnicas y procedimientos reglados de carácter psicoterapéutico para abordar, como tratamiento, problemas referidos a trastornos mentales; si queremos, problemas de conducta, problemas relacionales, emocionales y afectivos del sufrimiento humano.

Además, la Psicoterapia tiene distintos posibles objetivos, uno de los cuales sería la atención sanitaria ante problemas de Salud Mental, es decir, para realizar tratamientos por la presencia de psicopatología o por indicaciones precisas como propondré más adelante. Pero como sabemos, la Psicoterapia puede tener otros objetivos: desarrollo personal, afrontamiento de problemas... y solamente uno de ellos, el primero definido, es compatible con las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, y Mass Hesse, 1997).

Por tanto, ejercer la clínica psicoterapéutica en el Sistema Nacional de Salud significa el establecimiento de algunas condiciones que son imprescindibles en el mismo. Entre ellas, además del rigor, el establecimiento de parámetros de eficacia y eficiencia que deben ser visualizables. Y al mismo tiempo, es preciso avanzar perfilando las indicaciones de Psicoterapia dentro de los Servicios de Salud Mental.

Esas condiciones no sólo son necesarias, sino que son posibles (como la praxis psicoterapéutica en los Servicios de SM viene demostrando), pero su desarrollo

enfrenta la frecuente creencia de que la Psicoterapia que se puede realizar en los Servicios Públicos es de mala calidad o al menos de una calidad “de segunda”, mientras que la Psicoterapia en la práctica privada sería la que verdaderamente alcanzaría el nivel de calidad exigible. Una creencia de base frágil, pues la Psicoterapia en el ejercicio privado tiene una condición que frecuentemente se oculta: que el acceso está limitado al nivel de renta del ciudadano que la necesita y supone al tiempo, un modo (“favorable”) de selección de casos (de pacientes, de población) a atender, lo que no se puede producir en el SNS. Al revés, las condiciones del ejercicio de la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud, podemos decir que multiplican los efectos terapéuticos y la llegada al conjunto de la población. Y el que tengan algunas variables diferentes que, naturalmente, condicionan el marco de actuación, no significa que lleven aparejada una calidad de segundo nivel si atendemos a la visibilidad de la actuación del profesional y de los efectos que produce. Como sabemos, esta visibilidad es mucho menor (a veces dramáticamente menor) en un ejercicio liberal.

Los profesionales facultativos especialistas que trabajan en los Servicios Públicos de Salud Mental (en cualquiera de los tres niveles de atención: Primaria, Secundaria y Terciaria) ofreciendo formas eficaces de tratamiento para trastornos mentales no consideran el límite definido por el nivel de renta del paciente -que en ese caso es un cliente-, sino por su pertinencia en el caso de que se trate, los recursos públicos para afrontar una Psicoterapia, su indicación como tratamiento de primera elección o como tratamiento combinado, así como la eficacia y eficiencia de su intervención en un sistema que se gestiona con gasto público, es decir, con el dinero de todos.

Mayoritariamente en los Servicios públicos de Salud Mental de España que prestan Psicoterapia, los tratamientos son breves y de objetivos limitados, lo que no significa que se obtengan bajos resultados. Son muchos los autores desde Haley (1994) hasta Lazarus y Fay (1994) que ya han definido que la mayor longitud de una intervención no demuestra mayor eficacia ni mejores resultados (Lambert, 2013). Hay que entender también que por *Psicoterapia Breve* la mayoría de los autores entienden una Psicoterapia que no sobrepase las 20 sesiones. Creo que este aspecto es importante porque los facultativos especialistas que ejercen la Psicoterapia, los psicoterapeutas del SNS, han establecido pragmáticamente y casi siempre de manera tan implícita como clara, un objetivo por consenso: el de conciliar las expectativas del Sistema Nacional de Salud y sus posibilidades reales con el rigor del conocimiento teórico-técnico que exige la Psicoterapia y la calidad de esta prestación sanitaria, haciendo progresivamente una oferta más abarcativa, y a su vez, haciendo más eficiente el sistema.

Como desarrollo de la Ley Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud quedó publicado, como ya antes he hecho mención, el Real Decreto 1030/2006, publicado en el BOE núm. 222, del 16 de septiembre del 2006, que estableció la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud donde se incluye la

Psicoterapia. Es necesario destacar que la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud compromete las prestaciones que la Administración Pública sanitaria oferta a los ciudadanos en todo el Estado con carácter obligado, obligado para los Servicios. Y queda la competencia de su organización y gestión en manos de las Comunidades Autónomas que son las que han de gestionar específicamente estos servicios sanitarios. Sin embargo, la oferta de estas prestaciones, siendo existentes y en un desarrollo imparable (no creo que exista Servicio de SM donde no se incluya la Psicoterapia), reconocido por los profesionales de otros servicios y valorados por la población, no cuenta con el ordenamiento y transparencia que el SNS precisa, siendo el perfil formativo y la iniciativa del profesional de Salud Mental de que se trate, elemento clave para el ejercicio de esta prestación.

Por ello es ineludible avanzar en el desarrollo de Programas y Unidades de Psicoterapia en el SNS, no dejándolo meramente a criterio de cada profesional, equipo o jefatura. Y esto ha de hacerse desde las modalidades de las necesidades de la población atendida, de las necesidades de los servicios sanitarios en relación con el dispositivo asistencial, desde la cultura del equipo, desde las necesidades de otros servicios (Educación, Serv. Sociales, Justicia, etc.) y de la comunidad. Y siempre atendiendo al rigor, el cuidado de la calidad y la búsqueda de resultados objetivables.

Este objetivo significa que tenemos por delante un camino para avanzar progresivamente, considerando fases o estadios operativizables en función de la situación existente en cada Área Sanitaria de cada Comunidad Autónoma del Estado con una garantía de eficiencia para usuarios, profesionales y el propio Sistema Nacional de Salud.

Elemento clave es cuidar la formación, la capacitación específica de los profesionales en tratamientos psicoterapéuticos. Y aquí vuelvo a recordar que el término "Psicoterapia" no presupone una orientación o enfoque teórico-técnico científico único definido, en realidad hay diferentes orientaciones teóricas, técnicas y aplicadas. La hoy frecuente creencia y concepción de algunos gestores de que Psicoterapia es conversar con el paciente o aplicar ciertas técnicas instrumentales, es un error. Además de ser un error es un riesgo. Es preciso arbitrar recursos eficientes en la propia red y apoyados por las Áreas Sanitarias con un modelo de formación permanente y sostenido en el tiempo. Es decir, dentro de lo que obligadamente está establecido en el Sistema Nacional de Salud para sus profesionales: la *formación continuada*. Necesitamos contar en el Sistema Nacional de Salud con profesionales formados y, además, con tiempo para el ejercicio clínico psicoterapéutico. La Psicoterapia puede ejercerse en tratamientos combinados que incluyan la prestación de psicofármacos pero también puede, debe y es un tratamiento de primera elección. Su ejercicio no requiere, en muchos casos, de la aplicación de ningún otro tratamiento, pero lo que sí requiere es tiempo del profesional. Por lo tanto, la escasez de recursos humanos que tienen los Servicios de Salud Mental, particularmente de psicólogos clínicos, suponen una base de déficit que resulta imprescindible corregir.

La Psicoterapia en el SNS, bien como tratamiento primero y único de elección, o en combinación con otras intervenciones, es el tratamiento elegido y pertinente de un gran número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud.

Es preciso, por lo tanto, avanzar en la definición de marco para la prestación, formación e implantación.

### **Marco para la actuación: Propuestas para la asistencia, formación e investigación en Psicoterapia en el SNS**

Con el fin de ofrecer una Psicoterapia de calidad los Servicios Públicos de Salud Mental del SNS deben ofrecer Programas específicos con profesionales adscritos, objetivos definidos en dichos programas, psicólogos clínicos y psiquiatras con capacitación específica en Psicoterapia, acreditados como psicoterapeutas. Sus actividades deben ser evaluables, los programas deben ser flexibles y capaces de evolucionar de acuerdo a las necesidades de la población y a los cambios de la organización; y deben de tener tiempos asegurados para la agenda de los profesionales. Deberían desarrollar tratamientos en intervenciones psicoterapéuticas bien de eficacia demostrada a partir de la evidencia disponible, bien a partir del consenso de la comunidad clínico profesional y siendo evaluados sus resultados en términos de salud (Johnstone y Dalos, 2017; Jonstone et al., 2018).

Deberían desarrollar tratamientos, intervenciones y técnicas psicoterapéuticas breves, individuales, grupales, de parejas y de familias, tratamientos, intervenciones y técnicas focales de tiempo limitado y psicoterapias de apoyo dirigidas a pacientes crónicos y sus familias. Psicoterapia especialmente en trastornos graves de Salud Mental en los diferentes grupos etarios, en los trastornos de mayor prevalencia, en casos de riesgos evolutivos de cronificación, en las complicaciones psicopatológicas de crisis de ciclo vital en primera infancia, adolescencia, edad media y envejecimiento, y en complicaciones psicopatológicas de las crisis vitales accidentales. Y de manera complementaria, desarrollar intervenciones psicoterapéuticas para problemas de salud desarrollados en servicios diferentes a los servicios de Salud Mental, particularmente en Atención Primaria y en ingresos hospitalarios por diferentes patologías “físicas”.

El Sistema Nacional de Salud y, más específicamente, los Servicios de Salud Mental de cada Área Sanitaria de las distintas Comunidades Autónomas han de definir y facilitar públicamente la oferta de intervenciones y tratamientos psicoterapéuticos para cada nivel asistencial, primario, secundario y terciario. Y en cada uno de los niveles se debe de garantizar que sea un acceso equitativo, universal, ofrecido de manera no parcelada ni separado de otras intervenciones, atendiendo al contexto asistencial y al curso del proceso del trastorno.

Hay que tener en cuenta que además de los programas, los tratamientos psicoterapéuticos han de comportar la formalización de un contrato terapéutico. Un

contrato en el que se definan los objetivos, el número de sesiones, la duración de las mismas, el tiempo total del tratamiento e indicadores de calidad del plan terapéutico. Ha de presentar resultados de la intervención en todos los casos tratados en términos de cambios de salud. Cabe resaltar la pertinencia para ello de la observación de los *resultados de salud* como, por ejemplo, plantea en sus evaluaciones el Prof. Seikkula (Seikkula y Arnkil, 2016), que permiten la valoración de resultados de los tratamientos psicoterapéuticos en modelos respaldados por la comunidad científico-profesional, donde los diseños dominantes de evaluación hacia la *evidencia*, no han sido suficientes hasta ahora (Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010), en gran medida por la dificultad inherente a algunos modelos teórico-técnicos para ello, pero que cuentan con respaldo y crédito entre los psicoterapeutas.

Los profesionales que ejercen la Psicoterapia requieren una formación y una capacitación específica, no basta con ser psiquiatra o psicólogo clínico para ejercer la Psicoterapia. Debe requerirse una formación específica añadida en Psicoterapia para poder ejercer con responsabilidad clínica como facultativos especialistas de los Servicios de Salud Mental del SNS.

Dos ámbitos principales a desarrollar en la formación en Psicoterapia de los profesionales de la Sanidad Pública:

1. En la Formación de Especialistas: Es preciso desarrollar e integrar dentro de los programas de formación especializada de los residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría, formación progresiva en Psicoterapia a lo largo de los cuatro años de duración de la Residencia, con opción de elección de Psicoterapia en el tiempo asignado para rotación elegida libremente. Al tiempo, resulta procedente crear un Área de Capacitación Específica (ACE) en Psicoterapia, al que puedan acceder psicólogos clínicos y psiquiatras al finalizar su periodo de formación MIR y PIR como especialistas. También es precisa la creación de Unidades Docentes Acreditadas para la formación del ACE en Psicoterapia.

2. En la *formación continuada*: Es preciso considerar la formación en Psicoterapia en los planes de formación continuada de los Servicios Públicos de Salud Mental con un carácter estable y con sentido propio, diferente al sumativo. Es preciso realizar evaluaciones periódicas de las Unidades Docentes Acreditadas del Sistema Nacional de Salud y de los Programas y Unidades de Asistencia Psicoterapéutica.

Es relevante considerar el establecimiento y acreditación de supervisores por Áreas Sanitarias con evaluaciones periódicas, sostenidas en el tiempo (González Torres, 2019); supervisores psicoterapeutas acreditados, si es posible externos al Servicio. Cabe la *acreditación cruzada* de un profesional que supervise servicios de otro Área Sanitaria como supervisor externo.

Por otra parte, es relevante la inclusión de aspectos básicos en Psicoterapia, en pre-grado, en las diferentes titulaciones y asignaturas, para el conocimiento básico de la Psicoterapia de los estudiantes de Medicina y de Psicología.

Tenemos un marco sanitario con recursos finitos y con exigencia profesional y ciudadana. Hemos de alcanzar lo que requiere todo Sistema Nacional de Salud:

obtener el mejor tratamiento psicoterapéutico con un coste adecuado y sostenible. Por ello necesitamos desarrollar líneas de investigación dirigidas a la elaboración de criterios de eficacia, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos en las intervenciones y tratamientos psicoterapéuticos y el establecimiento de indicadores de salud que permitan la verificación de los cambios funcionales en salud en cada tratamiento psicoterapéutico. Por ello resulta de alto interés impulsar la investigación de procesos y de resultados en Psicoterapia, promover metodologías de investigación cualitativa, realizar creación de redes de investigación que permitan diseños potentes con tamaños muestrales importantes y apoyar la investigación en Psicoterapia desde las Agencias Públicas de investigación.

### **Algunas reflexiones y propuestas finales sobre la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud hoy**

La *contrarreforma* puesta en marcha desde la publicación del Real Decreto de 2012 (RD 16/2012, BOE 98) con impacto de gran relevancia en Salud Mental debe ser frenada. El impacto de regresión de la atención a la Salud mental en ejecución, es enorme y, al tiempo, han de ser corregidas las insuficiencias que facilitaron el deterioro actual. Se están destruyendo activamente con las políticas neoliberales, las privatizaciones y los recortes, las bases de una atención sanitaria, base del Estado de Bienestar, favorecedor de las bases de la convivencia social (Lamata, 2014).

La preocupante política en curso en Salud Mental compuesta de imprevisión, ausencia de dirección, incapacidad de gestión, desorganización, insensibilidad, prejuicio, autoritarismo, deficiente gestión de los escasos recursos, cuando no de una ignorancia cómplice de intereses de la industria farmacéutica que apuesta por el biologicismo como modelo de atención, nos conduce hacia un horizonte sanitario con niveles de sectarismo, exclusión, sufrimiento personal y colectivo de enfermedad, de insolidaridad, de injusticia y de miedo que resultan insoportables.

En el marco de la defensa de la atención a la SM en el SNS, de la gratuidad y universalidad en el acceso a sus prestaciones, de acuerdo con quienes promueven la mejora del Sistema Nacional de Salud por la búsqueda de la equidad y por la protección de la salud de la población de manera eficiente y justa, es preciso buscar y promover la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud, para ello:

- Ha de reafirmarse el carácter público de todos los bienes y servicios tanto en su titularidad como en su gestión. La salud es un bien colectivo, su protección es un derecho de todos, es expresión del igual valor de las personas, es condición para un desarrollo socioeconómico más justo. La salud no debe ser “nicho” de negocio en los Sistemas Nacionales de Salud, la Psicoterapia tampoco. La atención a la Salud Mental ha de regirse por los principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad y normalización; también de escucha y de respeto de los derechos humanos. Todo ello, sin duda, en la Psicoterapia resulta más accesible y directo. Los ciudadanos y el SNS han de tener la posibilidad de recibir sus beneficios.

- La Salud Mental ha de revitalizarse. Es precisa la comprensión multidimensional, la respuesta multiprofesional, la orientación comunitaria, la continuidad de cuidados, la atención y apoyo en el ámbito domiciliario, la intervención precoz, el trabajo de prevención y, desde luego, la Psicoterapia resulta un elemento clave para todo ello frente al empobrecimiento terapéutico y al imperio y abuso de la respuesta farmacológica como instrumento principal de atención.
- La Psicoterapia resulta una opción de intervención en Salud Mental que es frecuentemente elegida como la mejor por parte de las *guías de práctica clínica* existentes, siempre que tenga suficiente rigor y profundidad (Wampold, 2015; Wampold e Imel, 2019). En realidad en nuestros servicios sanitarios de Salud Mental, prácticamente todos los equipos afirmarían que tienen una perspectiva comunitaria y psicoterapéutica de “escucha”, pero eso no quiere decir que en su praxis incluyan ambas perspectivas y la conjunción de las mismas con rigor. Necesitamos una perspectiva en los equipos, una cultura de equipo, que haga que quienes ejercen la Psicoterapia en el SNS sean conscientes de que tratamos con personas que se hallan en la realidad fundamental de un mundo interno en un contexto relacional significativo. Nos encontramos con que existen los instrumentos, existen las necesidades, existen las actitudes que favorecen el ejercicio de la Psicoterapia.
- Hay una parte importante de dispositivos asistenciales públicos que cuentan con una oferta de psicoterapias y psicoterapeutas, pero también los hay donde prácticamente este recurso no se ejerce como tal más allá de las iniciativas particulares de un profesional dado. Es preciso acabar con esta ausencia de planificación y programación y avanzar al establecimiento público de programas de oferta psicoterapéutica.
- Es precisa la conformación de “actitud psicoterapéutica” en los profesionales, para lo que la cultura del equipo es relevante. La incorporación permanente de la Psicoterapia en la *formación continuada* resulta también en este sentido, elemento estratégico.
- Resulta relevante el conocimiento por los facultativos especialistas psicoterapeutas con capacitación específica, de dos modelos teórico-técnicos, uno de los cuales al menos ha de serlo en profundidad y otro con un nivel básico suficiente.
- Es imprescindible avanzar y sostener la investigación en Psicoterapia y difundir adecuadamente las evidencias que apoyan la utilidad de estos abordajes, teniendo en cuenta que la investigación debería quedar promovida tanto dentro de los modelos que por su diseño teórico-técnico están más cercanos a los modelos de otros tipos de tratamientos sobre todo médicos, como los que no lo están. Por ejemplo, la cirugía no puede regirse por el mismo diseño de evaluación de resultados en su investigación (González

Torres, 2019). Algunos modelos de Psicoterapia tampoco, o al menos con dificultad. Sin embargo, los resultados en términos de salud sí deben ser evaluados, conocidos y difundidos.

Son muchos los retos, son muchas las exigencias, pero es una tarea necesaria.

## Referencias Bibliográficas

- Butler, G. y Low, J. (1994). Short-term Psychotherapy. En P. Clarkson y M. Pokorny (Eds.), *The Handbook of Psychotherapy* (pp. 208-225). Nueva York, NY: Routledge.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (M 23603-1985). Madrid, España: Ministerio de Sanidad.
- Constitución Española. Boletín oficial del estado (BOE). Madrid, España. 28 de diciembre 1978.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-89. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- España, Ley General de Sanidad 14/1986, de 29 de abril. Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, 102, 15207-15224.
- España, Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado, 31 de enero de 1984, 26.
- España, Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado de 2 de diciembre 1998, 288.
- España, Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, de 16 de septiembre de 2006, 222.
- España, Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 20 de abril de 1998.
- Espino, A. y Olabarría, B. (Eds.) (2003). *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Madrid, España: AEN.
- Fernández Liria, A., Hernández Monsalve, M., Rodríguez Vega, B., Benito Cano, T. y Mass Hesse, J. (1997). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental; resultados de un grupo de consenso. En A. Fernández Liria, M. Hernández Monsalve y B. Rodríguez Vega (Eds.), *Psicoterapias en el Sector Público: un marco para la integración* (pp. 143-163). Madrid, España: AEN.
- Francisco, Papa. (2013). Exhortación apostólica Evangelii Gaudium. 24 de noviembre 2013. Recuperado de : [http://www.vatican.va/content/francesco/es/apost\\_exhortations/documents/papa-francesco\\_esortazione-ap\\_20131124\\_evangelii-gaudium.html](http://www.vatican.va/content/francesco/es/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html)
- Fundación Foessa (1983). *Informe sociológico sobre el cambio social en España 1975-1982* (IV Informe FOESSA). Madrid, España: Euroamérica.
- García, J., Espino, A. y Lara, L. (Eds.) (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- González Catalá, V. y Vicente Merino, A. (1985). *Análisis económico-financiero del sistema español de Seguridad Social*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- González de Chávez, M. (2003). La generación de la democracia: De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 87-114. Recuperado de: <http://www.revistaen.es/index.php/frenia/article/view/16387/16233>
- Gonzalo González, B. Tejerina, J. I. y Ferreras, F. (1985). *Evolución y tendencias de la Seguridad Social durante la crisis económica*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- González Torres, M. A. (2019). Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 39(136), 189-203. Recuperado de: <http://ww.revistaen.es/index.php/aen/article/view/17106/16977>
- Haley, J. (1994). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas* (pp.27-44). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Longden, E., ... y Read, J. (2018). *The power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester, Reino Unido: British Psychological Society: Recuperado de: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- Johnstone, L. y Dallos, R. (2017). *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Lamata, F. (2011). *Atención sanitaria y redes de servicios* [Internet]. Madrid. Escuela Nacional de Sanidad. Recuperado de: [http://62.204.194.45/fez/eserv/bibliuned:500611/n2.9\\_Atencion\\_sanitaria\\_y\\_redes\\_de\\_servicios.pdf](http://62.204.194.45/fez/eserv/bibliuned:500611/n2.9_Atencion_sanitaria_y_redes_de_servicios.pdf)
- Lamata, F. y Oñorbe, M. (2014). *Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud)*. Madrid, España: Bubok.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169-218). Nueva York, NY: Wiley.
- Lazarus, A. A. y Fay, A. (1994). ¿Psicoterapia breve Tautología u oxímoron? En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Terapia breve: mitos, métodos y metáfora* (pp. 63-81). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- López-Valcárcel, B. G. y Barber, P. (2017). Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain. *Appl Health Econ Health Policy*, 15(1), 13-21. <https://doi.org/10.1007/s40258-016-0263-0>
- Mahoney, M. J. (1995). The modern psychotherapy and the future of psychotherapy. En B. Bongar y L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp. 474-488). Nueva York, NY: Oxford University.
- Miller, L. J. y Lu, W. (2018, septiembre 19). These are the economies with the most (and least) efficient health care. *Bloomberg*. Recuperado de <https://www.bloombergquint.com/global-economics/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>
- Olabarriá, B. (1995). José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España. *Clínica y Salud*, 6(1), 25-43. Recuperado de: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/76dc611d6ebaafc66cc0879c71b5db5c>
- Olabarriá, B. (Ed.) (1997). *La psicología clínica en los servicios públicos*. Madrid, España: AEN.
- Olabarriá, B. (1998). La formación especializada en psicología clínica: el PIR. En J. García, A. Espino y L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 311-332). Madrid, España: Díaz de Santo.
- Olabarriá, B. (2003a). Introducción. En A. Espino y B. Olabarriá (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España* (pp. 19-26). Madrid, España: AEN.
- Olabarriá, B. (2003b). La Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la psicología: Antecedentes, proceso de institucionalización, formación especializada y formación continuada. Valoración, reflexiones y propuestas. En A. Espino y B. Olabarriá (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España* (pp. 131-216). Madrid, España: AEN.
- Olabarriá, B. y Anxo-García, M. (2011). Acerca del proceso de construcción de la psicología clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 223-245. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10363>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *World Health Report 2000, improving health systems performance*. Suiza: World Health Organization.
- Sabando, P., Torres-González, F. y Lamata Cotanda, F. (2020). *El Sistema Nacional de Salud. Pasado, presente y desafíos de futuro*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Schütte, S., Marin Acevedo, P. y Flahault, A. (2018). Health systems around the world – a comparison of existing health system rankings. *J Glob Health*, 8(1), 010407. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.010407>
- Segovia de Arana, J. M. (1971). *Seminario de hospitales con programas de graduados*. Madrid, España: Edición facsímil descatalogada.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona, España: Herder
- Tanzi, V. (1988). Tendencias generales del gasto público en los países industriales. *Papeles de Economía Española*, 37, 100-115.
- The Lancet. (2018). Editorial: Time to loosen the grip. *The Lancet* Vol 391, May 5, 2018.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. Nueva York, NY: Routledge.

A S E P C O

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/>

# RECORRIDOS DE FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD EN ESPAÑA

## TRAINING CAREER IN CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY IN SPAIN

**Dr. Adolfo Jarne Esparcia**

Profesor Titular de Psicopatología de la Universitat de Barcelona (UB). España  
Miembro del Consejo Nacional de Acreditaciones en Psicología del CGPE  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4666-0704>

**Dra. Alba Pérez-González**

Profesora Lectora de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2151-2198>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Jarne Esparcia, A. y Pérez-González, A. (2020). Recorridos de formación en psicología clínica y de la salud en España. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 77-85. <https://doi.org/0.333898/rdp.v31i116.407>

### Resumen

*En este artículo se explica cuál es la situación legal actual de la práctica de la Psicología Clínica y Sanitaria en España y cuáles son los recorridos de formación en esta área en consonancia o no con la regulación legal. Se proponen seis recorridos posibles y se analizan las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, así como su duración. Finalmente se mencionan los puntos de interés, a juicio de los autores, en el desarrollo de esta disciplina profesional y que en esencia son; (1) la incorporación al programa PIR y por lo tanto al acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, de nuevas especialidades sanitarias psicológicas, (2) la posibilidad de incorporar a los Psicólogos Generales Sanitarios en la red pública y, por ende la cuestión de la relación entre los PEPC y los PGS, (3) por último, la necesidad de regulación legal de aquellos circuitos formativos que hoy en día se encuentran en una situación alegal, como podrían ser la neuropsicología o la psicoterapia.*

**Palabras clave:** Formación, Psicología clínica y de la salud, Regulación, Profesión, Especialidades.

### Abstract

*This paper displays the current legal situation of the Clinical and Health psychological practice in Spain and explores if the training career in this domain is consistent or not with the Spanish legal regulation. Six possible training options with their respective lengths are proposed and the advantages and disadvantages of each are analyzed. Finally, current challenges are mentioned, according to authors' opinions, in the development of this professional discipline. These challenges include (1) the inclusion of new psychological health specialties into the PIR program and therefore the access to the title of Specialist Psychologist in Clinical Psychology, (2) the incorporation of the General Health Psychologists in the public health system and, closely related, the relationship between the PEPC and the PGS, (3) finally, the need for legal regulation of those training options that are currently in a lack of legal status situation, such as neuropsychology or psychotherapy.*

**Keywords:** Training, Clinical and Health Psychology, Regulation, Profession, Specialties.



### **Las especialidades psicológicas. Las especialidades en el área de la salud**

Es sabido que la práctica legal de la psicología clínica y de la salud en España (PCS en adelante), se articula alrededor de dos títulos con valor oficial ante las estructuras del estado; el del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y el del Psicólogo/a General Sanitario. En la práctica y por aplicación de la sentencia 372/2016 de la sección 6ª de la sala de lo Contencioso Administrativo, de la Audiencia Nacional de fecha 07/10/2016 ambos tienen iguales competencias y realizan iguales funciones sólo que las plazas de psicólogo/a especialista en psicología clínica en la red de asistencia pública y/o concertada con la administración, han de ser cubiertas por especialista en psicología clínica, quedando por lo tanto el título de psicólogo/a general sanitario circunscrito a lo que se denomina la práctica privada.

Es ahora el momento de diferenciar el sentido distinto que la palabra “especialista” adquiere en este contexto. En el sentido utilizado en el párrafo anterior significa un título oficial adquirido a través del programa de formación de especialista de la red pública sanitaria del estado español. Pero en un sentido más amplio viene a significar la adquisición de competencias y habilidades en un área determinada de un campo, en este caso de la práctica profesional de la psicología. Es en este segundo sentido en el que queremos continuar desarrollando nuestros argumentos.

No pretendemos justificar aquí, no creemos que haya que hacerlo, que todos los psicólogos pertenecemos, nos enorgullecemos de pertenecer, al tronco común de la “psicología” y, que la práctica clínica constituye una especialidad de ésta. De hecho no es este el lugar tampoco para explicar el proceso de ordenación del oficio del psicólogo y, como está resultando en sus especialidades más o menos reconocidas de forma fáctica. Si sirviera como referencia, el Consejo General de la Psicología de España tiene en este momento el siguiente programa de “acreditaciones”; Neuropsicología Clínica, Psicooncología y Cuidados Paliativos, Psicología de Emergencias, Psicología de la Educación, Psicología de la Intervención Social, Psicología del Deporte y Psicología Aeronáutica, con las siguientes propuestas de incorporación; Psicología Jurídica y Forense y, Psicología del Tráfico y la Seguridad. A ello hay que añadir la adhesión a la acreditación en Psicoterapia de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicología).

Hay que resaltar con firmeza que la PCS posiblemente sea el área más prevalente de ellas, no solo por el lugar que ocupa en la misma historia de la psicología, sino también por su relevancia social y el porcentaje de psicólogos/as que se identifican con ella.

Lo curioso es que la PCS constituye una especialidad tan engrandecida dentro del mundo de la psicología que de hecho se configura como un área, que contiene en sí misma otras especialidades que se comportan de una forma muy autónoma unas de otras, aun aceptando su pertenencia al mismo tronco común; la PCS. Este fenómeno se produce porque al contrario que en la medicina, donde existe un área común, la salud, en psicología; hay psicólogos/as especializados en ámbito sanitario, educación, forense, emergencias, organizaciones sociales, intervención

social, deporte... En sentido amplio todo ello es salud, pero en un sentido real, administrativo y organizacional, no.

El resultado es que probablemente nos es más fácil pensar en la PCS como una gran área de la psicología que no como una especialidad y esta gran área, lógicamente tiene especialidades.

Las especialidades en esta área vienen determinadas en nuestra opinión por dos vectores; la población de aplicación y el marco de actuación. Según la primera se constituyen la **salud mental** que tiene tendencia a “monopolizar” la denominación “psicología clínica”, **la salud mental infanto-juvenil, la neuropsicología, la psicoterapia, la psicooncología y cuidados paliativos** y, quizás una genérica de **psicología de la salud**. Según el marco, la especialidad en el sentido amplio, no oficial, se establece en intervención *cognitivo-conductual, sistémica, humanista, integradora* y los circuitos de formación en *dinámica y psicoanálisis* que libran su propia batalla muy al margen de los demás. Nosotros no somos partidarios de convertir este segundo vector en especialidades reconocidas por título oficial, pero si aceptar que constituyen circuitos de formación especializada.

En el resto del texto por lo tanto nos referiremos a la formación y los recorridos en PCS en el sentido amplio defendido en los párrafos anteriores y no en su sentido legal a menos que se haga mención explícita a ello.

### Niveles de formación

Los niveles de formación en PCS en España son muy claros y fáciles de identificar. El primer nivel lo constituye el grado, que marca el título oficial de graduado en Psicología y que es imprescindible para pasar a los niveles siguientes. A pesar de que en su momento se pensó que se le podía dotar de algunas competencias profesionales sencillas concretas en PCS, (*Libro Blanco de Psicología*, ANECA, 2005), este modelo de compartimentación de competencias no encaja en la realidad de nuestra práctica clínica, por lo que, en nuestra opinión, ese intento debe darse por muerto. Simplemente el título de grado en Psicología no faculta ni legal ni competencialmente para la práctica de ningún tipo y a ningún nivel de la PCS.

El segundo nivel lo constituye el máster; aquí hay que diferenciar entre dos másteres; el Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (MUPGS a partir de ahora) y los títulos propios de cada universidad/institución. El primero marca, tal como hemos dicho, uno de los dos títulos oficiales en España, que faculta legalmente para la práctica de la PCS. Es más difícil responder a la pregunta de qué paquete de competencias exactamente dota, ya que en su desarrollo académico real, a pesar de existir directrices generales con número de créditos fijos asignados, cada universidad lo ha estructurado de acuerdo a su idiosincrasia o mejor dicho posiblemente a la idiosincrasia del grupo de dentro de los departamentos de Psicología que lo organiza en su momento. Es decir, en nuestra opinión, es imposible saber un titulado general sanitario en que competencias reales ha sido formado más allá de una mención vaga al diagnóstico, evaluación, intervención y

tratamiento en enfermedades, trastornos y problemas clínicos mentales y de la salud relacionada con la psicología. No sabremos si tiene formación en psicoterapia o no, con que orientación; si la tiene en rehabilitación, si estudió neuropsicología o terapia sistémica; si vio trastornos de la alimentación y/o de la sexualidad, con que poblaciones realizó las prácticas. Para ello hay que preguntarle en que programa y en qué universidad. Por ello, con un gran sentido práctico, seguimos nosotros defendiendo que se conteste a esta pregunta con la respuesta de “competencias en la práctica de la PCS en el contexto privado”.

Los títulos propios constituyen in sensu stricto la auténtica *expertise* ya que forman competencias en neuropsicología, terapia sistémica, rehabilitación cognitiva, psicoterapia integrativa, etc. No constituyen título oficial, luego no son necesarios desde la perspectiva legal para la práctica de la PCS en nuestro país. Por el contrario, constituyen la garantía de formación y competencia en esa área de especialización. Es importante esta idea de que, en nuestra opinión, no hay contradicción entre la formación en PGS y la especialización a través de títulos propios (másteres específicos). De hecho, hay una cierta estructura jerárquica lógica que coloca primera la formación en PGS y la especialización a través de título propio... a quien lo desee.

Queda finalmente la formación a través del programa de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC a partir de ahora). Su estructura y prestigio son sobradamente conocidos y sus problemas también. Probablemente el más importante es su escasa oferta de plazas. A pesar de que va en aumento progresivo, no ha alcanzado la cantidad de 200 anuales (168 en la del 2019) ¡para una población de 47 millones de habitantes! Una segunda cuestión es que queda en la práctica circunscrito a salud mental con incursiones en otras áreas, pero sin la profundidad suficiente como para considerarse una formación de especialista. Ello sin ahondar en la problemática de la atención psicológica en atención primaria y otras cuestiones que no se pueden abordar aquí. Desconocemos si el número de especialistas anuales son suficientes para afrontar las necesidades de la red pública, aunque intuimos que no, de hecho el último informe publicado por el Defensor del Pueblo (2020) recoge que hay 6 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes, estos son 3 veces menos que la media europea que se sitúa en 18, y por supuesto sin entrar a valorar la demanda de atención privada tal como es frecuente en España. No está claro si la solución del PGS fue acertada o no o, lo fue en su momento pero necesitará una revisión más adelante, pero ahí está.

¿A qué nivel se coloca la formación PEPC?, pues se quiera o no se quiera, a nivel legal es al mismo que el PGS; ambos títulos oficiales con ámbitos de actuación restringido para el PGS. A nivel competencial real tal como hemos dicho, el PEPC lo está en psicología clínica de lo que tradicionalmente se ha vinculado a salud mental y no en otras áreas de especialización como neuropsicología o psicoterapia o terapia familiar, por más que en la formación durante los cuatro años el residente recibiera algunos contenidos y/o hiciera prácticas durante algún tiempo en servicios vinculados.

En la línea de este trabajo si algún día la red pública ofertara plazas de esta naturaleza (neuropsicología, psicoterapia, etc..) tendría que plantearse cómo lo hace; incluirlas específicamente en el sistema PIR diferenciándolas de las plazas en PEPC, en la línea de PENC (Psicólogo Especialista en Neuropsicología Clínica), en el mismo paquete que el PEPC con subespecialidades o en alguna forma de colaboración y reconocimiento de formación externa, ...

### Recorridos de formación en Psicología Clínica y de la Salud en España

A nuestro saber existen las siguientes posibilidades de formación, expuestas por lo que sería nivel de preferencia (tabla 1 y figura 1).

Tabla 1. *Itinerarios formativos posibles en Psicología Clínica y de la Salud.*

Posibilidad 1.	GRADO	ESPECIALIDAD EN CLINICA (PEPC – Programa PIR)	
Posibilidad 2.	GRADO	MUPGS (Máster Universitario en Psicología General Sanitaria)	
Posibilidad 3.	GRADO	FORMACION ESPECÍFICA (psicoterapia, neuropsicología, terapia familiar, etc.)	
Posibilidad 4.	GRADO	MUPGS -PIR	FORMACION ESPECÍFICA (psicoterapia, neuropsicología, terapia familia, etc.)
Posibilidad 5.	GRADO	FORMACION ESPECÍFICA (psicoterapia, neuropsicología, terapia familia, etc.)	PGS - PIR
Posibilidad 6.	GRADO	MUPGS	ESPECIALIDAD EN CLINICA (PIR)

### ITINERARIOS FORMATIVOS



Figura 1. Itinerarios formativos posibles en Psicología Clínica y de la Salud.

**En la posibilidad 1 (Grado - PIR)**, tras el grado se accede al programa PIR y se obtiene el título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Tiene la

ventaja de que se accede al título oficial sin restricciones, con la posibilidad por lo tanto de acceder al trabajo tanto en la red pública como en dispositivos privados. La formación es de alta calidad y esta remunerada mientras se realiza. Dada la tasa actual de reposición de PEPC (por jubilación de la primera hornada de habilitados en Psicología Clínica), es de prever la ausencia de paro en muchos años.

Los inconvenientes más importantes, además de la mencionada parquedad de plazas con la consiguiente dificultad para acceder a ellas, son la tendencia de formación en los trastornos mentales severos en contexto de red pública con menor incidencia en los trastornos emocionales frecuentes y en las técnicas de abordaje de tipo psicoterapia interpersonal y otras especialidades clínicas como neuropsicología o psicooncología.

En total la formación durará 8 años (cuatro de grado y cuatro PIR).

**En la posibilidad 2 (Grado – MUPGS).** Tras el grado se accede a un máster universitario en psicología general sanitaria (MUPGS) en cualquier universidad española con máster autorizado por las agencias de calidad, en cualquiera de las modalidades establecidas (presencial, semipresencial y a distancia). Ello no resulta difícil ya que la oferta es muy amplia. Las ventajas son que se obtiene un título oficial en las condiciones ya mencionadas. La calidad de la formación puede ser muy variable y, a nuestro saber, no existen datos respecto a este tema en este momento.

Los inconvenientes son los derivados de la falta de información sobre calidad de los diferentes programas tanto en la formación en contenidos como en las prácticas. También está el hecho de que algunos programas no ofertan formación, en nuestra opinión equivocadamente, en trastornos mentales severos, al considerar que la mayoría de estos pacientes son atendidos en red pública y por lo tanto fuera de las competencias legales del título.

Quizás el mayor inconveniente es estructural y es que es difícil definir en que constituye esta especialización más allá del grado. Conceptualmente es una formación general para una práctica general, sin que se haya llegado a definir exactamente qué significa ello en clínica psicológica.

En total la formación durará 6 años (cuatro de grado y dos en MUPGS).

**En la posibilidad 3 (Grado – Formación Específica).** Tras el grado, el psicólogo/a decide que quiere acceder directamente a una formación específica aunque no tenga añadido un título oficial; el caso paradigmático es Neuropsicología. La formación en neuropsicología clínica es tan compleja y exige tanta dedicación y tiempo que no puede ser contemplada y de hecho no lo es, ni en la formación del PEPC y en la del PGS. Sin embargo, no existe en España el título oficial de neuropsicólogo/a. Ello puede ser extensible a otras áreas de la salud como psicooncología o la formación en psicoterapia.

Las ventajas son obvias, se gana tiempo en el acceso a una formación de alta *expertise*, cuya calidad depende lógicamente del programa de formación, que está constituida por títulos propios de las universidades (sean oficiales o no de la misma universidad, lo que no significa que son oficiales para el estado; lo que lleva a fre-

cuenta confusión entre los usuarios. En nuestra opinión, las universidades deberían evitar la denominación “oficial”).

Los inconvenientes también son obvios. Tras la finalización de la formación, el psicólogo/a no tiene ningún título legal específico para la práctica de la PCS. Tiene una presumiblemente alta competencia técnica, pero no título legal.

¿Se puede practicar de esta forma? La respuesta es compleja, pero la resumiremos diciendo que no y sí. No se puede practicar las competencias adquiridas bajo el paraguas de Psicología Clínica, ya que la persona no tiene el título de PEPC, ni Psicología Sanitaria, ya que tampoco tiene el de PGS. Pero lo cierto es que en este momento en España, no está regulada ni la práctica de la Psicoterapia, que legalmente queda abierta a cualquier persona con titulación de grado en salud, ni la neuropsicología, por ejemplo; por lo que mientras una persona evite las denominaciones “clínicas” y/o “sanitarias”, existe la posibilidad de que pueda ejercer las competencias adquiridas.

En resumen, es un caso típico de discordancia entre la legalidad y la realidad y, queda la duda de la posibilidad de que un psicólogo/a practique la psicoterapia o la neuropsicología en un contexto privado si se circunscribe a dejarlo claro así “lo que hago es psicoterapia y neuropsicología, no PCS”. No creemos que esté en una situación ilegal sino alegal que es diferente.

Ello tiene su importancia: por ejemplo, los hospitales de la red pública tienen la necesidad de contratar neuropsicólogos/as. No pueden contratar PGS con formación posterior o previa en neuropsicología, porque éstos no pueden ejercer en ámbito de asistencia pública, y puede ser muy difícil encontrar PEPC con buena formación en neuropsicología. Se encuentran en un callejón sin salida que cada comunidad con competencias en sanidad lo soluciona a su manera. La solución catalana para la neuropsicología nos parece de la más elegante.

En total la formación durará 6 años (cuatro de grado y mínimo dos en máster especializado dependiendo de los años que recoja cada máster).

**Posibilidad 4 (Grado – MUPGS/PIR – Formación Específica).** Esta posibilidad es una de las más completas en nuestra opinión. Las ventajas provienen de que se adquiere una buena formación especializada que prepara a una práctica con alto nivel, con título legal, en el ámbito privado, lo que también dará paso a la consecución de las acreditaciones colegiales, que reconocen al profesional como de “práctica excelente”.

Los inconvenientes son la larga duración de la formación y su subsiguiente coste económico y vital.

En total la formación durará mínimo 8 años (cuatro de grado, entre dos y cuatro de MUPGS o PIR y otros dos en máster específico). Ello en sí mismo, no es una duración excesiva. En la comunidad europea se calcula que la formación de un clínico competente (de cualquier rama) está entre los 5 y los 12 años, con una media de 7.75 años, prácticamente 8 (Comisión Europea, 2016). La formación de un médico especialista en España es de 9 años (cinco de grado y cuatro de MIR).

No obstante, la objeción de la carga que ello implica para las finanzas y el ciclo vital de una persona sigue estando sobre la mesa.

**Posibilidad 5 (Grado– Formación Específica– MUPGS/PIR).** Esta es una posibilidad muy poco utilizada, pero que en nuestra opinión debe ser tenida en cuenta; combina las posibilidades 2, 3 y 4 solo que con el control del tempus por parte del psicólogo/a. En esencia consiste en acogerse a la posibilidad 3; es decir, realizar un master altamente especializado tras el grado y cuando el profesional sienta la necesidad o bien por parte de la presión del mercado o por motivación interna/personal realizar el MUPGS (lo más usual) o el programa PIR (lo menos frecuente). El valor añadido es que el profesional prioriza su formación de *expertise* sobre la titulación legal y busca ésta cuando siente la necesidad de esta. Naturalmente, ello pone sobre la mesa, no sobre el papel, la cuestión de cuán es realmente necesaria la titulación legal para la práctica privada de la psicología clínica/sanitaria y análogos en España, pero es algo de lo que no disponemos de datos para responder.

**Posibilidad 6 (Grado – MUPGS - PIR).** Desconocemos si alguna persona ha realizado el trayecto 6; es decir tras realizar el MUPGS, realiza el programa PIR y dispone por lo tanto de los dos títulos oficiales. Intuimos que si existe, son pocas personas.

Esta posibilidad se inscribe más en el conjunto de propuestas de la posible reordenación de la titulación legal para la práctica de la PCS y por lo tanto de rebote de los estudios universitarios relacionados. Una cantidad considerable de personas provenientes tanto de los colectivos de PEPC, como de los Colegios Profesionales de la Psicología, piensan que debería ser la trayectoria oficial y que por lo tanto para acceder a la formación PIR se debería exigir previamente el MUPGS. Ello dejaría la formación en diez años. Por el contrario el mundo universitario se muestra reticente, prefiriendo el diseño actual.

Las ventajas probablemente se deriven de que garantiza una muy completa formación en el PEPC y en que normalizaría y extendería el MUPGS como etapa de formación.

Los inconvenientes son precisamente derivados de lo anterior ya que tiende a convertir el MUPGS como el punto de referencia de TODA LA ACTIVIDAD PSICOLOGICA en el ámbito sanitario, lo que no refleja la realidad de la profesión de psicólogo/a. Obviamente ello redundaría en la viabilidad y rentabilidad del resto de másteres universitarios. Respecto al número de plazas o son aumentadas muy sensiblemente por la red pública, lo que no parece muy probable o se debería dar entrada a la formación de especialistas fuera de la red pública, lo que tampoco parece muy viable.

Tampoco es de despreciar el argumento de que si a ello se añade la especialización en aspectos concretos tal como la hemos defendido aquí, la formación se alargaría hasta los doce años. El tema está encima de la mesa.

### A modo de resumen. Perspectivas de futuro

La mayoría de temas en discusión sobre la regulación de la práctica de la PCS y sus circuitos de formación han sido planteados en las líneas anteriores, pero sirvan estas breves palabras de resumen. En nuestra opinión el tema más importante es la incorporación al programa PIR y por lo tanto al acceso al título de PEPC, de nuevas especialidades sanitarias psicológicas como la neuropsicología (ver p. 6.). De hecho ya se ha producido con el proyecto de constituir el PEPC infanto-juvenil, aunque ello es una especialidad basada en la especificidad de la población, no de la disciplina y, ello lo hace mucho más fácil. No es el caso aquí de iniciar una discusión sobre cómo debería ser esta incorporación de estas nuevas especialidades, pero llamamos la atención sobre el problema.

Una segunda cuestión importante es estudiar la posibilidad de incorporar a los PGS en la red pública. En nuestra opinión, ello es administrativamente posible y de hecho nos constan algunas experiencias en la red pública sanitaria catalana. Cuando pensamos en ello estamos pensando, cómo íntimamente relacionada, la cuestión de la introducción de los Psicólogos/as en la red pública de Atención Primaria y, finalmente vinculada con lo anterior está la cuestión de la relación entre los PEPC y los PGS, ya que nos parece obvio que tarde o temprano convivirán en la red de atención pública, luego habrá que establecer las reglas de relación profesional y jerárquica si la hay, entre las dos figuras.

Una tercera y última conclusión, es la necesidad de regulación legal de aquellos circuitos formativos que se encuentran en una situación alegal, como sería el itinerario formativo descrito en la posibilidad 3 (Grado – Formación Específica) en los que se podrían encontrar la neuropsicología o la psicoterapia.

### Referencias Bibliográficas

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) (2005). *Libro Blanco del Título del Grado en Psicología*. Recuperado de: [http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco\\_psicologia\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf)
- Defensor del Pueblo (2020). *Recomendación sobre Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de: <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>
- Comisión Europea (2016). *Mutual evaluation of regulated professions. Overview of the regulatory framework in the health services sector – psychologists and related professions*. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/16683/attachments/1/translations/en/renditions/native>
- España. Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección 6ª. Sentencia 372/2016 de 07 de octubre. Recuperada de: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&database=h=AN&reference=7846957&links=%22372%2F2016%22&optimize=20161024&publicinterface=true>

MANUEL VILLEGAS

**EL PROCESO DE  
CONVERTIRSE EN  
PERSONA AUTÓNOMA**



Herder

# LA IMPORTANCIA DE LA ACREDITACIÓN PARA LA PSICOTERAPIA

## THE IMPORTANCE OF ACCREDITATION FOR PSYCHOTHERAPY

**Joseph Knobel Freud**

Psicólogo Clínico-Psicoterapeuta  
Miembro de la Junta Directiva de la FEAP  
Director de ECPNA

(Escola de Clínica Psicoanalítica amb Nens i Adolescents de Barcelona), España  
Delegado de FEAP en EAP

Miembro del TAC (Training Accreditation Committee) en EAP  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2534-1103>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Knobel Freud, J. (2020). La importancia de la acreditación para la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 87-90. <https://doi.org/0.33898/rdp.v31i116.408>

### Resumen

*Desde su fundación en 1992, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas se ofrece como una garantía de Formación rigurosa en el ámbito de la psicoterapia.*

*El gran problema de muchas profesiones en la actualidad es la capacitación profesional; podemos obtener con bastante facilidad una gran cantidad de títulos; pero la capacitación profesional no vendrá dada por los títulos, sino por la certificación de una formación seria, profunda y amplia, que permita a nuestros profesionales enfrentarse con su actividad profesional.*

*Desde EAP (European Association for Psychotherapy) y desde FEAP, los comités de acreditación promueven y controlan la calidad de la formación de nuestros psicoterapeutas.*

*Palabras Clave: Psicoterapia, Formación, Acreditación.*

### Abstract

*Since its foundation in 1992, the Spanish Federation of Associations of Psychotherapists has been offered as a guarantee of rigorous training in the field of psychotherapy.*

*The big problem for many professions today is professional training; we can get quite a lot of titles quite easily; But the professional training will not come given by the titles, but by the certification of a serious, deep and wide training, that allows our professionals to face their professional activity.*

*From EAP (European Association for Psychotherapy and from FEAP, accreditation committees promote and control the quality of training for our psychotherapists.*

*Keywords: Psychotherapy, Training, Accreditation.*



Este texto es un resumen de la ponencia realizada las Primeras Jornadas de ASEPCO en Barcelona, el 1 de febrero de 2019.

Celebramos con estas Jornadas la participación activa de ASEPCO dentro de la FEAP, con la intención de que forme parte de una nueva Sección dentro de nuestra institución.

Las personas que nos dedicamos a la psicoterapia desde diferentes ámbitos tenemos que tolerar la paradoja de que la psicoterapia se ejerce en todo el territorio español, pero todavía está en una situación alega debido a que su ejercicio no está regulado por ninguna ley (Pereira, 2009).

A pesar de que la psicología es una profesión relativamente nueva en el estado español, su ejercicio no está exento de problemas. Estos problemas, derivados de los distintos enfoques legales sobre el ejercicio de la profesión y sobre las profesiones sanitarias, nos lleva a ver la situación actual: en estos momentos hay Psicólogos clínicos (PIR) y Psicólogos Sanitarios, unos pueden trabajar en el Sistema Nacional de Salud mientras los otros sólo pueden hacerlo en el ámbito privado (Pereira, 2009). A mi modo de entender y por diversas razones, ninguna de las alternativas actuales en psicología tiene la formación teórico-clínica que se necesita para la atención psicoterapéutica en diversas áreas de salud mental.

Pero lo que quiero profundizar hoy aquí es que se habla mucho de los títulos **habilitantes** para ejercer la profesión y no se habla de los criterios de **capacitación** y **formación** seria, profunda y amplia que permita a nuestros profesionales a enfrentarse con su actividad profesional.

Desde su fundación en 1992, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas se ofrece como una garantía de formación rigurosa en el ámbito de la psicoterapia. En el momento de su fundación FEAP también formó parte de la fundación de la EAP (European Association for Psychotherapy).

La EAP une a 120.000 psicoterapeutas y 128 Asociaciones de Psicoterapia de **41** países europeos en una organización común. Tomando como referencia la “Declaración de Estrasburgo sobre psicoterapia de 1990”, la EAP representa y **OSTENTA LOS ESTÁNDARES PROFESIONALES MÁS ALTOS** para la práctica libre e independiente de la psicoterapia, y mantiene rigurosos estándares de competencia y profesionalidad.

Para garantizar una formación rigurosa y de calidad los Comités de Acreditación tanto desde FEAP como desde EAP, promueven y controlan que se cumplan unos requisitos muy concretos, los cuales garantizan la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio de la psicoterapia.

De ahí la importancia de que cada Asociación que pertenece a la FEAP haga que sus miembros y estudiantes cumplan con los requisitos de formación para poder acreditarse.

La acreditación como psicoterapeuta será entonces la garantía de haber cumplido con un mínimo de horas de teoría dentro de su propia modalidad teórico-clínica,

una serie de horas de práctica clínica supervisada y la garantía de haber realizado una psicoterapia personal (<https://feap.es/>).

El cumplimiento de todos estos requisitos nos llevará a conseguir el reconocimiento de la psicoterapia como profesión independiente y, de este modo, defender en los ámbitos político y judiciales correspondientes la necesidad de contar con psicoterapeutas acreditados en el Sistema Nacional de Salud.

Todos aquellos psicoterapeutas acreditados por la FEAP a través de sus Asociaciones también pueden pedir ser acreditados a nivel europeo mediante la obtención del ECP. (European Certificate of Psychotherapy). La obtención del ECP permite el intercambio dentro de los países miembro de profesionales de la psicoterapia. En el punto 4 del artículo 21 de nuestros estatutos ya dice que cualquier psicoterapeuta de otro país europeo que posea el ECP será automáticamente acreditado en nuestra Federación siempre que lo haga a través de alguna Asociación miembro.

Varios países de Europa ya tienen una ley de psicoterapia, es por eso se plantea desde la EAP el conseguir que desde el Parlamento Europeo se promueva una ley europea de Psicoterapia. En la misma se recogen varios temas comunes:

La Ley de psicoterapia abarca todas las acciones profesionales, es decir, los métodos psicoterapéuticos autónomos, interdisciplinarios, basados en relaciones y en evidencias, para el tratamiento de trastornos y dificultades psicológicas, psicosociales y psicosomáticas. Una relación de confianza, empatía y confidencialidad entre el psicoterapeuta y el cliente es esencial para una práctica clínica efectiva.

La Ley de psicoterapia se basa en códigos éticos nacionales e internacionales que respetan la dignidad, la autonomía y la singularidad de todos los seres humanos.

La psicoterapia es una profesión independiente de la psicología, la psiquiatría y el asesoramiento. Los psicoterapeutas suelen tener un grado seguido de una formación profesional, altamente especializada, teórica y clínica que incluye metodología de investigación y desarrollo profesional continuo. La gama de modalidades psicoterapéuticas es amplia, y la profesión está en constante evolución de nuevos desarrollos de la teoría y práctica clínica.

A modo de conclusión y aún a riesgo de ser reiterativo quiero insistir en la importancia de seguir fomentando Asociaciones de profesionales como ASEPCO que garanticen una formación rigurosa en el campo de la psicoterapia para poder defender en los foros pertinentes un reconocimiento que no sólo beneficiará a los profesionales acreditados sino a la población en general que podrá contar con la atención psicoterapéutica necesaria.

## Referencias Bibliográficas

- Carrobes, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2), 449-470. Recuperado de: <http://www.cdpue.es/wp-content/uploads/2016/12/Psicologo-clinico-y-o-psicologo-general-sanitario.pdf>
- Pereira, R. (2009). El laberinto de la acreditación. *Mosaico*, 43, 76-84. Recuperado de: <https://revistamosaico.feaf.org/downloads/mosaico-43-intervencion-con-grupos-trabajando-con-sistemas-de-apoyo/>

## Recursos de interés:

<https://www.europsyche.org/>  
<http://feap.es/>

## Declaración de Estrasburgo firmada en dicha ciudad el 21 de octubre de 1990:

1. La Psicoterapia es una disciplina científica independiente, cuya práctica se dirige hacia una profesión libre e independiente.
2. La formación en Psicoterapia tiene lugar en un nivel avanzado, cualificado y científico.
3. Se asegura y garantiza la multiplicidad de los métodos en Psicoterapia.
4. En un proceso psicoterapéutico, la formación se desarrolla completamente e incluye la teoría, la experiencia personal y práctica supervisada. Se obtiene conocimiento adecuado de ulteriores procesos psicoterapéuticos.
5. Se accede a la formación a través de varias cualificaciones preliminares, en particular en ciencias sociales y humanas.

# EL PSICOTERAPEUTA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

## THE PSYCHOTHERAPIST IN THE THERAPEUTIC PROCESS

**Sergi Corbella**

FPCEE Blanquerna-Universitat Ramon Llull. Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1858-2988>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Corbella, S. (2020). El psicoterapeuta en el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 91-103. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.409>

### Resumen

*El psicoterapeuta es uno de los protagonistas del proceso terapéutico. Son muchos los esfuerzos dirigidos a estudiar los factores que influyen en el establecimiento de una buena relación entre psicoterapeuta y paciente que permita lograr un buen resultado psicoterapéutico. En el artículo se profundiza en las características, habilidades y acciones del psicoterapeuta en el contexto de la relación de ayuda del proceso psicoterapéutico. Se plantean algunos principios y retos para contribuir y promover la mejora continua en nuestra práctica profesional como psicoterapeutas.*

**Palabras clave:** *Psicoterapeuta, proceso terapéutico, alianza terapéutica, estilo personal del terapeuta.*

### Abstract

*The psychotherapist is one of the protagonists in the therapeutic process. There are many efforts aimed at studying the factors that influence the establishment of a good therapeutic Alliance between therapist and patient that allows achieving a good psychotherapeutic outcome. This paper delves into the characteristics, abilities and actions of the psychotherapist in the context of the of the psychotherapeutic process. Some principles and challenges are proposed to contribute and promote continuous improvement in our professional practice as psychotherapists.*

**Keywords:** *Psychotherapist, Therapeutic Process, Therapeutic Alliance, Therapist's Personal Style.*



## Introducción

El presente artículo se basa en la presentación que se realizó en las I Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas el 1 de febrero de 2019. De modo que este artículo es una adaptación en texto de buena parte de la exposición oral que se presentó en dichas Jornadas sobre las competencias del psicoterapeuta.

Son bastantes los autores que han propuesto distintos planteamientos teórico-prácticos respecto a las competencias de los psicoterapeutas (Corbella y Fernández-Álvarez, 2006). No cabe decir que con la aparición de los psicólogos generales sanitarios se reabrió la reflexión acerca de las competencias de los psicólogos en general y la de los psicólogos con distintos niveles de formación y especialización (PGS, especialistas en psicología Clínica, psicoterapeutas). Las regulaciones y acreditaciones de las diferentes profesiones sanitarias vinculadas a la psicología clínica y a la psicoterapia han generado tensiones entre los colectivos en defensa de sus intereses. En la actualidad hay múltiples profesiones vinculadas al mundo de la psicoterapia (psicólogos, psiquiatras, psicólogos especialistas en psicología clínica, psicólogos generales sanitarios, etc.) y prefiero evitar las disputas internas (sin desmerecer su legítima importancia) para destacar aquello que une a los distintos profesionales. Lejos de pretender contribuir a clarificar los límites de las competencias entre los distintos colectivos de profesionales implicados en la ayuda psicológica de los demás, me centraré exclusivamente en discernir sobre aquellas competencias, acciones y/o habilidades del profesional (psicoterapeuta, etc.) que sabemos que contribuyen de forma significativa en el desempeño del proceso terapéutico de ayuda.

## Proceso Terapéutico

La práctica profesional de la psicoterapia no consiste en la mera aplicación de unas técnicas surgidas de un conocimiento teórico, sino que supone entre otras cosas el encuentro entre dos (o más) personas con sus características idiosincrásicas. Son muchos los esfuerzos dirigidos a estudiar los factores que influyen en el establecimiento de una buena relación entre psicoterapeuta y paciente que permita lograr un buen resultado psicoterapéutico (Corbella, 2019). En las últimas décadas se han llevado a cabo muchas investigaciones con el objetivo de estudiar los factores que puedan explicar la mejora de los pacientes en un proceso terapéutico. Uno de los factores que ha resultado ser determinante para la eficacia de la terapia es la calidad de la relación terapéutica (Corbella y Botella, 2003; Norcross y Lambert, 2018). Gelso y Carter (1985, 1994) definieron la relación terapéutica como “los sentimientos y actitudes que cada uno de los participantes tiene hacia el otro y la manera en que éstos son expresados” (Gelso y Carter, 1985, p. 159). Dentro del marco de la relación entre terapeuta y paciente se ha prestado especial atención al concepto de alianza terapéutica usado por primera vez por Greenson (1967).

Podemos entender la psicoterapia como un diálogo colaborativo entre el

paciente y el terapeuta destinado a facilitar y promover el proceso de cambio. De modo que la psicoterapia consiste en la coconstrucción del diálogo fruto del encuentro entre el paciente y el terapeuta. Las posiciones subjetivas del paciente y las del terapeuta configuran las características de la relación terapéutica que se articula en las conversaciones durante la psicoterapia. Por lo tanto, la interacción entre la posición subjetiva del paciente y la del terapeuta influye fuertemente en el proceso de la terapia. Las características del terapeuta que configuran su identidad y su estilo personal, y los posicionamientos del paciente son los principales ingredientes influyentes en el desarrollo de la relación terapéutica y del trabajo terapéutico.

Se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación (Corbella, 2019).

Las investigaciones con el objetivo de estudiar la relación entre la alianza terapéutica y la eficacia de la psicoterapia conforman un cuerpo considerable de publicaciones (véase por ejemplo, Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearn, y Priebe, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011; Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling y Stangier, 2015). La mayoría de los estudios encuentran una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (Horvath y Symond, 1991; Horvath, 2001; Luborsky, 2000; Corbella y Botella, 2003; Horvath et al., 2011, Corbella, 2019).

En las últimas dos décadas han sido muchas las investigaciones centradas en la alianza terapéutica con el propósito de avanzar en su conocimiento y analizar las relaciones de la alianza con distintos elementos del proceso terapéutico así como de los resultados. Norcross y Wampold (2011) realizaron una serie de metanálisis sobre la efectividad de diferentes aspectos de la relación terapéutica aportando recomendaciones sobre las relaciones de terapia basadas en la evidencia. Encontraron que varios elementos de relación habían demostrado ser efectivos como la alianza en psicoterapia individual, la alianza en psicoterapia juvenil, la alianza en terapia familiar, la cohesión en terapia de grupo, la empatía, la recopilación de comentarios de clientes (Norcross y Wampold, 2011). También destacaban como elementos probablemente efectivos el consenso de objetivos, la colaboración y la consideración positiva.

Buena muestra de los desarrollos en el campo del estudio de la relación terapéutica la encontramos en que unos años más tarde Norcross y Lambert (2018) concluyeron que décadas de evidencia de investigación y experiencia clínica convergen y permiten afirmar que la relación de la psicoterapia hace contribuciones sustanciales y consistentes al resultado independientemente del tipo de tratamiento (Corbella, 2019). Norcross y Lambert (2018) describen los elementos de la relación que son demostrablemente efectivos, los probablemente efectivos y los prometedores, pero con investigación insuficiente para afirmarlo.

**Eficacia demostrada:** La alianza en terapia individual, alianza en psicoterapia con jóvenes, alianza en terapia familiar, la cohesión en terapia de grupo, la empatía, la recopilación y receptividad a los comentarios del cliente, la colaboración, consenso de objetivos, afirmación y respeto positivo.

**Aspectos probablemente eficaces:** La congruencia y autenticidad, la reparación de rupturas de la alianza, y la gestión de la contratransferencia, relación real, expresión emocional, promover expectativas positivas, promover la credibilidad del tratamiento.

**Prometedores,** pero no hay pruebas suficientes para concluir que son eficaces: Autorrevelación e inmediatez.

Se ha cifrado entre un 6% y un 18% la variancia de la mejora del paciente que es explicada por variables del terapeuta (e.g., Lutz, Leon, Martinovich, Lyons y Stiles, 2007) por lo que cada vez son más los esfuerzos destinados a estudiar las características de los terapeutas que facilitan el desarrollo de la alianza y la obtención de resultados positivos en psicoterapia (Corbella, 2019).

### **El psicoterapeuta como variable relevante e influyente en el proceso**

Las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1957) despertaron gran interés en investigaciones posteriores, que buscaron las características y las conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico (Orlinsky y Howard, 1986; Patterson y Forgatch, 1985). La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de los investigadores coinciden en considerar relevantes (pero no suficientes) para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999; Ackerman y Hilsenroth, 2003). Henry y Strupp (1994) encontraron que comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza.

Ackerman y Hilsenroth (2003) encontraron un conjunto de actitudes y valores (curiosidad, flexibilidad, respeto, honestidad, sinceridad y cordialidad) que influyen positivamente en el establecimiento de la alianza terapéutica. Nienhuis et al. (2018) encontraron el papel relevante de la empatía y la autenticidad del terapeuta en la construcción de la alianza terapéutica con el paciente.

Algunos estudios constatan que la relación entre la experiencia del terapeuta y la alianza presenta no es significativa (Dunkle y Friedlander, 1996; Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik, 2001; Kivlighan, Patton y Foote, 1998) a pesar de que otros estudios han encontrado relaciones entre la experiencia del terapeuta y la calidad de la alianza terapéutica, especialmente en el componente de acuerdo en los objetivos (Mallinckrodt y Nelson, 1991). Tschuschke et al. (2014) encontraron, entre otros resultados, una relación positiva entre la experiencia del terapeuta y la alianza terapéutica.

La relación entre la formación del psicoterapeuta y la alianza y/o resultado terapéutico ha sido un interrogante “histórico” en el campo de la investigación en psicoterapia. Mallinckrodt y Nelson (1991) vieron que la formación de los tera-

peutas influía positivamente en el establecimiento de la alianza terapéutica. Por otro lado, Hersoug et al. (2001) identificaron que el entrenamiento y la formación de los terapeutas eran variables que estaban relacionadas positivamente con la alianza terapéutica cuando esta era evaluada por los terapeutas, pero no cuando la alianza era evaluada por el paciente. Horvath (2001) encontró que la relación entre el nivel de formación del terapeuta y la calidad de la alianza es inconsistente. Resulta evidente que los programas formativos que tienen como objetivo el trabajo de acciones/habilidades y la adquisición de competencias directamente vinculadas a la alianza, la cohesión en grupos, empatía, consenso de objetivos, entre otros (Norcross y Lambert, 2018) son facilitadoras y promotoras de la mejora competencial de los psicoterapeutas y previsiblemente de sus resultados (Consoli, Fernández-Álvarez y Corbella, 2017).

Safran, Muran y Samstag (1994) encontraron que se favorecía a la alianza terapéutica cuando el terapeuta tenía la capacidad de aceptar parte de la responsabilidad por sus rupturas relacionales en terapia y cuando se metacomunicaba con el paciente en relación a posibles malentendidos. También se han estudiado algunas de las actividades técnicas y las acciones del terapeuta durante las sesiones relacionándolas con el desarrollo de la alianza. Se localizó que cuando el terapeuta centra su actividad en el aquí y ahora y la orienta temáticamente se favorece la alianza (Kivlighan y Schmitz, 1992). Por otro lado, Crowley (2001) encontró que la mentalidad psicológica del terapeuta y sus habilidades sociales correlacionaban positivamente con la alianza terapéutica.

Algunas investigaciones han destacado el papel de las habilidades interpersonales facilitadoras de los terapeutas en el establecimiento de la alianza terapéutica con los pacientes y en los resultados positivos alcanzados en psicoterapia (Anderson, Crowley, Himawan, Holmberg y Uhlin, 2016; Anderson, McClintock, Himawan, Song y Patterson, 2016; Anderson, Ogles, Patterson, Lambert y Vermeersch, 2009; Schöttke, Flückiger, Goldberg, Eversmann, y Lange, 2017).

En el estudio de Anderson et al. (2009), los terapeutas completaron un cuestionario de habilidades sociales y luego vieron varios videos de clientes desafiantes, después de lo cual registraron su respuesta terapéutica. Sus respuestas fueron codificadas según lo que Anderson y sus colegas denominaron Habilidades Interpersonales Facilitadoras (HIF), que incluían la fluidez verbal, expresión emocional, persuasión, esperanza, calidez, empatía, alianza y enfoque del problema. Resultó que las calificaciones de HIF predecían los resultados de los terapeutas: los clientes de los terapeutas que obtuvieron puntuaciones FIS más altas en esta prueba de desafío se beneficiaron más de la terapia que los clientes de terapeutas con puntuaciones HIF más bajas.

Los terapeutas efectivos tienen un conjunto de habilidades terapéuticas que utilizan con los pacientes, especialmente los pacientes desafiantes. También se ha encontrado que los terapeutas efectivos cuestionan su nivel de habilidad (como auto-duda profesional) y dedican esfuerzos fuera de la consulta tratando de mejorar

su práctica profesional (Wampold, Baldwin, Holtforth e Imel, 2017). También hay características y acciones de los terapeutas que no parecen estar relacionadas con su efectividad, incluida la edad, el sexo, la profesión, orientación teórica, grado de adhesión a un manual de tratamiento, o la competencia calificada que brinda un tratamiento en particular con un cliente en particular (Corbella, 2019).

Las características y las habilidades/acciones de los psicoterapeutas efectivos serían las siguientes (Wampold et al., 2017; Anderson et al., 2009): a) Formación de alianzas en un rango amplio de pacientes y la capacidad de reparar rupturas de alianzas, b) Fluidez verbal, c) Calidez y empatía, d) Expresión emocional, e) Persuasión, f) Optimismo, g) Enfoque del problema, h) Entrega de un tratamiento convincente, i) Duda profesional y tiempo dedicado a mejorar.

La relevancia de estudiar la relación entre las intervenciones del terapeuta y las variables del cliente es lo que impulsó la Selección Sistemática de Tratamientos (SST) propuesta por Beutler (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Beutler, et al., 2016). Dos de las dimensiones que configuran la SST son: (a) la directividad del terapeuta relacionada con la resistencia del paciente y (b) la tendencia del terapeuta a dirigir la atención a la acción o al *insight* del paciente relacionada con el estilo de afrontamiento del paciente. Así, Beutler considera que, por ejemplo, un paciente resistente y con un estilo de afrontamiento internalizador se beneficiaría más de un terapeuta poco directivo y dirigido al *insight* (Corbella, 2019).

Rubino, Barker, Roth y Fearon (2000) estudiaron la relación entre los estilos de apego y la decisión del terapeuta de romper la alianza, encontrando que los terapeutas más ansiosos tienden a responder con menor empatía, particularmente con los pacientes ansiosos y seguros. Diferentes investigaciones han encontrado que el apego inseguro del terapeuta puede afectar negativamente la alianza terapéutica en clientes y destacan la importancia de considerar la interacción entre el apego del cliente y el terapeuta así cómo estas interacciones influyen en la alianza terapéutica (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2016; Degnan, Seymour, Harris y Berry, 2016).

Beutler et al. (2000, 2016), entre otros, han constatado la necesidad de estudiar las variables del paciente en relación con las del tratamiento. También las variables del terapeuta deben ser estudiadas en relación con las del cliente (Hill, 2006; Corbella y Botella, 2004). De aquí surgieron iniciativas de estudios sobre la interacción entre terapeuta y paciente. Si bien la fuerza de la alianza entre terapeuta y paciente es el mejor predictor del éxito de la terapia, no hay una única variable del terapeuta o del paciente que por sí misma, y con independencia de las otras, sea decisiva en cuanto a la determinación de la fuerza de dicha alianza (véase Corbella y Botella, 2004). Uno de los estudios sobre la interacción Terapeuta-Paciente es el Proyecto Barcelona Buenos Aires que se llevó a cabo conjuntamente entre la Fundación Aiglé de Buenos Aires y la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* de la *Universitat Ramon Llull* de Barcelona. De este estudio se extrajeron algunos principios útiles para el trabajo psicoterapéutico (Corbella

2003; Corbella et al., 2009). Los principios fundamentales surgidos del Proyecto Barcelona-BsAs fueron los siguientes (Corbella y Botella, 2004):

1. La derivación o asignación de un paciente a un terapeuta u otro es muy importante para el proceso y resultado de la psicoterapia.
2. En la asignación del paciente a un terapeuta se debe tener en cuenta la resistencia del paciente y el estilo del terapeuta. De modo que es recomendable que aquellos pacientes más resistentes se asignen a terapeutas con un estilo poco pautado y poco directivo.
3. La resistencia del paciente se debe tener en cuenta en el proceso de evaluación inicial y el terapeuta debe trabajar con ella para beneficiar al paciente. La resistencia no es una dificultad del paciente sino que es un reto para el trabajo conjunto entre paciente y terapeuta.
4. El terapeuta debe conocer su propio estilo personal como terapeuta para facilitar la optimización de sus recursos y habilidades personales, así como para mejorar aquellos aspectos que le suponen alguna dificultad.
5. El terapeuta debe adaptar su modo de comunicación, su estilo terapéutico, a las características del paciente (especialmente la resistencia) en la medida que le sea posible. De modo que, si el paciente es resistente, el terapeuta debe intentar adaptar su estilo para resultar ser poco pautado y poco directivo.
6. El esfuerzo del terapeuta en adaptar su estilo a las características del paciente se debe reducir si supone una incomodidad por la pérdida de coherencia teórica del terapeuta al emplear los diferentes procedimientos o estrategias comunicativas. Aun así, debe ser consciente de qué tipo de estilo terapéutico puede ser más conveniente para cada tipo de paciente.
7. La formación de psicoterapeutas debe profundizar en el estilo personal del terapeuta, fomentar la autoreflexión y el estilo flexible en terapia.
8. Durante el proceso psicoterapéutico y especialmente en las primeras ocho sesiones, el terapeuta debe prestar atención a trabajar hacia el establecimiento de una buena alianza terapéutica con el paciente.

En Corbella (2019) se profundiza sobre la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el desarrollo de la alianza terapéutica.

Se ha puesto de manifiesto la importancia de la interacción entre el terapeuta y el paciente, pero todavía quedan muchas preguntas interesantes esperando ser abordadas con planteamientos sugerentes. Algunas de estas preguntas guardan relación acerca de los factores o las habilidades del terapeuta que explican que se establezca una buena relación terapéutica con el paciente y que faciliten un proceso psicoterapéutico exitoso. La base teórica de la Teoría de la Mente nos propone elementos de reflexión para plantear respuestas a algunas de las preguntas planteadas (ver Corbella et al., 2009).

El terapeuta como persona y miembro de su familia ha experimentado distintas relaciones y suma diferentes vivencias que van configurando sus posicionamientos

relacionales y sus características particulares que le dan identidad y que influyen en la concepción y desarrollo de su actividad profesional (Corbella y Fernández-Álvarez, 2006). La interacción que se da desde un principio entre la persona del terapeuta y su entorno relacional (como el contexto familiar) influye fuertemente en el desarrollo de distintos niveles de la teoría de la mente que resultan especialmente importantes para los psicoterapeutas.

Se puede plantear que la teoría de la mente o las distintas habilidades mentalistas son los fundamentos de la empatía (en el contexto terapéutico) así como los precursores de actitudes terapéuticas y de distintos recursos que facilitan no únicamente el establecimiento de la relación terapéutica sino también la intervención más conveniente adaptada al paciente.

Resulta evidente la relevancia que tiene para el terapeuta el proceso cognitivo que permite a las personas ser capaces de predecir estados mentales de uno mismo y de los demás, lo que facilita anticipar y modificar comportamientos propios y ajenos. La habilidad de inferir estados mentales (como pensamientos, deseos, intenciones, etc.) en otra persona, posibilita utilizar la información para interpretar (a) ¿qué dicen?; (b) ¿por qué lo dicen?; y (c) predecir qué puede pasar a continuación. Parece difícil imaginar que un psicoterapeuta pudiera trabajar como tal sin disponer de unas mínimas habilidades propias de la teoría de la mente (Corbella et al., 2009).

Un trabajo de formación de psicoterapeutas basado no solo en la adquisición de competencias vinculadas a los conocimientos psicopatológicos y de técnicas de intervención sino también basados fundamentalmente en el trabajo del estilo personal del terapeuta y la optimización de las habilidades de la terapia de la mente sirve para mejorar nuestra práctica terapéutica.

La adquisición de las habilidades de la teoría de la mente y la complejidad de su uso se va configurando a lo largo de nuestro desarrollo y va proporcionando unas características singulares a nuestra identidad y nuestras interacciones con las demás personas. En el ámbito de la psicoterapia planteamos la influencia consistente que ejerce la teoría de la mente del terapeuta sobre el desarrollo del estilo personal del terapeuta. Uno de los aspectos del estilo terapéutico más significativamente influido por las habilidades de la teoría de la mente es la flexibilidad *versus* rigidez del terapeuta (Corbella et al., 2009). La función instruccional tiene un papel moderador sobre las otras funciones del estilo del terapeuta, de modo que un terapeuta más flexible tendrá más facilidad para adaptar su estilo a las necesidades de cada paciente (Corbella, 2003).

El desarrollo óptimo de la teoría de la mente del terapeuta permite (facilita) la habilidad terapéutica de entender como el paciente procesa la información, piensa, siente y actúa así como la habilidad de anticipar la conducta del paciente y sus posibles reacciones ante ciertas situaciones. Estas habilidades desempeñan una función esencial no únicamente para poner en acción la empatía terapéutica sino para autorregular la interacción del terapeuta con su paciente (Corbella et al., 2009).

Todas las habilidades propias de la teoría de la mente influyen sobre el estilo

personal del terapeuta y facilitan que el terapeuta adapte su estilo y sus intervenciones a las características del paciente. De modo que estas habilidades resultan esenciales para desarrollo de una adecuada alianza terapéutica con el paciente y para encontrar las estrategias más apropiadas para ayudar al paciente.

Podemos plantear un conjunto de recomendaciones, retos y aspiraciones para terapeutas basadas, en gran parte, en las características, competencias y acciones habituales de los psicoterapeutas eficaces (basado en: Anderson et al., 2009, 2016; Corbella et al., 2009; Schöttke et al., 2017; Wampold et al., 2017; citados en Corbella, 2019).

- *Mantener una práctica reflexiva como camino para la mejora constante (autocuestionamiento).*

Hacer esfuerzos en cultivar cierta introspección para facilitar un posicionamiento de la experiencia más analítico permite que el ejercicio profesional no consista en la mera acumulación pasiva de experiencias.

- *Ser competente en leer el estado afectivo y mental del paciente. Habilidades en teoría de la mente, metacognición.*

Disponer de las habilidades en la teoría de la mente facilita cualquier interacción personal y como psicoterapeutas nos ayuda de forma determinante en la comprensión del paciente y en el establecimiento (y desarrollo) de la alianza terapéutica del proceso de ayuda.

- *Mantener un Estilo Personal flexible que facilite la adaptación del terapeuta a las necesidades del paciente en función de sus características y circunstancias a lo largo del proceso terapéutico.*

Incrementar los grados de flexibilidad del estilo personal del terapeuta permite ajustar con mayor facilidad el estilo de la intervención terapéutica a las características del paciente. La flexibilidad del terapeuta facilita la modulación y el cambio del propio estilo personal.

- *Dominar las habilidades interpersonales.*

Entendiendo el proceso terapéutico como la interacción de ayuda entre el paciente y el psicoterapeuta se hace evidente que las habilidades relacionales del profesional juegan un papel determinante.

- *Ser capaz de establecer una alianza de trabajo fuerte y colaborativa con un amplio abanico de pacientes.*

Adaptarse a las características y necesidades del paciente resulta imprescindible para establecer una buena relación terapéutica. Disponer de las habilidades que permiten fortalecer el vínculo emocional positivo y la alianza terapéutica con el paciente es uno de los aspectos característicos de los psicoterapeutas más eficaces.

- *Tener fluidez verbal, riqueza léxica y precisión en el uso del lenguaje para expresar lo que se pretende.*

La comunicación del terapeuta es un elemento esencial en el proceso terapéutico y disponer de recursos de expresión verbal y no verbal que permitan dotar a la comunicación de los detalles y precisión necesaria facilita la funcionalidad y

el objetivo de toda acción comunicativa del psicoterapeuta.

- *Saber modular tus propias reacciones afectivas.*

La autorregulación afectiva del psicoterapeuta es un aspecto facilitador en la interacción con el paciente al incrementar la toma de consciencia de las propias emociones por parte del terapeuta y así gestionarlas sin que estas influyan o sesguen negativamente el proceso psicoterapéutico que debe pivotar sobre el paciente.

- *Ser competente en activar/implicar a los pacientes.*

La implicación y la motivación de cualquier persona tiene una gran relevancia en un proceso de cambio. Movilizar el afecto del interlocutor activando su implicación en la consecución de los objetivos propuestos tiene un peso específico en el proceso terapéutico.

- *Ser competente en transmitir cordialidad, empatía y comprensión.*

Algunos de los puntos comentados anteriormente podrían englobar éste. Sin embargo, no sobra enfatizar la necesaria contención empática y la comprensión de como el paciente vive su problemática para facilitar el adecuado proceso de ayuda.

- *Ser competente en centrarse en el paciente y no en uno mismo.*

Evitar la primacía de la visión centrada en las hipótesis, expectativas y experiencias personales del psicoterapeuta permite centrar la atención en la experiencia ideográfica del paciente como elemento facilitador del proceso terapéutico.

- *Ser competente en atribuir las mejoras al trabajo del paciente.*

Del punto anterior se desprende éste que no deja de centrar la mirada, el protagonismo y la responsabilidad del éxito terapéutico a las acciones y esfuerzos del paciente. Ceder todo el protagonismo al paciente en la atribución de responsabilidades de cambio cuando se ha logrado alcanzar los objetivos facilita los beneficios de un buen resultado al finalizar el proceso terapéutico.

- *Ser permeables y abiertos a recibir feedback del progreso de los pacientes para plantear cambios si no mejora (monitorear resultados).*

Huir de un hermetismo estanco del terapeuta en la valoración de la evolución de cada proceso terapéutico y ser receptivos a las distintas fuentes que pueden proporcionar información relevante para mejorar nuestra comprensión e intervención psicoterapéutica. Conviene una mente abierta que se enriquezca de la información disponible, de los cuestionarios/tests u otros instrumentos que contribuyen sin duda a incrementar la información acerca del paciente y del desarrollo del proceso terapéutica.

- *Saber aplicar los principios de la STS (Beutler et al., 2000, 2016) y la adaptación de las intervenciones y el propio Estilo Personal del Terapeuta a las características del paciente en función de las dimensiones de la STS.*

La STS consiste en la aplicación de unos principios en las que se ajustan las intervenciones a las características del paciente según unas variables específicas (Beutler et al., 2016): a) Modular y adaptar la intensidad del tratamiento/intervención al nivel de deterioro funcional del paciente; b) Dirigir, preferentemente, la intervención a la acción o al *insight* según el estilo de afrontamiento del paciente;

c) Adaptar el nivel de directividad de la intervención al nivel de resistencia del paciente; d) Ajustar la activación o reducción del afecto según el nivel de malestar Subjetivo del paciente; e) Adaptar, regular y prever la duración del proceso terapéutico a partir de información acerca del apoyo social del paciente.

- *Ser convincente al proporcionar el tratamiento al paciente.*

La manera en la que los psicoterapeutas desempeñan su función está fuertemente vinculada con el estilo terapéutico. La implicación y el convencimiento del terapeuta en su propia intervención resultan relevante para potenciar su efecto.

- *Gestionar el conocimiento adquirido manteniendo la humildad para seguir mejorando y potenciando el aprendizaje en distintas áreas.*

Una actitud humilde y constructiva facilita la apertura a nuevos aprendizajes que contribuyen a la mejora de nuestra práctica. Mantener la mente abierta a los muchos cambios que se están produciendo y a los nuevos conocimientos que van apareciendo facilita la adaptación de la práctica profesional del psicoterapeuta a las nuevas circunstancias que como sociedad nos vamos encontrando.

Plantear los puntos anteriores como retos y objetivos para marcarnos el rumbo de la mejora personal como psicoterapeutas siempre será más constructivo y saludable que formularlo como requisitos indispensables para la correcta acción terapéutica ya que nos supondría una fuente de ansiedad añadida.

Las competencias y acciones expuestas anteriormente no pretenden configurar una lista exhaustiva y limitada, sino que más bien tiene la intención de abrir foco y señalar solo algunas de las muchas que están por incorporar y que incluso pueden tener matices diferenciados según el estilo personal de cada terapeuta. Lo planteado en el artículo no pretende ser nada más que una reflexión sobre las competencias y habilidades del terapeuta en el contexto del proceso terapéutico tal y como se expuso en la presentación en las I Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas el 1 de febrero de 2019.

## Referencias Bibliográficas

- Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1),1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Anderson, T., Crowley, M., Himawan, L., Holmberg, J. y Uhlin, B. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. y Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. y Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133–178). Washington, DC: American Psychological Association.

- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. y Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev*, 32(5), 400-412. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004>
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Nueva York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195105308.001.0001>
- Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S. y Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.001>
- Bucci, S., Seymour, H. A., Harris, A. y Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 155-165. <https://doi.org/10.1002/cpp.1944>
- Consoli, A. J., Fernández-Álvarez, H. y Corbella, S. (2017). The training and development: A lifespan perspective. En A. J., Consoli, L. E., Beutler y B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2ª ed., pp. 462-479). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Corbella, S. (2003). *Compatibilidad entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Perfil Personal del Paciente* (Tesis doctoral, Universidad de Ramon Llull, Barcelona, España). Recuperada de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=220061>
- Corbella, S. (2019). El Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica. En H. Fernández-Álvarez y F. García (Eds.), *El Estilo Personal del Terapeuta* (pp. 57-90). Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921792003.pdf>
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. *Revista Anales de Psicología*, 19(2), 205-221. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid, España: Vision Net.
- Corbella, S. y Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp. 299-340). Barcelona, España: Edebe.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., García, F., y Botella, L. (2008). Estilo Personal del Terapeuta y Dirección de Intereses. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 281-289. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/261/263>
- Crowley, M. J. (2001). *Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance* (Tesis doctoral no publicada). Ohio University, Ohio, OH.
- Degnan, A., Seymour, H. A., Harris, A. y Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 47-65. <https://doi.org/10.1002/cpp.1937>
- Dunkle, J. H. y Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.43.4.456>
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The Relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-244. <https://doi.org/10.1177%2F0011000085132001>
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy Relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. Nueva York, NY: International University Press.
- Henry, W. P. y Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En A. O. Horvath y L. S. Greenber (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). Nueva York, NY: John Wiley.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T. y Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205-216.
- Hill, C. (2006). Introduction to special section on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16(2), 143-144. <https://doi.org/10.1080/10503300500470583>
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Kivlighan, D. M. Jr., Patton, M. J. y Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.274>
- Kivlighan, D. M. y Schmitz, P. J. (1992). Counselor technical activity in cases with improving working alliances and continuing-poor working alliances. *Journal of Counseling Psychology*, 39(1), 32-38. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.1.32>
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy research*, 10(1), 17-29. <https://doi.org/10.1080/713663591>
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. y Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.32>
- Mallinckrodt, B. y Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133-138. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.133>
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W. y Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 185-190. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.185>
- Nienhuis, J. Owen, J., Valentine J., Winkeljohn Black, V., Halford, T., Parazak, S., ... Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Orlinsky, D. y Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed., pp. 311-381). Nueva York, NY: Wiley.
- Patterson, G. R. y Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851. <https://doi.org/10.1037/10412-016>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. y Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408-420. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.408>
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes (pp. 225-255). Nueva York, NY: John Wiley and Sons.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J. y Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., ... Lutz, M. (2014). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420-434. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.896055>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G. e Imel, Z. E. (2017). What Characterizes Therapist Effects? En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others: Understanding therapist effects* (pp. 37-53). Washington DC: American Psychological Association.
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V. y Stangier, U. (2015). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *Br J Clin Psychol*. 54(1), 91-108. <https://doi.org/10.1111/bjc.12063>

Manuel Villegas · Pilar Mallor

---

**PAREJAS**  
**A LA CARTA**

---

Las relaciones amorosas  
en la sociedad posmoderna



Herder

# TERAPIA CONSTRUCTIVISTA INTEGRADORA Y ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:

## INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

### CONSTRUCTIVIST INTEGRATIVE THERAPY AND TRANSDIAGNOSTIC APPROACH TO ANXIETY AND DEPRESSION: CLINICAL PRACTICE RESEARCH

**Luis Botella García del Cid**

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Universidad Ramon Llull.  
Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3794-5967>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella, L. (2020). Terapia Constructivista Integradora y Enfoque Transdiagnóstico en Ansiedad y Depresión: Investigación en la Práctica Clínica. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 105-113. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.397>

#### Resumen

*Este trabajo aborda una lectura desde una posición constructivista integradora de tres de los conceptos transdiagnósticos relevantes en depresión y ansiedad: Afecto Negativo y Afecto Positivo, Sensibilidad a la Ansiedad e Intolerancia a la Incertidumbre. La investigación clínica procedente de la comparación entre resultados y procesos terapéuticos comunes y diferenciales en pacientes ansiosos y depresivos así como en comunalidades y diferencias en sus narrativas del self se utiliza para contrastar la relevancia de dichos conceptos así como su compatibilidad con la lectura integradora del constructivismo.*

**Palabras clave:** *Terapia Constructivista Integradora, enfoque transdiagnóstico en ansiedad y depresión, narrativas de pacientes ansiosos y depresivos, resultado y proceso terapéutico en ansiedad y depresión.*

#### Abstract

*This paper presents an integrative constructivist approach to three of the relevant transdiagnostic concepts in depression and anxiety: Negative Affect and Positive Affect, Anxiety Sensitivity and Intolerance to Uncertainty. Clinical research from the comparison between outcome and common and differential therapeutic processes in anxious and depressive patients as well as in communalities and differences in their self-narratives is used to contrast the relevance of these concepts as well as their compatibility with the integrative approach to constructivism.*

**Keywords:** *Integrative Constructivist Therapy, transdiagnostic approach to anxiety and depression, narratives of anxious and depressive patients, outcome and therapeutic process in anxiety and depression.*



Los trastornos de ansiedad y depresivos presentan una alta prevalencia, y con mucha frecuencia se dan conjuntamente. En el caso de los primeros, Goodwin (2015) menciona que, según los datos poblacionales en Estados Unidos, el 74,1% de los pacientes con *agorafobia*, el 68,7% de los que tienen *fobia simple* y el 56,9% de los que tienen *fobia social* cumplen también los criterios para otro de los trastornos de ansiedad mencionados. No sólo eso, sino que la comorbilidad entre *ansiedad* y *depresión* se ha llegado a cifrar en más de un 65% (Rosellini et al., 2018). Dicha comorbilidad comporta un problema clínico, dado que las personas que muestran ambos trastornos simultáneamente han demostrado tener *mayores niveles de deterioro funcional, mayor reducción en su calidad de vida y peores resultados terapéuticos* que los que sólo manifiestan uno de los dos.

De hecho el propio diagnóstico se complica por la presencia habitual de *estados mixtos de ansiedad y estado de ánimo deprimido*, así como por una superposición sustancial en los síntomas físicos y emocionales de ambos. El *solapamiento sintomático* y la *comorbilidad* tan elevada han dado lugar a hipótesis transdiagnósticas que van desde lo *biológico* a lo *psicosocial*.

Un ejemplo de las primeras es la teoría de que las dos condiciones comparten mecanismos biológicos similares en el cerebro, de origen genético, como por ejemplo aspectos funcionales de la amígdala o incluso particularidades de la genética molecular de determinados biomarcadores, por lo que es más probable que aparezcan juntas. Otra diferente, basada en los solapamientos diagnósticos, es que ansiedad y depresión tienen muchos síntomas que se superponen, por ejemplo los problemas de sueño que se observan tanto en la ansiedad generalizada como en el trastorno depresivo mayor, por lo que un porcentaje elevado de pacientes cumplen los criterios para ambos diagnósticos. Además, es frecuente que estas condiciones se presenten simultáneamente ante la acción de uno o varios estresores externos. Goodwin (2015) por ejemplo señala que:

El propio DSM-5 aboga por la consideración de que ambas condiciones puedan compartir el *sustrato neuronal*, los *rasgos familiares*, los *factores de riesgo genéticos*, los *factores de riesgo ambientales específicos*, los *biomarcadores*, el *temperamento*, las *anomalías del procesamiento emocional*, la *similitud de los síntomas*, el *curso del trastorno*, la *alta comorbilidad* y la *respuesta al tratamiento* para confirmar las relaciones entre ellas. De hecho, el uso de factores más comunes y globales conduce a la noción de “trastornos de internalización” por un lado (de los cuales serían ejemplo tanto la ansiedad como la depresión) y “de externalización” por el otro (tales como la agresividad, los arrebatos de ira, la comisión de delitos o la hiperactividad).

(p. 249, la cursiva es del autor)

Todo lo anterior ha llevado a cuestionar la validez de los protocolos de tratamiento basados *única y exclusivamente* en síntomas (véase por ejemplo Brown y Barlow, 2009) y a proponer el desarrollo de modelos transdiagnósticos centrados

en la etiología (psicológica en este caso) subyacente a ambas condiciones.

Una de las dimensiones más empleadas y validadas en dichos modelos transdiagnósticos (véase Watson y Tellegen, 1985; Watson, Wiese, Vaidya y Tellegen, 1999) es la de *afecto negativo* (AN) y *afecto positivo* (AP), siendo considerado el AN como una dimensión general de malestar subjetivo. El AN subsume el *miedo*, la *ira*, la *tristeza*, la *culpa*, la *hostilidad*, la *insatisfacción*, la *desesperanza*, las *quejas somáticas*, la *visión negativa de uno mismo* y el *asco* (*disgust* en inglés, lo cual incluiría semánticamente, además de asco, *repugnancia*, *disgusto*, *desagrado*, *descontento* y *aversión*). Es probable que una persona que dice sentirse triste también experimente niveles elevados de ira, culpa, miedo, hostilidad, insatisfacción, desesperanza, quejas somáticas, visión negativa de sí misma y desagrado. Esta activación conjunta predice y explica las grandes superposiciones entre la experiencia de los pacientes con ansiedad y con depresión.

En términos de la Teoría de Constructos Personales (TCP; véase Kelly, 1955/1991; Botella y Feixas, 1998), se podría concebir dicha situación como si se tratase de dos subsistemas de constructos (el que tiene como foco de conveniencia el tipo de experiencias que se etiquetan como “ansiedad” y el que tiene como foco de conveniencia el tipo de experiencias que se etiquetan como “depresión”) pero que comparten un área importante de constructos en común, de forma que la activación de uno de los subsistemas activa al otro. Otra forma de concebir esta resonancia sería desde las teorías de los sistemas complejos no lineales y la lógica borrosa (véase una aplicación a la psicoterapia en Botella, 2007 y Botella, en prensa), según las cuales la interconexión y activación conjunta de subsistemas de un sistema complejo no es la excepción sino más bien la norma.

Dado que la definición general de AP (que predice que la persona que dice sentirse feliz y alegre también se sentirá *socialmente activada*, *interesada*, *emocionada*, *segura*, *atenta*, *alerta*, *con energía* y *participativa*) está más relacionada, aunque en sentido inverso, con la *tristeza* que con el *miedo*, Clark y Watson (1991) propusieron un tercer componente, la *tensión somática* y la *hiperactivación* (por ejemplo la dificultad para respirar o el mareo) como más exclusivos de la ansiedad.

Se han propuesto también otras dimensiones transdiagnósticas tales como la *Sensibilidad a la Ansiedad* (SA; Barlow, 2002) y la *Intolerancia a la Incertidumbre* (II; Koerner y Dugas, 2008). En Toro, Avendaño-Prieto y Vargas (2020) se encuentra una descripción más completa de ambas, además de un modelo estructural que las incluye junto a las de AP y AN. Me limito aquí a señalar que la SA se define como el miedo a los sentimientos relacionados con la ansiedad en tres dimensiones (somática, social y cognitiva) y que comporta evitación conductual. Por su parte la II se define como un sesgo cognitivo que hace que una persona perciba negativamente las situaciones en las que no se siente seguro, y ha sido identificada como un factor de riesgo por la preocupación excesiva e incontrolable que conlleva.

Se evidencia así como incluso “síntomas” subjetivos simples, presentes en diferentes grados en una población sana, tienden a confirmar tanto un factor gen-

eral que subyace a la ansiedad y la depresión (AN) como algunos más específicos que colocan a ambas en extremos diferentes del *continuum*. La presencia de estos factores respalda la idea de que ambos tipos de *trastornos* son manifestaciones extremas de aspectos presentes en toda la población.

En este trabajo comento los hallazgos a este respecto de dos de nuestros propios estudios, uno (García y Botella, 2011) relacionado con las similitudes y diferencias en la eficacia y el proceso de la Terapia Constructivista Integradora (TCI; véase Botella, en prensa) con pacientes ansiosos y depresivos y otro (Vall y Botella, 2014; Botella y Vall, 2019) sobre las diferencias entre las narrativas del *self* generadas en dicha terapia por ambos grupos de pacientes. No entro aquí en los detalles de cada uno de los estudios excepto en lo que hace referencia a la discusión que sigue. Justamente para ver dichos detalles se pueden consultar las publicaciones originales.

### **Comorbilidad y Comunalidad en el Resultado y Proceso Terapéutico**

Los resultados del estudio de García y Botella (2011) demostraron en primer lugar que el nivel de gravedad sintomática (medida con el CORE-OM, *Clinical Outcome in Routine Evaluation*, Evans et al., 2002) de los pacientes ansiosos y depresivos no fue estadísticamente diferente. Para una  $n = 103$  clientes, 41 del grupo de depresión (D) y 62 del grupo de ansiedad (A), la media del grupo A fue de 1.62 y la desviación típica de 0.64. En el grupo D, la media fue de 1.87 y la desviación típica de 0.63. La diferencia entre las dos medias fue de 0.25 y la prueba  $t$  de Student indicó que no era significativa ( $t = 1.88$ ;  $p = 0.063$ ). Este resultado era de esperar ante la ausencia de estudios que indiquen lo contrario, probablemente debido a que las dos patologías presentan un gran solapamiento respecto a los síntomas que las caracterizan, basados en los procesos transdiagnósticos antedichos.

Igualmente, el nivel de mejora experimentado por los dos grupos como efecto de la TCI no fue tampoco significativamente diferente, ni en general ni para ninguno de los factores medidos por el cuestionario de síntomas utilizado en ese estudio (CORE-OM). Los tamaños del efecto, expresados mediante la  $d$  de Cohen, para cada una de esas comparaciones fueron los siguientes:

Diferencial D-A en mejoría terapéutica general:  $d = 0.04$ .

Diferencial D-A en mejoría terapéutica en Bienestar Subjetivo:  $d = 0.15$ .

Diferencial D-A en mejoría terapéutica en Síntomas/Problemas:  $d = 0$ .

Diferencial D-A en mejoría terapéutica en Funcionamiento Psicosocial:  $d = 0$ .

Como se puede comprobar todos ellos están dentro del margen considerado pequeño (o son directamente nulos).

Además, el proceso terapéutico resultó indistinguible en cuanto a la relación síntomas/alianza, pues no se encontró ningún patrón diferencial ni en referencia a los debilitamientos temporales de la Alianza Terapéutica ni a los empeoramientos sintomáticos temporales.

La falta de eficacia diferencial también se puede explicar desde el primer re-

sultado ya comentado; es decir, la falta de gravedad diferencial hace prever la falta de eficacia diferencial. Posiblemente los resultados de eficacia diferencial hubiesen sido diferentes si se hubiese comparado una muestra de pacientes con un nivel de gravedad muy alto con otra de poca gravedad.

### **Depresión y Ansiedad como Invalidación**

Nuestros resultados (Vall y Botella, 2014; Botella y Vall, 2019) en el sentido de la amplia convergencia, en 16 de 22 dimensiones de análisis, entre las narrativas de pacientes depresivos y ansiosos son teóricamente coherentes con un enfoque constructivista narrativo. Desde dicha perspectiva tanto la ansiedad como la depresión comportan, como factor desencadenante (el estresor externo al que se refiere Goodwin, 2015), un episodio (o múltiples) de invalidación de la narrativa del *self* que lleva a la necesidad de reconstruirla mediante un proceso activo de creación de significado para recuperar el sentido perdido de coherencia y una nueva posición narrativa del *self*. Precisamente esos son dos de los objetivos de cualquier psicoterapia y, en particular, de una constructivista integradora. Se trata de una noción generalizada en la literatura constructivista y narrativa; por ejemplo véase Angus y McLeod (2004), Botella, Herrero, Pachecho y Corbella (2004).

Además nuestros resultados también avalan que tanto las narrativas de los pacientes ansiosos como las de los deprimidos tienden a presentar una posición de no-agente, de víctimas de las circunstancias sobre las que no sienten tener control. Es destacable que dicha posición narrativa de desesperanza (y/o indefensión) corresponde precisamente a uno de los componentes de la AN en la definición de Watson y Tellegen, 1985 y Watson et al., 1999 comentada antes.

### **Depresión y Ansiedad como Respuestas (Disfuncionales) ante la Invalidación**

Los procesos psicológicos de construcción de significado en las personas calificadas con ambas etiquetas diagnósticas se han considerado desde tradiciones constructivistas, tales como la TCP, como formas de enfrentarse a la invalidación del sistema de constructos. En el caso de la depresión se trataría de una estrategia de constricción ante la imposibilidad de dar sentido a la experiencia, en el de la ansiedad de una de exceso de preocupación improductiva ante la vivencia de falta de dimensiones para anticiparla (es decir, el sistema se colapsa debido a la intensidad de la ansiedad que produce la falta de dimensiones de anticipación, y ese mismo colapso le impide ser más elaborado).

Ambas nociones, *constricción* y *preocupación improductiva* encajan con dos de los conceptos de los modelos transdiagnósticos antedichos. La primera es fácil de concebir como producto de la SA (miedo a los sentimientos relacionados con la ansiedad y que comporta evitación conductual). Precisamente porque se evita (por el miedo que provoca) la sensación de no disponer de constructos para anticipar la experiencia, el sistema se ve cada vez más constreñido a sólo aquello que puede anticipar con total seguridad, que cada vez son menos cosas. Podría así decirse que

*el miedo a la ansiedad genera la constricción que acaba produciendo depresión.*

Por lo que respecta a la segunda, la *preocupación improductiva*, recordemos que la II hace que una persona perciba negativamente las situaciones en las que no se siente seguro, y conlleva una preocupación excesiva e incontrolable. De nuevo aquí uno de los factores transdiagnósticos tiene una lectura constructivista directa.

Los estudios sobre la depresión desde la perspectiva de la TCP coinciden en que se caracteriza por un sistema de constructos constreñido. Al constreñir el sistema y limitar su foco, se evita invalidar el sistema de constructos por el cual se rigen los patrones de atribución de significados evitando incompatibilidades aparentes en la experiencia. Por supuesto, la contrapartida negativa a la reducción de la perspectiva de la experiencia vivida es que se cierra la puerta a la posibilidad de plantearse la situación desde otras perspectivas, entrando en un patrón de autoinvalidación recursiva. La depresión comporta así dificultades para descentrarse de la propia disfuncionalidad y la imposibilidad de ver más allá de ella.

Los pacientes ansiosos son mucho más sensibles a los aspectos externos de su problema en la psicoterapia, probablemente por la combinación de SA e II a la que me refería antes, y generalmente su vivencia es que son los otros los que no actúan adecuadamente o como a ellos les gustaría. Su sensibilidad interpersonal, incluso exagerada, les hace mucho más propensos a la dimensión de validación personal que representa la relación terapéutica.

Nuestros datos avalaron que si bien en el caso del grupo de pacientes ansiosos la correlación entre Alianza Terapéutica y síntomas era estadísticamente muy significativa en todas las sesiones desde la 3ª a la 12ª, en el caso del grupo de pacientes depresivos lo era en un nivel menor en todas las sesiones evaluadas.

Este resultado coincide por ejemplo con los de Caspar, Grossmann, Unmüsig, y Schramm (2005) que encontraron que con los pacientes que presentaban dificultades para el desarrollo de una relación de colaboración la mejora sintomática era más sensible a la relación que con los que no. Así se podría explicar porqué con los pacientes depresivos, especialmente difíciles en cuanto al establecimiento de una relación de colaboración motivada y activa, la calidad del vínculo terapéutico es menos predictora de (o reactiva a) la mejora que con los pacientes ansiosos, mucho más colaborativos y activos debido a que su estado de ánimo no está deprimido y a que sus dificultades son mucho más interpersonales.

Nuestro estudio sobre patrones narrativos comunes y diferenciales en pacientes depresivos y ansiosos arroja más luz sobre este proceso de constricción. Las narrativas de los pacientes deprimidos parecerían consistir en una forma de experimentar el mundo con una notable variedad de personajes y muy específica en cuanto a su grado de detalle, pero sin un significado emocional profundo debido al alto nivel de objetivación y, al mismo tiempo, con objetivos narrativos coherentes y claros pero limitados. Algunas de estas características podrían dar la impresión errónea de un mundo interpersonal muy rico y un proyecto existencial muy claro. Sin embargo, en el caso de los pacientes depresivos esto no es así porque el alto nivel de objetivación

priva a la narrativa de un sentido profundo de significado emocional. Por lo tanto, las narrativas en este grupo eran objetivas y claras, pero también distantes, rígidas y demasiado coherentes como para ser existencialmente relevantes.

De nuevo, este resultado encaja con el cuerpo de investigación sobre la estructura del Sistema de Constructos Personales de los pacientes deprimidos, en este caso desde una perspectiva narrativa y no sólo sintomática. Como decía antes, dicha investigación ha demostrado repetidamente que la constricción (es decir, una limitación del campo fenoménico para minimizar incompatibilidades aparentes) va asociada a altos niveles de depresión. Esto explicaría el resultado de los altos niveles de objetivación.

Además, se ha demostrado que el patrón de constricción del sistema de constructos conduce a patrones limitados y lógicamente consistentes de relaciones entre constructos, lo que podría explicar nuestro resultado de un alto nivel de inteligibilidad/claridad en las narrativas de los pacientes depresivos. Sin embargo, nuestros resultados parecían sugerir que los clientes deprimidos no siempre restringen su campo fenoménico en el sentido de excluir a las personas de él; pueden incluir a muchas pero centrarse sólo en sus características superficiales para evitar procesos emocionales y de construcción de significado potencialmente dolorosos, posibilidad que daría sentido a nuestro resultado de menor sensibilidad a/de la Alianza Terapéutica en su caso.

El patrón narrativo en pacientes depresivos en nuestra muestra no se caracterizó exactamente por una preferencia por la memoria autobiográfica general y la consiguiente dificultad para acceder y revelar recuerdos autobiográficos específicos que aparece en la literatura (véase por ejemplo Williams et al., 2007), sino por la constricción de estos recuerdos a detalles exclusivamente objetivos privados de contenido emocional rico. Por lo tanto, en línea con lo que Habermas, Ott, Schubert, Schneider y Pate (2008) predijeron en su estudio, las narrativas de pacientes deprimidos presentaron un nivel menor de evaluación interna.

Y de nuevo, también, la lectura de la rigidez y exceso de coherencia como constricción y de la constricción como producto de la SA encaja con una visión transdiagnóstica, si bien la enriquece en cierto sentido. Como ya he comentado, parece que ese proceso consiste en la evitación, motivada por el miedo, de la sensación de no disponer de constructos para anticipar la experiencia de forma que el sistema se vea cada vez más constreñido a sólo aquello que puede anticipar y que cada vez es menos. Ante el resultado al que me refería antes, parece claro además que todo o anterior se aplica no a cualquier tipo de cognición o de experiencia, sino especialmente a la social/interpersonal/relacional. Además parece también claro que, al menos en su dimensión narrativa, no se refiere a eliminar del campo fenoménico a personas en sí mismas sino a centrarse en detalles de ellas cada vez con menor carga emocional.

En el caso de las narrativas de los pacientes ansiosos, se caracterizaban por una forma de experimentar el mundo notablemente detallada en la dimensión del

pensamiento y la reflexión. Este resultado es coherente por ejemplo con los de la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (véase Segal, Williams y Teasdale, 2002) que demuestran que los pacientes ansiosos tienden a pensar demasiado y de manera excesiva e improductivamente reflexiva (Watkins, 2008) hasta el punto de no prestar suficiente atención a los detalles sensoriales y emocionales del “aquí y ahora”. En la misma línea, la estabilidad resulta ser un problema en este caso porque, como ya comentaron Segal, Williams y Teasdale (2002), este tipo de pacientes tienden a considerar sus pensamientos como la verdad absoluta y no son capaces de cuestionarlos, proceso que de hecho caracteriza también al funcionamiento depresivo.

Este resultado es también coherente con estudios que indican que la ansiedad puede caracterizarse por sesgos que hipertrofian el recuerdo de episodios sociales autorreferenciales y especialmente con una tonalidad emocional negativa. Además, esta tendencia metafórica y cognitiva puede relacionarse con la posición de observador pasivo (es decir, con un nivel de implicación y proactividad muy bajo en los eventos de naturaleza eminentemente social/interpersonal) que parece caracterizar a los pacientes ansiosos (Morgan, 2010).

También en este caso esa rumiación tan propia de la ansiedad, esa *preocupación improductiva*, encaja con el concepto transdiagnóstico de II que hace que se perciban negativamente las situaciones en las que uno no se siente seguro, y conlleva, precisamente, una preocupación excesiva e incontrolable.

## Conclusión

De todo lo antedicho se deduce que ansiedad y depresión se pueden abordar mediante modelos terapéuticos integradores que se centren en procesos psicológicos comunes a ambas. Todo lo anterior abre la puerta a una aproximación a la psicoterapia mucho más psicológica, menos medicalizada, menos propensa a etiquetas rígidas y más libre de la “tiranía de la especificidad”.

## Referencias bibliográficas

- Angus, L. y McLeod, J. (Eds.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412973496>
- Botella, L., Herrero, O., Pachecho, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: a relational constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 119-136). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412973496.d10>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2 ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Botella, L. (2007). Potential uses of fuzzy logic: Applying Fuzzy Cognitive Maps (FCMs) in psychotherapy. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 103-119.
- Botella, L. (En prensa). *La Construcción del Cambio Terapéutico: Terapia Constructivista Integradora en la Práctica Clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Laertes.

- Botella, L. y Vall, B. (2019). Hacia una comprensión fenomenológica del proceso de construcción de significado: aplicabilidad de la Rejilla de Evaluación Narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 57-94. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.320>
- Brown T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C. y Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 91-102. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327074>
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- García, Y. y Botella, L. (2011). Análisis diferencial del proceso y resultado psicoterapéutico en función del motivo de demanda en pacientes con ansiedad y depresión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 347-358.
- Goodwin, G. M. (2015). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 249-260.
- Habermas, T., Ott, L.-M., Schubert, M., Schneider, B. y Pate, A. (2008). Stuck in the past: Negative bias, explanatory style, temporal order, and evaluative perspectives in life narratives of clinically depressed individuals. *Depression and Anxiety*, 25(11), 121-132. <https://doi.org/10.1002/da.20389>
- Kelly, G.A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Nueva York, NY: Routledge (Trabajo original publicado en 1955).
- Koerner, N. y Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 619-638. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2>
- Morgan, J. (2010). Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.003>
- Rosellini, A. J., Bourgeois, M. L., Correa, J., Tung, E. S., Goncharenko, S. y Brown, T. A. (2018). Anxious distress in depressed outpatients: Prevalence, comorbidity and incremental validity. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.006>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Toro, R. A., Avendaño-Prieto, B. L. y Vargas, N. (2020). Transdiagnostic model of anxiety and depression according to the relationship with affect, uncertainly intolerance, and anxiety sensitivity. *Rev. CES Psico*, 13(1), 140-152. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.13.1.9>
- Vall, B. y Botella, L. (2014). Narrative assessment: Differences between anxious and depressed patients. *Narrative Inquiry*, 24(1), 132-152. <https://doi.org/10.1075/ni.24.1.07val>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Watson D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. y Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 820-838.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. y Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>



Programa Modular Virtual de Postgrado  
Formación Continua  
**Intervención  
Psicoterapéutica**  
Curso 2020-2021 (17ª Edición)  
[www.intervencion-psicoterapeutica.com](http://www.intervencion-psicoterapeutica.com)

**Intervención Psicoterapéutica** es un programa modular virtual de Formación Continua de Postgrado en activo desde 2004. Ofrece un total de 16 módulos organizados de forma piramidal. Su objetivo consiste en promover la actualización de los conocimientos **teóricos y prácticos** requeridos por las actividades psicoterapéuticas. Permite acceder a sus titulaciones secuencialmente, a lo largo de 4 años y cuenta con módulos reconocidos como formación teórica, por ASEPCO y por la Asociación Laureano Cuesta, para la **acreditación** ante la **FEAP**

**14 Certificados de Enseñanza Abierta, 6 ó 12 créditos ECTS.** Requisitos: Ninguno.

**Diploma de Experto Universitario** en **Ámbitos de Intervención Psicoterapéutica, 18 créditos ECTS.** Requisitos: Cumplir con los requisitos legales de Acceso a la Universidad y CV relacionado con la materia.

**Diploma de Especialización** en **Intervención Psicoterapéutica, 30 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines.

**Título de Máster** en **Intervención Psicoterapéutica, 60 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines

**Matrículas del 7 de Septiembre al 1 de Diciembre de 2020**

### MÁS INFORMACIÓN



**Fundación General de la UNED**

<https://www.fundacion.uned.es/>

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

**EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

[psicoterapeutica@psi.uned.es](mailto:psicoterapeutica@psi.uned.es)



Fundación UNED

# CONSTRUCTIVISMO, PSICOTERAPIAS COGNITIVAS DE REESTRUCTURACIÓN Y ENFOQUES CONTEXTUALES: UNA COMPARACIÓN DESDE LA DIFERENCIA

## CONSTRUCTIVISM, RESTRUCTURING COGNITIVE THERAPIES AND CONTEXTUAL APPROACHES: A COMPARISON FROM THE DIFFERENCE

**Isabel Caro Gabalda**

Universidad de Valencia. Facultad de Psicología

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Valencia, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro Gabalda, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>

### Resumen

*En este trabajo se establecen las diferencias y convergencias principales entre los modelos cognitivos de reestructuración, los constructivistas y los contextuales. Partiendo de una breve revisión histórica se podrá enmarcar el surgimiento de cada uno de estos enfoques e, igualmente, las diferencias epistemológicas y ontológicas entre ellos.*

*Estos modelos se analizan, principalmente, haciendo hincapié en sus conceptos principales y en las técnicas desarrolladas que, en principio, serían coherentes con su marco teórico. Igualmente, la coherencia entre teoría y práctica se hace evidente mediante el desarrollo de un tipo concreto, y diferente, de relación terapéutica en cada modelo.*

*La conclusión principal sería que, aunque las terapias evolucionan, pudiéndose integrar y combinar, es saludable y conveniente mantener las diferencias entre ellas, dando la bienvenida a las distintas maneras de abordar los problemas psicológicos y de enfocar su tratamiento. Reducirlo todo a un único prisma empobrece nuestro campo de trabajo y su posible evolución.*

**Palabras clave:** Modelos de reestructuración cognitiva, modelo constructivista, terapia de aceptación y compromiso, integración de la psicoterapia.

### Abstract

*This paper analyzes the main differences and convergences between cognitive restructuring, constructivist and contextual models.*

*An initial and brief historical perspective will facilitate to understand the origin of these models, as well as their main epistemological and ontological differences. These models will be mainly analyzed emphasizing their main concepts and techniques that should be, at best, coherent with their theoretical framework. At the same time, the coherence between theory and practice can be observed through the development of a specific and different type of therapeutic relationship, within each model.*

*As main conclusion, we should emphasize that psychotherapies evolve and may be integrated and combined. Nevertheless, it is beneficial and convenient to keep their differences, being open to the different ways of dealing with psychological problems and treatment perspectives. To frame everything within a unique point of view deteriorates our field and its evolution possibilities.*

**Keywords:** Cognitive restructuring models, constructivist model, acceptance and commitment therapy, psychotherapy integration.



Una cuestión importante en nuestros días, dada la tendencia a la integración, podría ser la comparación entre terapias. Por ello, entender qué aporta cada modelo y qué sentido o justificación supone defender, o no, la primacía de unos sobre otros puede ser relevante. Con este trabajo queremos aportar una visión comparativa entre los modelos cognitivos clásicos (de reestructuración), los constructivistas y los contextuales. Cabe señalar que, aunque es difícil postular modelos “puros” (Caro, 2017), la comparación se hará desde una perspectiva que intenta señalar la “esencia”, o la “personalidad” de cada modelo, ya que si no sería complicado desarrollarla. Todos los modelos evolucionan con el tiempo. Sin embargo, nos gustaría asumir que su “esencia” se hace evidente, de forma continua, a través de su foco, conceptos y técnicas principales.

El argumento principal de este trabajo será intentar dar respuesta a si, ¿debe o puede prevalecer un modelo frente a otros? Como respuesta inicial señalar que nuestro hilo argumental será el de buscar diferencias y semejanzas entre estos tres enfoques, respetando las aportaciones de cada uno de ellos.

### **Reflexiones históricas**

Los tres enfoques aparecieron con una finalidad similar: intentar avanzar el campo de las psicoterapias, pervivir y desarrollarse. Así, los modelos cognitivos clásicos (por ejemplo, los de Ellis y Beck) surgieron a finales de los años 50' y mediados de los 60', estableciéndose más plenamente a finales de los 70'. Los 80' suponen el inicio de los modelos constructivistas (por ejemplo, los de Guidano y Mahoney), más asentados en los años 90 (véase un resumen en Caro, 1995).

Para hacer una comparación más precisa nos centraremos en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), como enfoque contextualista. Sus primeros trabajos datan de finales de los 90', aunque los más relevantes surgen a partir del año 2000. Es importante resaltar que la aparición de la ACT va unida al supuesto, desarrollado por Hayes (2004), de que existirían tres olas en terapia de conducta. La 1ª ola acogería los trabajos en terapia de conducta. La segunda ola vería la aparición de la terapia cognitiva de Beck, o la terapia cognitivo-conductual, según Hayes. Esta ola asimilaría a la primera y resolvería tensiones entre terapias. Finalmente, la tercera ola pretende avanzar la terapia cognitivo-conductual, superando sus insuficiencias. Para ello, se defienden las bases empíricas de la terapia de conducta y el giro hacia estrategias de cambio contextuales y experienciales.

Sintetizando mucho (véase una revisión en Caro, 1995), los modelos de reestructuración surgieron amparados por un uso “light” de la terminología del procesamiento de la información (por ejemplo, el concepto de esquema), intentando superar otros modelos existentes, como el psicoanálisis y la terapia de conducta. Las teorías motrices de la mente (Weimer, 1977), la epistemología evolutiva (Maturana y Valera, 1987) y el construccionismo social (Berger y Luckmann, 1966) están en el origen de los enfoques constructivistas. Estos modelos pretendían avanzar el modelo cognitivo desde una perspectiva post-racionalista (Guidano, 1991a).

Finalmente, el modelo contextualista de la ACT supondría una visión actualizada, post-skinneriana, de la terapia de conducta, en el contexto de las 3 *olas* arriba mencionadas (Hayes, 2004).

Siguiendo con esta reflexión histórica, hay que señalar que cada terapia surge impregnada de un particular “espíritu de la época”. Así, este “espíritu” permitiría entender el foco de cada terapia, cómo cada terapia explica al ser humano y sus problemas, al igual que las formas de tratamiento asociadas a ello y el consecuente comportamiento de los participantes en el proceso terapéutico.

### **Nuestros modelos como fruto del siglo XX y del siglo XXI**

Hobsbawm (1994) estructuró el Siglo XX como un tríptico:

1. La época de catástrofes que va desde 1914 hasta el final de la Segunda Guerra Mundial (1945).
2. Tras ella, vino un periodo de 25-30 años, la *Edad de Oro*, con un extraordinario crecimiento económico y transformación social.
3. El final del Siglo XX conoció una nueva era de descomposición, incertidumbre y crisis (en buena parte de África, la ex Unión Soviética y los antiguos países socialistas del Este de Europa). De nuevo, la catástrofe.

Conviene que nos centremos, brevemente, en la Edad de Oro. Ésta produjo un impacto extraordinario, toda una transformación económica, social y cultural, que fue posible gracias a la ciencia y a la tecnología. Rychlak (2003), retomando el trabajo de Bell de 1973, comenta que esta Edad de Oro correspondería a la sociedad industrial, lo que propició la visión del ser humano como dos tipos de máquinas. Por un lado, tenemos una *máquina conductual* que concibe al ser humano moviéndose por dispositivos mecánicos, bajo el control del ambiente. El terapeuta, un “demiurgo” con poderes de control sobre esa máquina, dispone del ambiente para el cambio. Por otro lado, la *máquina cognitiva* necesita que ese demiurgo (el terapeuta) programe la máquina, para que ésta piense mejor en aras a su óptimo funcionamiento.

En definitiva, la Edad de Oro sustenta el origen de las terapias de conducta y cognitivas clásicas. Ambas desarrollan una tecnología que permite mejorar la máquina haciendo que se comporte mejor, o que piense mejor, de forma más racional, con el terapeuta a los mandos de esta máquina.

Por otro lado, aunque sus primeros trabajos surgieron a finales del S. XX, podemos afirmar que las terapias constructivistas y contextuales son hijas del S. XXI, con unos valores y características diferentes a los del Siglo XX. Señalaremos, solamente, aquellos que podemos relacionar, más claramente, con elementos psicoterapéuticos.

Indudablemente, la sociedad del siglo XXI (post-industrial, siguiendo a Bell, en Rychlak, op.cit.) se caracteriza por ser una sociedad del conocimiento, con todo el despliegue de tecnologías de la información y de las comunicaciones. Otro rasgo indudable es el respeto a otras culturas. Por ejemplo, se pasa del occidentalismo al

orientalismo, ejemplificado, en psicoterapia, con la tendencia hacia el *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Teasdale y Williams, 2002). Aunque no es una idea nueva (véase, Rogers, 1961), el principio de igualdad convierte a las terapias, cada vez, en menos jerárquicas. Esto se puede relacionar con el énfasis en el respeto a todos, todos los valores, planteamientos vitales, etc. Un ejemplo de ello lo podemos ver en la ACT con su énfasis en los valores, tal y como luego se expondrá. Finalmente, el ser humano ya no es un ser que se guía por un criterio racional a la hora de tomar decisiones, sino por otro de tipo económico, en el sentido de que el individuo tomará decisiones basándose en aquello que le beneficia (Schirmmacher, 2014).

### **Un breve encuadre epistemológico y ontológico**

En esta búsqueda de convergencias y divergencias entre los tres modelos es conveniente desarrollar, al menos brevemente, una perspectiva epistemológica y ontológica.

La Psicología tiene un claro origen modernista (Pinillos, 1997). La promesa de la modernidad la podemos relacionar, en parte, con esa Edad de Oro del S. XX. Dos cuestiones son importantes. El impulso tecnológico que nos permite el control, y considerar la naturaleza progresiva de la investigación, en cuanto al logro continuo de datos y la comprobación de hipótesis. Así, podemos asumir como terapias típicamente modernistas, a la terapia de conducta (la 1ª ola) y a las terapias cognitivas, en cuanto a los modelos más clásicos, de reestructuración (Caro, 1995; Clark, Beck y Alford, 1999). El énfasis de estos modelos en el control, en el trabajo y mejora de la máquina que ya hemos comentado, junto a ese terapeuta que guía, dirige y controla, puede ser un buen ejemplo de ello.

Este encuadre epistemológico diferencia las terapias aquí comparadas en relación a la evolución de las psicoterapias cognitivas, entendiendo que la aparición del constructivismo introdujo una nueva forma de abordar la explicación del conocimiento humano (Caro, 1995; Villegas, 1992). Lo mismo sucedió con las terapias contextuales que, aun asumiendo su entronque con la terapia de conducta, típicamente modernista (Woolfolk y Richardson, 1984), la avanzan hacia rasgos más postmodernos y constructivistas (Hayes, 2004). Podríamos decir que con la aparición de estos modelos, y por su insistencia en cuestiones como los valores, el género, el texto y la narración, aparece un nuevo lenguaje en terapia, sintonizado con un giro postmoderno, típico de finales del S. XX y del S. XXI.

Todo ello se relaciona con el tipo de sujeto, ya que cada terapia se dirige a un tipo distinto de sujeto, propio de su época. Las psicoterapias cognitivas clásicas se dirigen a un sujeto modernista, típico del S. XX. Es decir, un sujeto racional, occidental, contenido y con límites. De ahí se deriva un Yo individual, estable, singular, esencial y cognoscible (Caro, 2015; Neimeyer, 1998, 2009). Este Yo es inseparable de una psicoterapia que mejora la autorrealización, el autocontrol y la autoeficacia (Neimeyer, 2009).

Existe una importante divergencia entre las psicoterapias aquí comparadas

en relación a este tipo de sujeto. Los modelos constructivistas y contextuales se relacionan con un sujeto de corte postmoderno, típico de finales del S. XX y del S. XXI. Así, tenemos un sujeto fragmentado y saturado, socialmente construido (Gergen, 1991) que supone un self relacional (Mahoney, 2003). El sujeto desaparece (Pinillos, 1997) y todo está en el lenguaje (“yo soy la historia que cuento”; Gergen 1991). El terapeuta que trabaja con este tipo de sujeto intenta pegar los pedazos que se han fragmentado. No gestiona una máquina, sino que ayuda al paciente en su fluir y evolución, y lo hace desde un tipo diferente de relación terapéutica.

Hecha esta breve revisión histórica señalaremos semejanzas y diferencias entre los modelos. Comenzaremos por el modelo cognitivo más clásico, en cuanto al desarrollo realizado por la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotivo conductual de Ellis.

### **Los modelos de reestructuración cognitiva**

*“Un principio central del modelo cognitivo es que el procesamiento humano de la información, o la construcción de significado, influye en todas las experiencias emocionales y conductuales”* (Clark, Beck y Alford, 1999, p. 55).

#### **La aportación conceptual cognitiva**

El foco en los modelos cognitivos clásicos se centra en cómo conocemos y aportamos significado los seres humanos a nuestras experiencias. Muy brevemente, conocemos a través de un filtro interpretativo, mediante esquemas hipervalentes y distorsionados, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos negativos, toda una filosofía irracional (basada en absolutos, falsas atribuciones, etc.; Caro, 2011), etc. En coherencia con todo ello, el trabajo terapéutico se centra en todo este marco interpretativo que distorsiona el significado que damos a nuestras experiencias.

Mostrando la epistemología modernista antes expuesta, una meta cognitiva será la de convertir al ser humano en un científico. El paciente, como científico, debe modificar los patrones erróneos de pensamiento y sus creencias y supuestos desadaptativos, corrigiendo el procesamiento distorsionado de la información. ¿Cómo se desarrollan estas metas? Siguiendo con la metáfora de la máquina, el paciente debe convertirse en una máquina que piense mejor, usando su capacidad racional. De manera que las técnicas desarrolladas buscan que el paciente controle y modifique sus pensamientos para producir cambios en conductas y emociones.

La emoción, por tanto, y aunque existe diversidad de opiniones (Beck, 1985; Ellis, 1962) no deja de ser secundaria a la cognición, y se debe controlar. Este es un aspecto básico del modelo cognitivo, de reestructuración, desde sus inicios. Aunque nunca se descartó que el ser humano fuera pensamiento, emoción y conducta (Beck, 1985), el trabajo terapéutico demuestra una primacía de la cognición frente a la emoción. Se resalta esta cuestión pues es un elemento clave para juzgar la evolución de las psicoterapias cognitivas, del desarrollo crítico del constructivismo frente a las terapias cognitivas clásicas, e igualmente, como veremos más

adelante, este aspecto puede representar una importante diferencia con las terapias contextuales, en concreto con la ACT.

### **La aportación clínica: Los modelos de reestructuración en la práctica**

Técnicas cognitivas, entre otras, como la detección de pensamientos negativos, automáticos, la socialización del paciente en el modelo cognitivo, el debate o diálogo socrático, el desafío de los “debo”, la búsqueda de pensamientos y respuestas racionales y alternativas, el desafío de esquemas, el análisis de la lógica incorrecta, o la comprobación de hipótesis, hacen evidente, a nuestro entender, estas características conceptuales de los modelos cognitivos clásicos. Es decir, con estas técnicas se busca ayudar al paciente a descubrir sus equivocaciones de pensamiento, comprobándolo o validándolo en la realidad, controlando, o disminuyendo sus emociones negativas.

En este enfoque de reestructuración también se emplean técnicas conductuales que tienen una doble función. Se utilizan como técnicas paliativas, para mejorar, aliviar o disminuir síntomas motivacionales (por ejemplo, anhedonia en la depresión), o para paliar síntomas de activación emocional (por ejemplo, síntomas de ansiedad). Sin embargo, un elemento clave en el empleo de estas técnicas radica en emplearlas como ejercicios, tareas, o pequeños experimentos para dotar de base empírica a las cogniciones y así seguir ayudando al paciente a que se convierta en un científico que comprueba sus pensamientos. Esto supone un elemento clave, diferencial, frente a los modelos constructivistas. Si se logran estas metas, se conseguirá desarrollar un conocimiento válido, o asentado en “datos”, al convertir los pensamientos de los pacientes en hipótesis que se comprueban y verifican.

El contexto de aplicación de todo ello requiere de un estilo terapéutico distintivo. Las metas cognitivas se logran en un marco de interacción, dirección y colaboración (concepto de *empirismo colaborador*; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), en donde el terapeuta, en principio, se comporta de forma activo-directiva, trabajando, codo con codo, con el paciente.

La socialización del paciente en los principios básicos del tratamiento supone que éste comprenda que es su filtro interpretativo, todo su marco de supuestos, el que explica el porqué de sus problemas y en ellos estriba el foco terapéutico. Y esto se lleva a la práctica con un estilo terapéutico de corte “intelectual”, haciendo evidente que, con la ayuda de la razón, el paciente puede lograr distanciarse de sus pensamientos problemáticos y hacerlos más cercanos a hechos, o dotarles de base empírica. Así, el paciente se convierte en un científico, y el trabajo terapéutico se puede explicar mediante la *metáfora del maestro-alumno*.

Buena parte de este trabajo conjunto, paciente-terapeuta, se refleja en el amplio uso que se hace de tareas terapéuticas, mediante las cuales el paciente va a lograr aplicar lo “aprendido” en terapia, a la vida “real”. Acudirá a sesión con estas tareas que se revisarán y recibirá feedback por parte de su terapeuta.

En definitiva, este es un modelo activo de tratamiento que da una importancia

primordial a los procesos (sobre todo, distorsionados) mediante los que un ser humano construye sus experiencias y les da significado, buscando un conocimiento más válido.

### Los modelos constructivistas

*“En las ciencias sociales, el constructivismo se ha empleado con dos significados: como una descripción del organismo como un agente activo en su propio desarrollo continuo, y como una forma de destacar los contextos sociales que construyen y orientan nuestros esfuerzos al conocer, comunicar y llegar a ser”* (Mahoney, 1991, p. 96).

### La aportación conceptual constructivista

El constructivismo acoge una serie de enfoques y, por regla general, desafía cualquier intento de definición. No obstante, para Mahoney (2003), “un punto de vista constructivo sobre la experiencia humana es aquel que enfatiza la acción significativa mediante el desarrollo de un ser en relación” (p. 5). En esta definición, observamos uno de los elementos clave del ser humano del S. XXI, el self relacional.

El foco constructivista es radicalmente diferente al de los modelos de reestructuración. En primer lugar, se debe destacar la primacía o el relevante papel que juegan las emociones como fuente de conocimiento (Mahoney, 1991), ya que las emociones dirigen nuestra atención, moldean nuestras percepciones y organizan nuestros recuerdos, motivándonos en nuestro aprendizaje. Su implicación en el cambio terapéutico es indudable. Por ejemplo, Neimeyer (2009) asume que “todo cambio terapéutico se origina en momentos de intensidad experiencial” (p. 97).

Un foco importante constructivista está en el self y en su desarrollo. Según Guidano (1991a), se puede decir que toda psicoterapia es, en cierto sentido, una psicoterapia del sí mismo, o un acto de asistencia del terapeuta en esa auto-organización. A la perspectiva única del agente que experiencia se le da una gran importancia, siempre y cuando se tenga en cuenta que el self no es una entidad, sino un proceso y que en modo alguno está aislado o separado. Surge y cambia, fundamentalmente, en relación con los otros (Mahoney, 2003).

Siguiendo principios construccionistas sociales, las relaciones socio-simbólicas son clave en esta organización y desarrollo del self tal y como resume Mahoney (op. cit.). De manera que la organización activa del self tiene lugar no sólo “en” un cuerpo, sino simultáneamente “con” y “a través” de vínculos sociales y sistemas de símbolos. Los humanos somos criaturas sociales, y no hay forma significativa de separar nuestra capacidad de vincularnos socialmente, de nuestras capacidades simbólicas. La forma y estructura de nuestro pensamiento es relacional. En este sentido, y tal y como señalábamos anteriormente, se asume que desarrollamos nuestra experiencia y nos relacionamos con los demás a través de historias y de narraciones (Bruner, 1986).

El modelo constructivista es no determinista. Se postula la gran capacidad

agente del ser humano, que es un participante proactivo en su vida. Aunque podemos reaccionar sin reflexionar o de manera condicionada, sobrevivimos y damos sentido a nuestras experiencias de manera *proactiva*. Somos agentes que actuamos *en y sobre* el mundo (Mahoney, 2003). Esta cuestión de un ser humano proactivo es clave, según Mahoney (1991), para diferenciar este modelo, del modelo de reestructuración.

La explicación que ofrece el modelo constructivista sobre el cambio terapéutico tiene unos rasgos diferenciales, ya que se entiende el ser humano en una evolución continua. En primer lugar, el ser humano, como metaforiza el mito de Sísifo, está inmerso en ciclos y espirales de experiencia. “Subimos y bajamos por la ladera”, continuamente. El cambio, ante nuevas experiencias que debemos asimilar, es oscilante y difícil. Como plantea Mahoney (2003) en su análisis de este proceso, a veces nos desarrollamos consiguiendo pequeños logros. Otras veces, la vida nos demanda un avance mayor. Cuando los cambios son grandes, podemos experimentar una revolución personal. Ante cambios que nos superan y que se nos demandan (en terapia y fuera de ella), nos comportamos de forma rígida, nos desorganizamos y nos resistimos. Entonces, el papel del terapeuta debe ser el de facilitar y apreciar esta posibilidad de cambio y las dificultades del paciente para lograrlo, entendiendo que éste refleja, según Guidano (1991a) y Mahoney (1991), el desarrollo dinámico de un sistema de auto-organización.

Las metas constructivistas intentan llevar a la práctica sus rasgos conceptuales principales y lo hacen desarrollando, en segundo lugar, una perspectiva teleonómica y no teleológica (típica de los modelos de reestructuración y de la ACT). Una postura teleonómica supone que la terapia no se organiza, o “prescribe”, la consecución de determinadas metas para el logro de un desenlace final, fijado de antemano. En su lugar, el desarrollo y organización de la terapia se va desplegando, evolucionando, en el momento-a-momento del propio proceso terapéutico (Mahoney, 1991).

### **Los modelos constructivistas en la práctica**

Si toda psicoterapia es un acto de auto-organización (Guidano, 1991a), una meta importante será la de lograr comprender los patrones de orden y de organización del sí mismo. Igualmente, se intentará entender las historias de vida que cuentan los clientes. Si el ser humano es texto y narración (Bruner, 1986), se asume que los clientes acuden a psicoterapia con una historia que contar (Polkinghorne, 1988) que no es *válida*, ni *inválida*, sino que se cuestiona ya que refleja cómo el individuo intenta dar orden a sus experiencias, de una forma *viable*. El conocimiento, en el modelo constructivista, no se modifica hacia su *validez* (un rasgo típico de los modelos de reestructuración), sino hacia su *viabilidad*, es decir, si es funcional o no, nuestra forma de construir nuestras experiencias. Desde esta perspectiva, no se guía al cliente para que ajuste o alinee el pensamiento con la realidad, sino para que intente descubrir qué alienta o qué obstaculiza las continuas experiencias cambiantes. Es decir, que el cliente entienda que es un ser humano en proceso

(Guidano, 1991a).

El modelo constructivista promueve la *reflexividad* del cliente. Siguiendo a Neimeyer (2009), el cliente debe conocer, ser consciente y desarrollar un compromiso con una experiencia emocionalmente significativa, para que entienda cómo da significado a sus experiencias, detectando sus pautas principales. Esto se consigue con una postura menos interpretativa por parte del terapeuta, más experiencial. No quiere decir que no se realicen interpretaciones, sino que, a diferencia del modelo de reestructuración, y siguiendo con la cuestión de la viabilidad del conocimiento, lo que importa no es tanto la validez de la interpretación (en el foco de un determinado trabajo conjunto cliente-terapeuta), sino en qué medida dicha interpretación se corresponde con la verdad emocional del cliente. Así, “la terapia constructiva ofrece una relación humana auténtica en la que se anima a los clientes a experimentar a su manera, explorar lo que ha sucedido y sucede en sus vidas, y experimentar con las posibilidades para vivir más plenamente” (Mahoney, 2003, p.9). Esta cita nos introduce en un elemento importante del constructivismo: el tipo de relación terapéutica o el estilo particular del terapeuta constructivista.

El trabajo terapéutico constructivista se rige por lo que Neimeyer (2009) denomina las 3 “pes”. Éstas se comprenden si asumimos que la terapia es una transacción entre dos personas, sincronizadas y con un principio determinante, seguir *la huella del afecto*.

**1. Presencia del terapeuta.** El terapeuta debe estar totalmente disponible, ser empático y respetuoso, para el cliente y sus preocupaciones, sin centrarse en otro tipo de agendas, ni ofrecer lecciones de vida, intentando no ser “demasiado visible”. Como diría Guidano (1991b) convirtiéndose en un *perturbador estratégicamente orientado*, siendo esto un elemento descriptivo clave del terapeuta constructivista (Quiñones y Ugarte, 2019).

2. El **proceso** es el medio en el que se desarrolla el “drama” de la terapia. Siguiendo esta metáfora, el terapeuta eficaz atiende, de igual modo que el director de una obra de teatro, al despliegue de la acción que tiene lugar en la consulta. El terapeuta es director y también actor, sin necesidad de seguir un guión escrito de antemano.

Otro aspecto importante del proceso es la *sincronización* o encontrar la intervención más oportuna en un determinado momento. Así se evitará cometer dos pecados capitales (*errores de rastreo*): ir demasiado deprisa o demasiado lento.

3. **Los procedimientos clínicos.** Estos apuntan a objetivos específicos y se basan en estrategias de cambio identificables, aunque la práctica de la psicoterapia postmoderna no se caracteriza por una agenda establecida de antemano. Según el modelo constructivista dispondremos de un tipo de procedimiento y estructuración diferentes. Por ejemplo, Mahoney (1991) señaló que la terapia podía ser como una consulta intermitente a largo plazo, siendo el terapeuta un guía o compañero de viaje para el cliente. Otros enfoques de corte evolutivo plantean procedimientos que pueden durar años, distinguiéndose entre unas fases que facilitan el cambio

terapéutico y una continuación de la terapia que permita cerrarla mediante un análisis de tipo evolutivo (e.g., Guidano, 1991a).

Como asume Neimeyer (2009), que haya variabilidad dentro del constructivismo, no quiere decir que estas terapias sean erráticas, ineficaces o carentes de toda dirección. Con ello, se hace evidente uno de los rasgos diferenciadores entre los modelos cognitivos modernistas y los postmodernos, ya señalado: la *teleología* (terapias orientadas hacia un objetivo establecido de antemano) frente la *teleonomía* (se despliega con el paso del tiempo, una evolución significativa cuyo desenlace final no puede hallarse previamente establecido).

Finalmente, hay que señalar que este planteamiento conceptual tiene un claro reflejo en el desarrollo y elección de técnicas principales, evidenciando un claro eclecticismo de base. Como planteó Kelly (1955/1991), estas terapias puede ser técnicamente eclécticas, pero su fundamento teórico es coherente. Si las *técnicas son como lenguajes*, cuantas más lenguajes/técnicas hablemos, mucho mejor. El siguiente listado (tomado de Mahoney, 2003) ejemplifica muy bien todo ello, en el contexto constructivista:

- Técnicas para centrarnos y para lograr el equilibrio
- Ejercicios de respiración
- Meditación y mindfulness
- Técnicas narrativas, como escritos terapéuticos o el proyecto de revisión de vida
- Técnicas conductuales, por el énfasis en la acción y la actividad
- Técnicas cognitivas, de reestructuración
- Yoga, Tai Chi
- Estiramientos
- Música y danza
- Masajes
- Solución de problemas
- Animales de compañía
- Trabajo con la voz
- Terapia del rol fijo
- Ejercicios de habilidades espirituales
- Uso de la fantasía
- Tiempo de espejo
- Etc.

### **Los modelos contextuales: la terapia de aceptación y compromiso**

*“La propuesta de la ACT es la aceptación de los eventos privados que no pueden ser cambiados mientras se aprende a cambiar lo que sí se puede y se elige cambiar actuando en dirección a valores”*

(Luciano y Molina, 2003, p. 194).

### Cuestiones conceptuales

En el campo contextual se dispone de distintos enfoques (Hayes, 2004; Öst, 2008). No obstante, y por cuestiones de espacio, nos centraremos en la terapia de aceptación y compromiso, la ACT, que no son siglas, exclusivamente, sino el énfasis que se pone en esta terapia en ACTUAR.

La ACT y otros enfoques contextuales, como la psicoterapia analítica funcional (véase al respecto, Pérez, 1996) surgen como un intento de paliar las deficiencias de los modelos clásicos cognitivos, preocupados por el foco y la alteración del contenido cognitivo, tal y como ya se ha expuesto. La crítica que la ACT hace a todos los modelos es que su versión sobre la “enfermedad y la salud mental” no permite abordar la condición humana en toda su extensión. Es decir, entender que somos organismos verbales (Luciano, 2005).

Así, según Hayes (2004) la ACT desarrolla un enfoque post-skinneriano sobre el lenguaje, en torno a la teoría del marco relacional. Para esta teoría, al ser organismos verbales, el lenguaje influye en el control relacional o simbólico de los estímulos, es decir, en el denominado aprendizaje relacional. Según esta teoría, “el centro del lenguaje y la cognición humanas es la habilidad, aprendida y contextualmente controlada, para relacionar eventos de forma arbitraria, de forma mutua y en combinación, y para cambiar las funciones de los eventos específicos basadas en sus relaciones con los otros” (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006, p. 5).

Su base filosófica es el *contextualismo funcional* que entiende lo psicológico como un producto de la historia de cada persona. Pensar y sentir son una construcción socio-verbal que nos lleva a considerar la relación entre eventos privados y acciones como consecuencia de una interacción social arbitraria (Wilson y Luciano, 2002). Por ello, esta teoría se puede emplazar en los rasgos, ya señalados, del S. XXI, acercándola a planteamientos constructivistas.

Tal y como se ha dicho, y en primer lugar, el foco de la ACT no está en alterar los contenidos cognitivos o los eventos privados, sino en exponer al cliente (en un juego terapéutico diferente) a dichos eventos. Para ello, se pretende cambiar el contexto (véase, más adelante, los 6 principios básicos) en donde aparecen dichos contenidos cognitivos. Siguiendo a Luciano y Molina (2003) un contexto importante es el de *dar o buscar explicaciones*. Por ejemplo, una cliente puede pensar: “Si lloro es porque estoy deprimida”. Otro contexto puede ser el del *control de la emoción y la cognición*, así que podemos pensar “debo huir cuando tengo miedo”. Finalmente, otro ejemplo de un contexto importante es el de la *literalidad del lenguaje*. Por ejemplo, adscribirnos la etiqueta de “depresión” puede influir en que nos comportemos, hablemos, nos movamos, “de forma depresiva”.

En segundo lugar, y aquí tenemos una importante diferencia frente a los modelos cognitivos clásicos, lo que se pretende es que el cliente entienda que su relación con los eventos privados (cogniciones o emociones, por ejemplo) tiene que ser diferente, lo que se logra abandonando el control frente a ellos. Consecuente con este planteamiento, la ACT se focaliza en el denominado *trastorno de evita-*

*ción experiencial* (TEE). Este trastorno es típicamente de orden verbal y se puede relacionar con toda una lógica cultural y con toda una tecnología de cura que la sustenta de manera clarísima, desde el mismo inicio de la psicoterapia. Al individuo se le dota de estrategias de control sobre aquello que le molesta, preocupa, etc., ya que se supone que el sufrimiento se debe evitar y que esta evitación, huida, etc. debe lograrse a toda costa. Por todo ello, los clientes que mejor se ajustan a la ACT son aquellos que llevan toda su vida embarcados en esta evitación experiencial, luchando contra sus eventos privados (Wilson y Luciano, 2002).

De manera que el TEE nos está describiendo un rasgo típico de la sociedad occidental, ejemplificado en la lógica de los principales modelos psicoterapéuticos. Como comentan Hayes, Strosahl y Wilson (1999) la persona, enmarcada en un contexto cultural específico, intenta alterar la forma, la frecuencia y las condiciones o contextos de sus experiencias privadas. Así, una persona que sufre de ansiedad podría decirse: “si huyo de algo es porque tengo miedo, luego debo evitarlo. Mis síntomas indican, realmente, que tengo ansiedad y la ansiedad es peligrosa o mala y debo evitarla”.

### **El modelo de la ACT en la práctica**

La meta principal de la ACT es la de lograr la flexibilidad psicológica, relacionada con el distanciamiento comprensivo y con 6 procesos básicos que expon-dremos, brevemente.

La *aceptación* supone hacer lo contrario de aquello para lo que estamos socializados: *el control* (Hayes y Wilson, 1994). Hay que intentar lograr que el cliente dé la bienvenida a aquello que ha estado evitado toda la vida, siguiendo lo planteado mediante el concepto del TEE. Se debería conseguir que el cliente lograra una *desesperanza creativa* (Hayes et al., 1999), es decir, que entendiera que toda su vida ha hecho A para reducir B, y que esto no le ha funcionado, por lo que debe dejar de hacerlo. Esta cuestión de una “solución” repetida muchas veces, sin éxito y en la que seguimos implicados, no es nueva en psicoterapia. Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) ya nos advirtieron que tuviéramos en cuenta que muchas veces, la “solución se convierte en el problema”.

Por centrarse en las funciones del lenguaje, es importante que el cliente logre una nueva actitud frente a éste, concretada en los procesos de *defusión cognitiva* y de *desliteralización del lenguaje* que permiten “abrir una mente” (Hayes y Wilson, 1994). Por ejemplo, el foco en el contenido del pensamiento, “soy un fracaso”, se modifica. Se invita al cliente (usando el Yo como contexto) a que, en su lugar, se diga, “Yo estoy teniendo el pensamiento que soy un fracaso”. El verbo “ser” nos trae problemas (Korzybski, 1933/1958; véase, al respecto la comparación entre la ACT y la terapia lingüística de evaluación; Caro, 2016), por lo que mediante estos procesos se ayuda al cliente a que no esté inmerso en esta literalidad del lenguaje.

La búsqueda de la defusión cognitiva pretende evitar la literalidad del pensamiento humano (Hayes, Pistorello y Levin, 2012), en el contexto de la literalidad

del lenguaje. Así, las palabras no se apropiarán del significado de los objetos a los que se refieren (Pérez, 1996).

El modelo contextual de la ACT desarrolla una teorización sobre el sí mismo en el que éste se convierte en un *contexto* (Hayes, Strosahl, Buntig, Twohig y Wilson, 2004), es decir, en un sí mismo observador (Twohig y Hayes, 2008). Disponemos de un Yo que se da cuenta de las experiencias en el aquí y ahora, pero lo que define al Yo no son las experiencias en sí, sino ese darse cuenta de ellas. Este sentido del self es el resultado de comprender que las observaciones están hechas desde un locus consistente: Yo/aquí/ahora. En términos legos, es el “yo” que está “detrás de tus ojos”, el “yo” que se da cuenta de las experiencias, no las experiencias en sí.

Darse cuenta de sus experiencias (“estoy teniendo un pensamiento...”) implica al cliente en un proceso de aceptación que facilita no buscar el control a toda costa, ya que las experiencias y los pensamientos no amenazan al sí mismo.

Otro proceso básico tiene que ver con *estar en el presente*. El cliente debe aprender a estar en contacto, esto es, a ser capaz de experimentar, de forma consciente, evitando evaluar o enjuiciar los eventos internos y externos (Twohig y Hayes, 2008). Este “estar en el presente” tiene, por tanto, un papel fundamental para trabajar con el TEE. Ahora bien, en la conceptualización de este proceso nos aparece una importante diferencia frente a los otros modelos, aquí comparados. Se asume, como hacen, por ejemplo, Twohig y Hayes (op. cit., p. 12) que el cliente debe experimentar el mundo interno y externo como “realmente es”, para lo cual dispone de dos tipos de habilidades. Las primeras para experimentar abiertamente, y en su totalidad, lo que está ocurriendo en el momento presente, y las segundas para describir y etiquetar los eventos sin ningún juicio. Partiendo de esta cuestión, debemos señalar la gran diferencia, a nuestro entender, entre este modelo y cualquiera de tipo cognitivo, sobre todo, de tipo constructivista. Brevemente, en el constructivismo se asume, por ejemplo, una postura relativista en cuanto que la realidad es una construcción individual o colectiva, de orden, sobre nuestras experiencias (Mahoney, 1991). Es decir, que un constructivista no asumiría que se pueda experimentar la realidad “como realmente es”.

Los dos últimos procesos tienen que ver con los valores y la acción comprometida. Los *valores* serían acciones conducentes para desarrollar aquello que consideramos un “valor” para nosotros. No suponen poseer algo, sino que se relacionan con las áreas de la vida que decidimos perseguir momento-a-momento. Desde este punto de vista, los valores guían y dirigen la terapia. Podemos elegirlos en relación a la familia o los amigos, el cuidado de nuestra salud, la vinculación con nuestro trabajo o la sociedad, nuestro papel como ciudadanos, etc. (Twohig y Hayes, 2008).

Se asume, entonces que, en función de los valores elegidos, vamos a poder implicarnos en la *acción comprometida y saludable* o en la construcción de metas y patrones de vida, mayores y más duraderos. Indudablemente, y en coherencia con los procesos anteriores, la acción comprometida no va a estar en evitar, en controlar, sino en hacer actividades que refuercen patrones nuevos y diferentes.

Los valores, por tanto, alteran funciones relacionales, ya que ofrecen un patrón alternativo. Por ejemplo, un agorafóbico que evita exponerse en lugares públicos, con gente, puede darse cuenta de que al hacerlo está perjudicando a su familia. En lugar de su conducta de evitación, y para poder disfrutar de su familia compartiendo su tiempo y actividades con ella, puede elegir, como valor y acción comprometida, exponerse en lugares públicos.

El estilo terapéutico está en la línea de los conceptos y metas descritos, siendo la relación terapéutica muy importante (Luciano y Molina, 2003). El terapeuta es activo y debe mostrar aceptación y una actitud compasiva ante su cliente. Al igual que al cliente, cabe demandarle que sepa guiarse por sus valores y no se deje influir por la literalidad del lenguaje.

Para terminar con esta exposición de la ACT, enumeraremos algunas de las técnicas que se emplean en este enfoque. Partiendo de Strosahl, Hayes, Wilson y Gifford (2004), el siguiente listado (no exhaustivo) nos da una idea de la diversidad de las técnicas y estrategias empleadas en la ACT.

- √ Ejercicios conductuales: exposición
- √ Numerosos “juegos” con metáforas
  - √ La persona en el hoyo
  - √ Alimentar al tigre
  - √ Bajar una colina esquiando
  - √ Los muebles en la casa
  - √ Montar en bicicleta
- √ Escribir sobre eventos dolorosos
- √ ¿Qué epitafio pondrías en tu tumba?
- √ Técnicas de conciencia plena
- √ Leer nuestra mente
- √ Conciencia experiencial
- √ Oración de la serenidad
- √ Cambiar el lenguaje: “Estoy teniendo el pensamiento...”
- √ Usar voces estúpidas al decir los pensamientos

### **Conclusión: Convergencias y divergencias entre los tres modelos**

En el Cuadro 1 se resumen los principales elementos desarrollados, en distintos apartados. Como podemos apreciar, existe una gran divergencia entre los modelos aquí comparados. Sería una conclusión importante afirmar que el constructivismo, en terapia cognitiva, avanzó el modelo cognitivo hacia elementos no tenidos en cuenta, desarrollándolo hacia perspectivas nuevas y diversas.

Por su parte, nos gustaría asumir que no existe ninguna convergencia entre las terapias de reestructuración cognitiva y la ACT. La ACT se planteó (Hayes, 2004) como una superación del modelo clásico, cognitivo, para resolver polémicas. Sin embargo, en nuestra opinión, no lo supera, sino que, simplemente, es diferente en foco, objetivo y métodos. Podemos relacionarlos, compararlos, etc., pero esto no

Cuadro 1. Resumen comparativo entre los tres modelos.

	MODELOS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	MODELOS COGNITIVOS CONSTRUCTIVISTAS	MODELOS CONTEXTUALES (ACT)
FOCO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PROBLEMAS DE PENSAMIENTO</li> <li>✓ DISTORSIONES COGNITIVAS</li> <li>✓ IDEAS IRRACIONALES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EMOCIONES</li> <li>✓ SELF EN PROCESO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL</li> </ul>
TRABAJO TERAPÉUTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ SUPUESTOS Y ACTITUDES DISFUNCIONALES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ COMPRENDER Y FACILITAR EL DESARROLLO DEL SELF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ALTERAR EL CONTEXTO</li> </ul>
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ CORREGIR EL PENSAMIENTO DISTORSIONADO</li> <li>✓ HACER EL PENSAMIENTO MÁS VÁLIDO</li> <li>✓ TELEOLÓGICO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ DESARROLLAR NUESTRO SÍ MISMO EN PROCESO</li> <li>✓ LOGRO DE LA RE-FLEXIVIDAD</li> <li>✓ TELEONÓMICO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ FLEXIBILIDAD COGNITIVA</li> <li>✓ DISTANCIAMIENTO COMPRESIVO</li> <li>✓ TELEOLÓGICO</li> </ul>
ESTILO TERAPÉUTICO Y PAPEL DEL TERAPEUTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ACTIVO-DIRECTIVO</li> <li>✓ GUÍA</li> <li>✓ ENSEÑAR A PENSAR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ FACILITADOR DEL CAMBIO</li> <li>✓ DIRECTOR Y ACTOR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ACTIVO</li> <li>✓ COMPASIVO</li> <li>✓ BASADO EN VALORES</li> </ul>
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TÉCNICAS PROPIAS QUE AYUDEN A PENSAR DE FORMA MÁS RACIONAL, VÁLIDA</li> <li>✓ DOTAR DE BASE EMPÍRICA AL PENSAMIENTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TÉCNICAS PROPIAS Y TAMBIÉN ENFOQUE ECLÉCTICO</li> <li>✓ DESARROLLO DE UN CONOCIMIENTO VIABLE</li> <li>✓ ALENTAR LA REFLEXIVIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ECLECTICISMO DE BASE</li> <li>✓ TÉCNICAS PROPIAS PARA DETECTAR Y MODIFICAR EL TEE</li> </ul>

implica que un modelo supla o asimile al otro.

La comparación constructivismo y ACT también encuentra diferencias de foco, objetivos, técnicas, etc., aunque hay algunos puntos de convergencia, por ejemplo, respecto al estilo terapéutico, o la importancia de un enfoque diferente sobre las emociones.

En definitiva, y como conclusión integradora, nos gustaría señalar que las terapias se definen por lo que aportan. Y, en este sentido, todas tienen algo que aportar al complejo (y en continua evolución) campo de las psicoterapias, por lo que se hace difícil juzgar la primacía de unas frente a otras. A pesar de la evolución de algunas, o de su cercanía entre ellas o hacia alguna de ellas, nos gustaría asumir, como se ha hecho al inicio, que la “esencia” o la “personalidad” de cada

terapia sigue estando allí, y es un claro reflejo del momento en que surgió, justificando su foco y finalidad. Nos queda, por tanto, algo tan saludable como resaltar las diferencias entre terapias y aceptarlas, asumiendo, como un importante valor, la posibilidad inevitable, la riqueza que supone, compartir el amplio campo de los tratamientos psicológicos.

## Referencias bibliográficas

- Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 325-348). Nueva York, NY: Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7562-3>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Londres, Reino Unido: Penguin.
- Bruner J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caro, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao, España: DDB.
- Caro, I. (2015). The subject in cognitive psychotherapy. *Anales de Psicología*, 31(2), 379-389. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.200201>
- Caro, I. (2016). La terapia lingüística de evaluación y la terapia de aceptación y compromiso: Una reflexión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 113-124. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990002.pdf>
- Caro, I. (2017). ¿Es posible la integración en psicoterapia? *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 59-74. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.200>
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (Eds.) (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York, NY: Wiley.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York, NY: Stuart.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. Nueva York, NY: Basic Books. <https://doi.org/10.2307/j.ctt4cgb2q.64>
- Guidano, V. (1991a). *The self in process*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Guidano, V. (1991b). Affective change events in a cognitive therapy system approach. En Safran, J. D. y Greenberg, L. S. (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp. 50-79). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J. y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177%2F0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. y Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Nueva York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>
- Hobsbawm, E. (1994). *Historia del Siglo XX*. Buenos Aires, Argentina: Crítica.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York, NY: Delacorte.
- Kelly, G.A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Vol. 2. Nueva York, NY: Norton (Trabajo original publicado en 1955).
- Korzybski, A. (1958). *Science and sanity. An introduction to non-aristotelian systems and General Semantics* (4 ed.). Lakeville, MN: Institute of General Semantics (Trabajo original publicado en 1933).

- Luciano, M. C. (2005, noviembre, 14). La terapia de aceptación y compromiso. Una nueva forma de entender los problemas y su solución. *Infocop*. Recuperado de: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=444](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=444)
- Luciano, M. C. y Molina, F. J. (2003). El trastorno de evitación experiencial y la terapia de aceptación y compromiso. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones* (pp. 191-210). Barcelona, España: Paidós.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: a practical guide*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Maturana, H. R. y Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston, MA: Shambhala.
- Neimeyer, R. A. (1998). Social constructionism in the counselling context. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(2), 135-149. <https://doi.org/10.1080/09515079808254050>
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy: Distintive features*. Nueva York, NY: Routledge.
- Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 46(3), 296-321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Pinillos, J. L. (1997). *El corazón del laberinto*. Madrid, España: Espasa.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Nueva York, NY: State University of New York Press.
- Quiñones, A. y Ugarte, C. (2019). Investigación del estilo personal del terapeuta post-racionalista: Una revisión. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 7-16. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.281>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin. <https://doi.org/10.1007/BF01560065>
- Rychlak, J. F. (2003). *The human image in postmodern America*. Washington, DC: APA. <https://doi.org/10.1037/10565-008>
- 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.
- Schirmacher, F. (2014). *Ego: las trampas del juego capitalista*. Madrid, España: Ariel.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G. y Gifford, E. V. (2004). An ACT primer. Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31-58). Nueva York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
- Twohig, M. P. y Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression and anxiety*. Oakland, CA: Context Press.
- Villegas, M. (1992). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3(12), 5-16. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/1231/s/hermeneutica-y-constructivismo-en-psicoterapia/category/3/>
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. Nueva York, NY: Norton.
- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of mind. En R. Shaw y J.D. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing* (pp. 267-311). Hillsdale, MI: Erlbaum.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid, España: Pirámide.
- Woolfolk, R. L. y Richardson, F. C. (1984). Behavior therapy and the ideology of modernity. *American Psychologist*, 39(7), 777-786. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.7.777>

# El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica

Ramon Rosal Cortés

editorial  
MILENIO

# LA PSICOTERAPIA COMO CONVERSACIÓN CONTEMPLATIVA

## PSYCHOTHERAPY AS CONTEMPLATIVE CONVERSATION

María Teresa Miró

Universidad de La Laguna , Facultad de Psicología. Tenerife. Islas Canarias, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0059-7703>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Miró, M. T. (2020). La psicoterapia como conversación contemplativa. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 133-145. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.411>

### Resumen

Se presenta la visión de la psicoterapia como una conversación contemplativa. Como preliminar a la conversación contemplativa se propone el Entrenamiento en Atención Consciente y se ofrece un modelo en 30 sesiones (EAC/ULL). Se plantea la naturaleza ontológica de la conversación en la vida humana y se ofrecen ejes para comprender su profundidad y alcance. También se aborda la investigación neurocientífica actual para acercarse al tema de la contemplación. Por último, se abordan cuestiones prácticas para utilizar este enfoque en la sesión terapéutica.

Palabras clave: neurociencia contemplativa, contemplación, conversación terapéutica.

### Abstract

The conception of psychotherapy as contemplative conversation is presented. As preliminary request training in Conscious Attention is required, a 30 session model of how to do it is offered, the EAC/ULL. The ontological nature of conversation in human life is explored and tools are offered to reach out for its depth and amplitude. To address the topic of contemplation, neuroscientific research is reviewed. Likewise, practical implications for the therapeutic sessions are derived from this approach.

Keywords: contemplative neuroscience, contemplation, therapeutic conversation.



*(...) el psicoanálisis no es una ciencia en el mismo sentido que la física y la química, sino una forma secular de espiritualidad (Safran, 2003, p. 2).*

## **Introducción**

Conviene empezar por el contexto:

Cuando hace unos meses, el director de esta revista, Luí́s ́ngel Sául, me habĺ de la idea de hacer un monogŕfico sobre la conversacíon en la psicoterapia, me sent́ inmediatamente atráida por el proyecto. Me compromet́ con ́l a enviarle un art́culo con este t́itulo. Cuando adquiŕ ese compromiso, yo no pensaba que habŕ algo que desviaŕ mi atencíon de este tema completamente. Este algo es la COVID-19.

La decana de mi Facultad de Psicoloǵa y Logopedia de la ULL, Ḿa ́ngeles Alonso, me llaḿ para pedir mi colaboracíon en una ṕgina sobre el coronavirus, cuyo proṕsito era no ślo informar sobre el virus, sino tambín ofrecer recursos para paliar la situacíon entre los sanitarios y tambín la poblacíon en general. En concreto, se me ped́ colaborar ofreciendo alǵun remedio ante la ansiedad y la depresíon. Le dije que sin problemas, que iba a grabar una serie de audios para entrenar la Atencíon Consciente como veh́culo para canalizar las enerǵas de la conciencia y salir de la crisis. Mi propia atencíon se centŕ en la tarea.

Este entrenamiento est́ hoy en d́a disponible en 30 sesiones breves de unos 10 minutos, en la seccíon Recursos para la Poblacíon General, de la ṕgina [www.ull.es/coronavirus](http://www.ull.es/coronavirus)

## **El Entrenamiento en Atencíon Consciente de la Universidad de La Laguna (EAC/ULL)**

Aunque el programa est́ en internet y se puede consultar libremente, haŕ una breve descripcíon en el contexto de este art́culo, por dos razones. Primera, porque el Entrenamiento en Atencíon Consciente constituye un preliminar para la conversacíon contemplativa. El programa proporciona un mapa de la conciencia que resulta ́til tanto para la pŕctica formal como para la informal. Explica ćmo se puede trabajar con las conciencias sensoriales, que son la ventana a la percepcíon exterior, y la conciencia corṕrea, ventana al interior, ḿs la conciencia mental y la conciencia interpersonal. Con un mapa aś es mucho ḿs f́cil trabajar con los estados mentales negativos y tambín con los positivos. El proṕsito del programa es que el practicante adopte una pŕctica, formal e informal, de la Atencíon Consciente en su vida.

La primera tarea era obvia: ofrecer formas ŕpidas y efectivas de “traer la atencíon a casa” como dicen mis colegas del Hospital La Paz en Madrid quienes, liderados por Beatriz Rodŕguez Vega, han puesto un programa parecido al EAC/ULL. La primera sesíon de este programa se titula “Una pausa para la conciencia”, con instrucciones precisas. Las siguientes 3 sesiones se dedican a informar sobre el estŕs, junto con saber qú hacer para relajarse de manera ŕpida y eficaz.

Después se explica la práctica fundamental y se dan instrucciones para construirse un *ricón sagrado*.

La práctica fundamental se describe a partir de 3 compromisos que el practicante adquiere consigo mismo. Estos compromisos son:

- 1) Quietud corpórea. Incluye: saber enraizarse en la postura, saber sentir las sensaciones del contorno del cuerpo. Entender el papel de la postura corpórea en el trabajo con la Atención Consciente. Todos estos elementos resultan útiles a la hora de trabajar con la percepción interna del propio cuerpo.
- 2) Familiarización con la atención focalizada de la respiración sentida en un soporte preciso y a mano. Aquí hay un aspecto muy sutil, que yo aprendí de mi maestra, la lama Tashi. Se trata de la tendencia a agarrar el soporte. El gesto de agarrar resulta contrario al tipo de atención pasiva que se persigue con la práctica.
- 3) Retornar al soporte. Soltar la distracción. Percepción de cambios y conflictos atencionales. Trabajo con la actitud hacia las propias lagunas en la atención. Amabilidad y cariño.

El objetivo fundamental de esta práctica es ayudar al practicante a estabilizar la atención. A la vez, ayuda a comprender la naturaleza de la conciencia, la naturaleza del hacerse consciente, el darse cuenta. La cuestión aquí es que la conciencia normalmente llega tarde. Dice Zambrano (1958/1998):

A menudo ocurre, tanto en la vida personal como en la historia, que sólo en ciertos momentos excepcionales los hechos corresponden con los deseos. Realmente, lo que caracteriza la experiencia humana es exactamente la doble necesidad que subyace a toda acción: por un lado, requerida por la circunstancia, el hombre debe afrontar el desafío que la circunstancia le plantea continuamente, y al que debe responder aun a costa de ser aniquilado; por otra parte, debe obedecer su propia condición interna. Precisamente en eso reside la tragedia de la experiencia humana: todo hombre se conoce a sí mismo, incluso antes de pensar, mientras va haciendo y realizando; sólo conoce después de haber actuado. Cuando hace lo que más responde a sus pasiones, a sus anhelos, lo hace sin saber por qué lo está haciendo (pp. 62-63).

Con su lucidez acostumbrada, Zambrano da en la diana de la necesidad de poder llegar a observar la experiencia a medida que sucede. En términos clásicos, esto equivale a poder sentarse en el asiento del *testigo*.

Volviendo a la dinámica del entrenamiento: Durante las próximas sesiones, la tarea del practicante es practicar. La repetición es la clave de la práctica. Esto es lo que la persistencia del ritual, que son los raíles sin los cuales la cultura no existiría, nos enseña. La práctica es una ventana en la que lo que importa es que te importe, como dice Hokusai. Importa y mucho, cómo hacemos lo que hacemos en la práctica. Se requiere repetir una secuencia que te ayude a verte haciendo lo que haces.

Cuando se consigue un poco de estabilidad en la concentración de la atención en la vivencia del momento presente, la vida comienza a cambiar. Entonces, se hace necesario disponer de un mapa con el que ordenar el pequeño caos de nuevas sensaciones internas y externas, que se empieza a experimentar, como correlato de la práctica. Es un hecho fácil de comprobar si se está dispuesto a comprometerse a practicar unos 10 o 15 minutos diarios, si es dos veces al día, mejor. La construcción del mapa requiere, como es natural, ir descubriendo territorios, los del propio cuerpo y la propia mente. En esta fase, la escritura terapéutica puede ayudar.

A continuación, se aborda en más detalle la organización de la conciencia, el mapa de la conciencia. Ésta se aborda a partir de 4 cuadrantes, como ha hecho Siegel (2018):

Primer cuadrante: La 5 conciencias sensoriales.

Segundo cuadrante: La conciencia corpórea (interoceptiva y propioceptiva).

Tercer cuadrante: La conciencia mental (operaciones vs. contenidos mentales).

Cuarto cuadrante: La conciencia interpersonal (estados mentales complejos).

Como ya indiqué antes, este programa está disponible en la web de la ULL dedicada al coronavirus. Una crisis que lo va a cambiar todo y, tal vez, también va a hacernos más conscientes de la forma en que participamos en la construcción de las realidades en las que vivimos. La intención que subyace a las 30 grabaciones es que resultaran útiles e inspiradoras a mis colegas, estudiantes, amigos y a todas aquellas personas que pudieran beneficiarse de la práctica.

Desde el punto de vista que se va a defender en este artículo para comprender la psicoterapia como una conversación contemplativa, el Entrenamiento en Atención Consciente resulta un pre-requisito. En otras palabras, para entrar en la fase contemplativa, es necesario contar con cierta capacidad de estabilizar la atención. El recogimiento de la atención es previo a contemplar, como siempre se ha sabido en los contextos religiosos.

Antes de abordar la naturaleza de la mirada contemplativa, plantearemos el tema de la conversación o, mejor dicho, el estatus ontológico de la conversación en la vida humana. Con la ayuda de Maturana, Wittgenstein y Arnau, algo podremos decir sobre este punto.

Después abordaremos la naturaleza de la contemplación, pero no desde un ángulo religioso que es donde la tradición ha conservado las prácticas, sino desde la investigación neurocientífica actual, por un lado, y desde su lado psicoterapéutico, por otro.

Por último, plantearemos la cuestión de ¿qué implicaciones para la práctica en la sesión tiene una concepción de la psicoterapia como una conversación contemplativa? Es decir, para construir la relación terapéutica, por un lado, y para dirigir la sesión, por otro.

### La naturaleza ontológica de la conversación

La psicoterapia es una conversación. Esto ya lo dejo dicho Freud: *la curación por la palabra*. Por eso, conviene saber de que tipo de realidad estamos hablando.

La conversación es lenguaje hablado. Nos conduce a la oralidad del lenguaje, que es la condición natural y pristina del lenguaje, de nuestro ser *seres lingüísticos*, como han enseñado Walter Ong (1984) y Humberto Maturana (1994). Por otro lado, como explica Arnau (2014) en su *Manual portátil de Filosofía*, Wittgenstein es quien abre la puerta al valor terapéutico del lenguaje. Su filosofía se ocupa de trazar los límites entre el sentido y el sinsentido, de determinar el papel del lenguaje en el pensamiento y la vida humana. El autor del *Tractatus* (Wittgenstein, 1953/2017) tenía la convicción de que lo verdaderamente importante en la vida es inefable. No obstante, estableció también que es la estructura del lenguaje la que determina el modo en que pensamos el mundo (Anau, 2014).

Los significados de las palabras vienen de sus diferentes usos y esos usos no tienen entre sí más que un “parecido de familia”. El propósito último de su filosofía es terapéutico, a saber, eliminar las cofusiones intelectuales derivadas de una concepción errónea de la naturaleza del lenguaje (Arnau, 2014). Y añade: Precisamente porque pertenecemos a una comunidad lingüística regida por reglas y contamos con criterios colectivos para nuestras experiencias privadas podemos tener un lenguaje que se refiera a esas experiencias.

La conversación es el lugar natural en el que se produce el uso del lenguaje y se crean y recrean los significados. Maturana que ha elaborado una concepción biológica y ontológica del lenguaje sostiene que la conversación es el *nicho ecológico natural* de los seres humanos. Maturana ha resumido su aportación de un modo sucinto del siguiente modo:

La conversación es la trama de la que está hecha la vida humana y la supervivencia es el fenómeno fundamental. Ello implica que la conservación de la organización y de la adaptación son el mecanismo generativo por el que se conserva dicho fenómeno. El operar de este mecanismo da lugar al aprendizaje, que es observable. La conservación de la congruencia entre la conducta de un organismo y las perturbaciones que el medio ejerce sobre él son:

- a) Una condición necesaria de existencia del organismo, implícita en la conservación de la organización y adaptación durante la ontogenia y,
- b) El resultado de que el cambio estructural del organismo, con su sistema nervioso incluido, siga siempre un curso determinado por la coincidencia de perturbaciones ambientales y la conservación de la organización y adaptación que, de hecho, constituyen la condición de existencia del organismo.

A continuación, Maturana añade: esto parece una tautología y lo es. En último término es un sistema de ecuaciones con algunas variables: la estructura inicial (el cigoto en un organismo con reproducción sexuada, por ejemplo) y la secuencia de perturbaciones que constituyen el medio efectivo en el que se realiza la ontogenia

del organismo que, una vez fijadas, determinan una sola solución: la historia individual del organismo en congruencia con el medio (nicho) hasta su muerte (pérdida de su congruencia con el medio).

Poner el acento en el carácter conversacional de la psicoterapia contribuye a clarificar algunas cosas, como su carácter presencial, su inmediatez. Ocurre en el nivel pre-reflectivo, que es también el nivel en el que sucede la conversación en la vida cotidiana. Por eso, la práctica de la Atención Consciente formal (de 3 a 5 minutos), conjuntamente paciente y terapeuta, ayuda a que la sesión se desarrolle en el tiempo real, el de la vida, que es corpórea – versus el tiempo virtual de internet o el tiempo rápido de la conciencia mental. La psicoterapia es un espacio de resonancia afectiva.

Hace 30 años, Guillem Feixas era un joven profesor en la Universidad de Barcelona y yo era una profesora recién incorporada a la Universidad de La Laguna en Tenerife, Islas Canarias. En 1990 coincidimos en Memphis, Tennessee en EE.UU. en *el I Congreso de Constructivismo en Psicoterapia*, organizado por R. Neimeyer y M. J. Mahoney, de los cuales Guillem Feixas y yo eramos colegas. Cuando Guillem y yo nos conocimos, nos dimos cuenta de que ambos estábamos atravesando el mismo trance: preparar las oposiciones para optar a una plaza de profesor/a titular. Hacía falta escribir un proyecto docente. En los meses siguientes, intercambiamos ideas y material para nuestros respectivos proyectos docente. Ambos nos presentamos a las plazas en 1992, y ambos las obtuvimos. Después, decidimos juntar nuestros proyectos y así nació *Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos*. Este libro se publicó en 1993 y ha estado re-imprimiéndose año tras año desde entonces hasta ahora; en este 2020 acaba el contrato con la editorial, de manera que en poco tiempo ya no estará disponible. Éste parece un buen motivo, por tanto, para hacer una reflexión compartida desde la distancia, sobre lo que ha pasado en el campo en estos casi 30 años. Procederé por contraste respecto a lo que creía cuando escribimos el Feixas y Miró (1993).

Después de un par de capítulos introductorios sobre la historia y el concepto de la psicoterapia, el libro seguía una estructura nítida: presentar lo que pensábamos eran los cinco modelos raíz que estructuraban el campo de las psicoterapias y concluir planteando el problema de la integración de este corpus del saber. Nuestra apuesta venía a ser que con el desarrollo de una psicoterapia científica, nuestra capacidad de alivio del sufrimiento inútil iba a ser más eficiente. En el fondo, esta premisa era el hilo conductor del libro. Pero, en la actualidad, ya no lo veo de este modo. Por cierto, *mindfulness* no aparece ni una sola vez en el libro. A principios de los años 90 no estaba en el horizonte de la psicoterapia. Pero a partir del año 2000 experimenta un crecimiento exponencial.

Mi visión del objeto de la disciplina también ha cambiado. Ahora soy más partidaria de la “despatologización” y de que, tal vez, sea más útil para el siglo XXI, ver la disciplina como un ámbito espiritual que verla en la estela de los tratamientos médicos. Cuando era joven y quería ser admitida en el club de la psicología clíni-

ca, tenía más fe en las categorías diagnósticas que ahora, después de los múltiples escándalos con los DSM y la entificación creciente o simple proliferación con usos comerciales (la industria farmacológica) de etiquetas diagnósticas, que contribuyen sobremanera a una lectura abstracta y fría del sufrimiento en las avanzadas sociedades hipertecnologizadas en las que hoy en día vivimos. De Freud, que abobinaba de la bicicleta y de la máquina de escribir por igual, a la vida consumida en las pantallas, hay un trecho muy grande, por lo que se refiere a de qué está hecha la interioridad.

Del inconsciente obscuro de Freud a la higiene mental lingüística de Wittgenstein, hay también el paso de una primera a una segunda revolución industrial. La psicoterapia es una práctica cultural, que se desarrolla a lo largo del siglo XX, *el siglo del self*. Como Eva Illouz argumentó con claridad, junto al derecho contractual y al liberalismo económico, el discurso terapéutico ha jugado un papel central en la constitución del *self* actual, secularizado y autónomo, que es la herencia de la modernidad (Illouz, 2010).

La psicoterapia como práctica cultural comienza con el impacto cultural del psicoanálisis. En una sociedad en plena ebullición debido a la primera revolución industrial que trajo el automóvil y tantos otros cambios, como el sufragio de las mujeres, la consulta del psicoanalista era un lugar seguro en el que poder hablar de la propia biografía, sin ser juzgado moralmente. Ofrecía, por tanto, un espacio alternativo al de la religión tradicional moralizante, que era el espacio en el que se habían instaurado lo que Rieff (1966) llamó las *terapias de compromiso*, en las cuales engloba aquellas formas tradicionales por medio de las cuales se cumplía un ritual para volver a ser integrado en el orden del grupo.

La técnica que Freud instaura, la técnica analítica practicada 3 o 4 veces por semana, ayudaba a las personas a adoptar una actitud distanciada, analítica, hacia su propia experiencia, de modo que, con el tiempo, podían saber lo que les pasa mientras les está pasando. En la práctica, la asociación libre, de un modo similar a como actúa el entrenamiento formal en la Atención Consciente, contribuye a desarrollar la postura del *testigo* hacia la propia experiencia.

Pero el psicoanálisis era elitista, aún así, gracias al cine y a las industrias editoriales, se hizo muy popular. Los conceptos del inconsciente, los mecanismos de defensa, y, sobretodo, la represión y su papel “patologizante” se introdujeron rápido en el imaginario colectivo. Un par de décadas después, el imaginario colectivo se agrandó con conceptos provenientes de la *psicología humanista*: desarrollo personal, auto-realización, autenticidad, logro, etc. De todos ellos, sin duda alguna, el concepto estrella fue el de auto-realización.

Como Illouz (2010) ha explicado, la auto-realización funcionó como una categoría social negativa. Es decir, funcionó porque cuando se escucha a los maestros hablar de la auto-realización, uno/a se da cuenta de que no está realizado. En los años 70, proliferaron los talleres de fin de semana de desarrollo personal, en sus múltiples versiones. Durante esta época, la psicoterapia se hizo popular y se hizo para todos, se “democratizó” (Miró, 2018).

Hoy por hoy, la industria del desarrollo personal o industria de la auto-ayuda mueve millones de euros. Y esta industria, como tantas veces se ha denunciado, contribuye a crear la propia demanda que pretende resolver. Esta industria no es capaz de cuestionar la premisa sobre la que se sustenta, a saber, que tengo algo que mejorar. ¿Qué no seremos originalmente puros, como propone el Budismo?

Con el auge de la psicología positiva y la expansión del movimiento *mindfulness* en la práctica clínica, algo ha cambiado este sesgo hacia lo negativo que ha dominado el campo de los tratamientos psicológicos desde los años 60 y 70 del siglo pasado. El estudio de las virtudes, así como la práctica del círculo virtuoso de *mindfulness*, han contribuido a promover una visión más positiva, amable y bondadosa del ser humano.

### Contemplación, Neurociencia y Psicoterapia

Comprender la naturaleza de la contemplación, ya no es competencia exclusiva de las tradiciones sapienciales. Hoy por hoy, podemos disponer de una neurociencia contemplativa. Contamos con datos de la investigación neurocientífica y eso aporta una ventaja enorme a la hora de describir y comprender los estados conscientes, sus contenidos y funciones (Josipovic y Baars, 2016). Esos datos son relevantes a la hora de hacer psicoterapia o lo que es igual a la hora de estar presente en la conversación contemplativa que la psicoterapia puede ser en el siglo XXI. Diríamos que ésta concepción de la disciplina esta en congruencia no sólo con la idea de Bauman de la *modernidad líquida*, también de una toma de conciencia respecto al hecho de que las narrativas/ las grandes historias de las religiones del pasado están en crisis. En realidad, empezaron a estarlo cuando triunfó la razón fría del racionalismo científico. Como dijo Rieff (1966), el *homo religiosus* de la pre-modernidad ha dejado paso al *homo psicologicus* de la post-modernidad.

#### — *La conciencia que somos versus la conciencia fenoménica*

Explicar la conciencia fenoménica no es difícil en la medida en que cada cual puede conocer fácilmente en su experiencia el sabor dulce del azúcar, el calor del sol o la superficie verde de la mesa. Los cinco sentidos son cinco ventanas, a cinco tipos de universos o experiencias vividas. Explorarlas es uno de los objetivos del EAC/ULL.

Junto a las sensaciones referidas al exterior, la percepción externa, tenemos también como parte de la experiencia fenoménica, la percepción interna, la interocepción y la propiocepción. Todas las prácticas contemplativas de todos los tiempos manejan la corporalidad. La ritualidad de las posturas para orar o meditar o moverse haciendo tai-chi o chi-qong, o bailando, danzando la danza de la vida, como en el sufismo.

También la conciencia mental es parte de la conciencia fenoménica, al igual que la conciencia interpersonal. En el primer caso, profundizamos en nuestro uso del lenguaje y también en el habla interna o privada y su amabilidad. La práctica de

la Atención Consciente a los pensamientos, recuerdos, etc. contribuye a agrandar enormemente el espacio referencial de la mente, las coordenadas de la soledad o mejor dicho las cualidades de la banda sonora de la película de cada cual – reconociendo, una vez más, el carácter cinematográfico de la vida personal actual.

La Atención Consciente en el plano interpersonal contribuye a abrir una ventana a la familiarización con la instauración de estados positivos de confianza, amabilidad y resonancia afectiva, por un lado, y con la exploración de estados mentales complejos o interesantes por su negatividad u otra cosa, por otro lado.

Vale. Una vez tenemos un mapa de la conciencia fenoménica, la pregunta ineludible es ¿y eso es todo? O ¿hay algo más?, ¿qué hay de la cuestión del yo, del yo soy? Todas las tradiciones sapienciales han hablado de una conciencia distinta a la conciencia fenoménica, que estaría siempre presente por debajo de las apariencias. A los filósofos les gusta llamarlo “Ser”, a los del judaísmo y el cristianismo, “Dios”, a los Budistas, Naturaleza Búdica, hay muchas más opciones. En todos los casos, no obstante, lo que se postula es una naturaleza vacía de contenidos específicos o fenoménicos. Es descrita con frecuencia como pura luz o como silencio interior y, sobretodo, como algo que acontece.

Desde el punto de vista neurocientífico, se puede estudiar los estados de conciencia silenciosos. Desde el Instituto de Neurociencia de La Jolla, en California, Baars (2013) ha dado a conocer un trabajo muy interesante: “*Un enfoque científico a la conciencia silenciosa*”. Esta conciencia silenciosa sería equivalente a lo que aquí hemos denominado *la conciencia que somos*.

La idea subyacente a las tradiciones sapienciales es que la conciencia silenciosa, la conciencia que somos existe de un modo continuo en los tres estados (vigilia, sueño y sueño profundo). Las prácticas contemplativas serían formas de facilitar la accesibilidad a esta conciencia que somos, desvelar la cortina que recubre la verdad, como decían los griegos.

El acceso a la conciencia silenciosa se interpreta con frecuencia en términos ontológicos, como una comunicación más directa (y trascendente) con el *creador* o como una sensación de amplitud correlativa a la *conciencia oceánica* de los budistas, u otros tipos de realidades metafísicas. Pero si nos atenemos a una actitud científica, tal tipo de interpretaciones no son las que corresponden ahora. Es mejor ajustarse a la evidencia empírica y ver qué se puede decir sobre los estados de conciencia silenciosa desde el punto de vista de la neurociencia. En el trabajo que comentamos, Baars se ajusta a esta tarea y pasa a desvelar los siguiente:

En el contexto neurocientífico uno de los hallazgos fundamentales fue el que alcanzó H. Benson con la meditación trascendental (repetición continua interna y silenciosa de un mantra sonoro) que le llevaron a la formulación de la existencia de una “respuesta de relajación” que podía contrarrestar la reacción de estrés de un modo homeostático. Sin embargo, la relación entre la conciencia silenciosa y la respuesta de relajación parece que no está claramente establecida y requiere más investigación.

Baars propone que la conciencia silenciosa se produce por un efecto de redundancia producido por las continuas repeticiones implicadas en las prácticas contemplativas, ya sea por medio de la repetición de sonidos, vistas o acciones. Esta idea tiene mucho sentido si tenemos en cuenta que los practicantes avanzados llevan cientos o miles de horas de repetición de una sílaba interior, una postura, una técnica de respiración, un gesto con la mano, etc. Los psicólogos de la Gestalt investigaron dos tipos de efectos, el efecto *ganzfeld* y el efecto de saciación. Ambos eran producto de la repetición y no requieren de ningún aparataje especial, de modo que pueden haber estado presentes en las prácticas contemplativas más antiguas.

El efecto *ganzfeld* se produce cuando un campo visual carece de contraste temporal o espacial. La explicación parece residir en el hecho de que muchas de las neuronas visuales son sensibles al contraste y en estas condiciones deben bajar a una línea base. El brillo y la tonalidad desaparecen en los bloqueos del efecto *ganzfeld*, mientras la conciencia continúa. Baars (2013) cita como ejemplos los siguientes haikus de la tradición Kashmir:

- 1) En el verano cuando ves el cielo con una claridad sin fin, *entra en esa claridad,*
- 2) Simplemente al entrar en el cielo azul más allá de las nubes, *la serenidad.*

Como un cielo azul no tiene contrastes temporales o espaciales - señala Baars- podría considerarse una condición del efecto *ganzfeld*. En términos de la vista, las imágenes que se sostienen estables también tienen una función de redundancia. Del mismo modo, la repetición de palabras, muy utilizada en todas las prácticas contemplativas, tiene un efecto similar. Por ejemplo, la repetición de mantras es una acción sensorio-motora que, con la práctica, puede convertirse en algo que rebajaría elementos redundantes en la conciencia.

Los practicantes describen los momentos silenciosos como momentos separados o discontinuos respecto al flujo de estimulación normal, como si fueran un hueco en el fluir de las sensaciones, las imágenes o el habla interior conscientes. En este sentido, tal vez podrían investigarse con tareas para detectar huecos.

Otro tipo de estimulación que conduce al silencio son los silencios endógenos que pueden inhibir la percepción de sonidos externos. Los sonidos binaurales, que se sienten en el centro de la cabeza, también pueden producir una situación de conciencia en silencio.

Durante los estados de silencio también se suelen reportar estados de absorción y placer. El primero hace referencia al enganche, por decirlo así, con un único flujo de pensamiento. Los silencios son descritos también como “bendiciones”, lo que le añade una dimensión hedónica.

La conclusión de Baars apunta a que sabemos que la experiencia consciente implica unas oscilaciones muy extendidas en el eje cortico-talámico. Así, la conciencia silenciosa podría corresponder a un incremento del poder de las oscilaciones theta-alpha, que se extienden desde el cortex con mínimas frecuencias altas de “contenido”, como se ha reportado con frecuencia en las investigaciones con prác-

ticas contemplativas. La metáfora última que propone el informe de Baars apunta a una analogía entre el aprendizaje de la música y el aprendizaje de las prácticas contemplativas. Ninguno de los dos es arbitrario. Y añade: *Contemplative training seem designed to evoke certain conscious experiences, particularly “consciousness without content”* (El entrenamiento contemplativo parece diseñado para evocar ciertas experiencias conscientes, en particular “la conciencia sin contenido”). Y termina pidiendo un método basado en principios para estudiar la psicofísica de la conciencia silenciosa momentánea (Baars, 2013, p. 95).

Además de las neurociencias, el otro punto privilegiado para explorar la naturaleza de la contemplación es la propia psicoterapia. Gracias a la proliferación de las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM), la práctica de mindfulness está plenamente integrada en el tratamiento de casi cualquier trastorno, hoy por hoy. Todas las terapias de la llamada tercera generación han adoptado la práctica de mindfulness como una parte importante de la intervención. Por supuesto, también la terapia psicoanalítica o la sistémica han incorporado la práctica de mindfulness en su repertorio actual.

### **Aplicaciones en la sesión individual y grupal**

La práctica contemplativa formal como silencio con atención a la respiración y a la postura durante 5 minutos puede ser una forma muy beneficiosa de empezar la sesión, ya sea individual o en grupo. En los programas estandarizados de mindfulness como el MBSR o la MBCT, la sesión se comienza en silencio, practicando. Por un lado, esta forma hace posible para todos “llegar” a la sesión y, por otro, lado, sienta un ritmo tranquilo para el resto de la sesión.

La mayor parte de los problemas que atendemos en consulta, de un modo u otro, tienen que ver con la reactividad al estrés, la ansiedad o la depresión. Si paralelamente a la consulta individual, el paciente puede llevar a cabo un Entrenamiento en Atención Consciente, como el programa EAC/ULL, los tiempos del tratamiento se podrán reducir considerablemente. De cara al futuro ésta no es una cuestión baladí, porque vamos a necesitar todos los recursos disponibles para superar esta crisis y salir, como se sale de las crisis, más consciente del precioso regalo que es la vida. Y, en especial, *la vita activa y la vita contemplativa*.

La práctica de la Atención Consciente no es milagrosa, ni ofrece soluciones tan rápida como un ansiolítico. En cambio, a la larga, está en línea con la vida, con la vida que vale la pena vivir. En este punto, prefiero cederle la palabra al poeta Roger Keyes, que ha expresado lo que a mi me gustaría poder decir en el modo claro y sencillo de los haikus japoneses. Este poema lo escribió mientras era discípulo de un pintor japonés llamado Hokusai.

“Hokusai dice mira con cuidado.

Él dice presta atención, date cuenta.

Él dice continúa mirando, ten curiosidad.

Él dice que el mirar no tiene fin.

Él dice ten la esperanza de llegar a viejo.  
Él dice sigue cambiando,  
así entiendes mejor quién eres realmente.  
Él dice quédate atascado, aceptalo, repítete  
siempre que sea algo interesante.  
Él dice sigue haciendo lo que amas.  
Él dice sigue rezando.  
Él dice que cada uno de nosotros es un niño,  
cada uno de nosotros es anciano,  
cada uno tiene un cuerpo.  
Él dice que todos tenemos miedo.  
Él dice que cada uno tiene que encontrar la manera de vivir con el miedo.  
Él dice que todo está vivo,  
piedras, edificios, personas, peces,  
montañas, árboles, la madera está viva.  
El agua está viva.  
Todo tiene vida propia  
Él dice vive con el mundo dentro de ti.  
Él dice que no importa si dibujas,  
o escribes libros. No importa  
si cortas madera o pescas.  
No importa si te sientas en casa  
y observas a las hormigas del porche  
o las sombras en tu jardín.  
Importa que te importe.  
Importa que lo sientas.  
Importa que te des cuenta.  
Importa que la vida fluya a través de ti.  
El goce de la vida viviendo a través de ti.  
La alegría es la vida viviendo a través de ti.  
La satisfacción y la fuerza  
son la vida viviendo a través de ti.  
La paz es la vida viviendo a través de ti.  
Él dice no tengas miedo.  
No tengas miedo.  
Ama, siente, deja que la vida te tome de la mano.  
Deja que la vida viva a través de ti.”

## Conclusiones

Se ha presentado la visión de la psicoterapia como una conversación contemplativa. Como preliminar a la conversación contemplativa, se ha propuesto el Entrenamiento en Atención Consciente y se ha ofrecido un modelo en 30 sesiones

(EAC/ULL). Se ha planteado la naturaleza ontológica de la conversación en la vida humana y se han ofrecido ejes para comprender su profundidad y alcance. También se ha abordado la investigación neurocientífica actual para acercarnos al tema de la contemplación. Por último, se han abordado cuestiones prácticas para utilizar este enfoque en la sesión terapéutica. No obstante, queda mucho trabajo por hacer para desarrollar las ideas esquematizadas aquí.

### Referencias bibliográficas

- Arnau, J. (2014). *Manual de Filosofía portátil*. Madrid, España: Atalanta.
- Baars, B. J. (2013). A scientific approach to silent consciousness. *Frontiers in Psychology*, 4, 91-95. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00678>
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, España: Paidós.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna, terapia emociones y la cultura de la auto-ayuda*. Buenos Aires, Argentina: Katz.
- Josipovic, Z. y Baars, B. J. (2016). What can Neuroscience Learn from Contemplative Practices? (pp. 6-8). Lausanne, Suiza: Frontiers Media. <https://doi.org/10.3389/978-2-88919-971-6>
- Maturana, H. (1994). *Reflexiones y conversaciones*. Buenos Aires, Argentina: Editorial FU.PA.L.I.
- Miró, M. T. (2018). Mindfulness en la psicoterapia actual. En M. A. Santed y S. Segovia (Eds.), *Mindfulness: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 97-120). Madrid, España: Paraninfo.
- Ong, W. (1984). *Oralidad y Escritura*. Barcelona, España: Gedisa.
- Rieff, P. (1966). *The triumph of the therapeutic: uses of faith after Freud*. Chicago, IL: University of Chicago.
- Safran, J. (2003). Introduction. En J. Safran (Ed.), *Psychoanalysis and Buddhism, a unfolding dialogue* (pp. 1-35). Boston, MA: Wisdom Publications.
- Siegel, D. (2018). *Aware: the science and practice of presence*. Nueva York, NY: Peguin.
- Wittgenstein, L. J. J. (2017). *Investigaciones filosóficas*. Madrid, España: Trota (Trabajo original publicado en 1953).
- Zambrano, M. (1988). *Persona y Democracia*. Barcelona, España: Anthropos (Trabajo original publicado en 1958).



# FENOMENOLOGÍA CLÍNICA DE LOS SIETE PECADOS CAPITALES

## CLINICAL PHENOMENOLOGY OF SEVEN DEADLY SINS

**Manuel Villegas Besora**

Universidad de Barcelona, Facultat de Psicologia. España

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

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2020). Fenomenología clínica de los siete pecados capitales. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 147-168. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.412>

### Resumen

*El tema de los pecados capitales ha estado presente bajo diversas formas, tanto en el pensamiento filosófico como en el religioso oriental y occidental, estoicismo, budismo o cristianismo entre ellas. Aquí se consideran desde una perspectiva psicológica contemporánea en su fenomenología clínica más habitual.*

*Palabras clave: fenomenología, psicología clínica, culpa, pecado, relaciones interpersonales.*

### Abstract

*The theme of deadly sins has been present in various forms, both in philosophical thought or in eastern and western religious traditions: Stoicism, Buddhism or Christianity among them. Here they are considered from a contemporary psychological perspective in their most common clinical expressions.*

*Keywords: phenomenology, clinical psychology, guilt, deadly sins, interpersonal relationships.*



## Introducción

El concepto tradicional de “pecados capitales” se refiere a aquellas actitudes en relación a nosotros mismos, al mundo y a los demás, que son el origen de las motivaciones egocéntricas responsables de muchos de los problemas interpersonales, internos e incluso ecológicos que nos afectan a lo largo de la vida, independientemente de la época histórica o el marco socio-cultural en que nos movemos. En este sentido tienen un carácter atemporal que ha sido recogido bajo diversos nombres por la literatura, la filosofía, las religiones, los mitos, el cine o el teatro, y que dan lugar a muchas de las manifestaciones de la fenomenología clínica que vemos en psicoterapia. Las relaciones de dominio sumisión o dependencia, el maltrato físico y psicológico, el narcisismo, la compulsiones consumistas, las actitudes destructivas, la violencia interpersonal, la procrastinación, la infidelidad, etc., tienen que ver sin duda con la lista completa de los 7 pecados capitales, como la soberbia, la ira, la lujuria, la gula, la envidia, la avaricia o la pereza.

### Pecado y culpa

Los psicólogos estamos habituados a manejarnos con el sentimiento de culpa, que frecuentemente expresan nuestros pacientes, de las formas más variadas: temor al castigo, vergüenza pública o privada, contrición por el mal causado o remordimiento por el bien que hemos dejado de hacer y podríamos haber hecho.

La palabra culpa (de idéntico origen latino) hace referencia a la causa (culpa) de un daño o perjuicio (pecado), de modo que se puede aplicar incluso a fenómenos no intencionados (por culpa de la lluvia).

La palabra pecado de «*peccatum*» (en latín tropiezo) significa falta o acción culpable. En la concepción religiosa eso implica desobediencia a Dios y sus leyes. En la ley mosaica hay tres mandamientos teocéntricos, que se refieren al respeto y culto de Dios, y siete antropocéntricos, que toman en cuenta el respeto y cuidado de los demás (no matar, no robar, no mentir, no levantar falso testimonio). En la concepción laica hace referencia a la comisión del mal del que uno es responsable moralmente, legalmente, económicamente. En estos casos solemos hablar de delitos por los cuales alguien es *inculpa*do.

Pero ¿cómo podemos tratar con el sentimiento de culpa si no reconocemos el concepto de pecado? ¿De qué sentimos culpa? Reconocer el sentimiento de culpa implica reconocer el concepto de pecado. Sin embargo, no existe una relación biunívoca entre ellos. Sentir culpa no implica necesariamente haber cometido un pecado. Ni haber cometido un pecado implica necesariamente sentir culpa.

### Tipologías de pecado

Puede sentirse culpa por pecados de comisión u omisión.

a) Pecados de comisión

Los pecados de comisión implican un daño infligido realmente en cualquier ámbito: natural (ecología), social (guerra), interpersonal (calumnia), propio (autole-

siones). Así se entiende que una paciente bulímica se pueda sentir culpable después de un atracón. O un alcohólico, de estar arruinándose la vida. En los pecados de comisión la palabra mal tiene un carácter sustantivo: “el mal”.

b) *Pecados de omisión*

Los pecados de omisión hacen referencia al daño derivado de la dejación en prestar una atención o cuidado, estando obligados a hacerlo (negligencia). Por ejemplo, no haber prestado atención o protección a una víctima de abusos en el ámbito familiar, o de accidente en una carretera. Se entiende en este contexto que muchas madres puedan sentirse culpables de no haber cuidado suficientemente de sus hijos a causa de sus ocupaciones profesionales o de no haberlos educado apropiadamente. No siempre está clara la distinción entre pecado de omisión y fallo.

c) *Fallos o errores*

También podemos sentir culpa o, más frecuentemente vergüenza, por los fallos o errores, por algo que hemos hecho mal o no hemos sabido hacer (mal como adverbio, mal formal: error, defecto). Por ejemplo, un error de diagnóstico médico, más allá de sus consecuencias perjudiciales, puede ser motivo de vergüenza. Además, si las consecuencias son perjudiciales para el paciente puede sentirse culpa moral o incluso ser *inculpado* legalmente. La responsabilidad en estos casos es directa.

Otras veces se trata de imperfección en el resultado, por ejemplo un defecto de fabricación o por defecto de mantenimiento. La existencia de daños subsiguientes puede ser atribuible o no al fallo o error. La responsabilidad en esos casos puede ser directa o indirecta.

### **Falsa culpabilidad**

Se refiere a un sentimiento inadecuado de culpabilidad por algo que no se ha hecho, ni dejado de hacer. Se puede sentir culpable, por ejemplo, de un mal que hemos compartido, como víctimas, pero no causado como agentes (culpa del superviviente). A este tipo de sentimiento de culpa lo consideramos falsa culpabilidad, precisamente porque el sujeto no ha sido causa, sino víctima del daño compartido. Un tipo de sentimiento parecido deriva de una atribución futurible de culpa en ausencia de responsabilidad real: «si le pasara algo a mi hijo...». Se trata de una culpa anticipatoria u obsesiva dirigida a evitar algo que todavía no ha sucedido y que tal vez no vaya a suceder. A veces se presenta con efectos retroactivos, en el caso de que llegue a suceder: “si me hubiera opuesto con más fuerza a que mi hijo saliera de fiesta aquella noche...”, pero con el mismo carácter preventivo, que lo reconduce a sentimiento de falsa culpabilidad.

### **Concepción moral vs. legal**

El tema del pecado, como el de la culpa, se puede enfocar desde la perspectiva moral o la legal.

a) *Concepción moral*

El concepto de pecado corresponde a una concepción moral, independien-

temente de su origen religioso o no. Puede entenderse como daño causado a los demás a partir de motivaciones egocéntricas dominantes por acción u omisión. Su carácter pecaminoso radica precisamente en esta motivación egocéntrica, causante de males ajenos. Ni el error, ni la falsa culpabilidad pueden considerarse moralmente pecado, puesto que se supone que no existía motivación dañina en el error, ni participación activa en la falsa culpabilidad.

### b) *Concepción legal*

En el ámbito legal no se habla de pecado sino de *delito*. Por tal se entiende cualquier acción contraria a la ley penal (crimen) (asalto a mano armada en una joyería, estafa, violación...). Otro concepto afín es el de *infracción*: incumplimiento o inobservancia de una normativa (aparcamiento en zona prohibida, saltarse un semáforo en rojo...). Delitos e infracciones están sujetos a penalizaciones de tipo personal o económico. Se prescinde de su carácter moral o inmoral.

### **Efectos psicológicos diferenciados para pecado y delito**

Pedro de 17 años es contactado por Laura de 12 a través de Instagram para un encuentro sexual con penetración. Acusado por los padres de la chica ante el Tribunal de Menores, manifiesta que no sabía la edad de la menor, ni que esto a nivel legal tuviese implicación alguna. 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.

El caso presenta en su simplicidad un claro efecto de concebir una acción desde una perspectiva moral (pecado) o legal (delito), aunque ambas puedan sobreponerse en la práctica. En la gráfica siguiente pueden verse a dos columnas las familias conceptuales implicadas bajo un epígrafe u otro, concepción moral o legal, en relación a su peso en la regulación psicológica. En concreto, y aplicado al caso de Pedro y Laura, podemos hacer las siguientes observaciones.

<i>Concepción moral</i>	↔	<i>Concepción legal</i>
• Pecado	↔	Delito
• Conciencia moral	↔	Código penal
• Responsabilidad	↔	Imputabilidad
• Reconocimiento	↔	Excusas, Justificación
• Contrición	↔	Atrición
• Culpa	↔	Vergüenza
• Reparación	↔	Castigo
• Perdón	↔	Indulto

Pedro concibe los acontecimientos desde la perspectiva legal. La primera cosa que arguye en su defensa es que no sabía la edad de la menor. Ambos son menores de edad, aunque les separan cinco años de diferencia. Su defensa esgrime el argumento no solo del consentimiento de la chica, sino de su iniciativa en el encuentro a través de Instagram. Sin embargo, en el momento de los hechos la edad del consentimiento para un intercambio sexual estaba en trece años (en la actualidad, desde 2016, ha

subido a la edad de dieciséis años), Laura tenía solo doce.

Es decir, Pedro concibe los hechos únicamente desde la perspectiva legal. Intenta escurrir la imputabilidad legal, negando que su encuentro con Laura constituyera un delito según el código penal. Alega ignorancia de la ley y de la edad de la menor. Se excusa o justifica en base a su necesidad de satisfacerse sexualmente, como algo legítimo, independientemente de las características de la otra persona implicada.

Desde el punto de vista moral, en cambio, está claro que Pedro actúa de forma totalmente egocéntrica, precisamente porque no considera las condiciones de vulnerabilidad de Laura. No muestra conciencia de pecado, ni de responsabilidad en su comportamiento (debería haberse preocupado de conocer la condición de menor de la chica). No hay signos de culpa ni de contrición, solo vergüenza por verse llevado ante los tribunales y atrición por miedo al castigo.

### **El concepto de pecado capital**

El calificativo de “capital” referido a los siete pecados capitales, proviene del latín: (*caput/capitis*), que significa cabeza. Se consideran pues pecados “cabeza”, origen de todos los demás.

En sí mismos no son pecados, no son acciones ni omisiones, sino estados afectivos, actitudes o motivaciones, maneras de estar en el mundo o de comportarse hacia los demás.

Deben su categorización al monje Evagrio Pónico (2013) en el siglo IV, quien inicialmente los clasificó en 8 categorías, hasta que el Papa Gregorio Magno, en el siglo VI, los redujo a los 7 actuales: soberbia, ira, envidia, codicia (avaricia), lujuria, gula, pereza.

En el budismo se hablan de los tres venenos: la codicia, la ira y la ignorancia.

En el estoicismo existe un concepto parecido al de pecados capitales, el de vicios opuestos a virtudes o defectos.

### **Concepción psicológica de los pecados capitales**

El egocentrismo moral está en la base de los pecados capitales. Es el caldo de cultivo en el que germinan todos ellos. Su único criterio de acción son: las propias necesidades (prenomía) o deseos (anomía), sin tener en cuenta el bien común (heteronomía), ni a los demás (socionomía).

Su carácter puede ser de naturaleza *social*, efecto de la contraposición entre los propios intereses y los sociales, donde inevitablemente entre en juego la relación con el otro: soberbia, envidia, ira. Su activación deriva de la erótica del poder.

O bien de naturaleza *hedonista*, centrados en la propia satisfacción, con independencia de los efectos sobre los demás: lujuria, gula, pereza. Su activación deriva de la erótica del placer.

Finalmente de naturaleza *mixta*: codicia, derivada de la combinación entre la erótica del poder y la del placer.

Naturalmente estas tendencias pueden combinarse, sumarse o potenciarse

entre sí. Como decía Mateo Alemán (s. XVI): “La soberbia ataca con dos dardos: la ira y la envidia”. Pero vamos a considerarlos ahora individualmente por separado:

### Soberbia

Soberbia de *super*, una preposición latina que significa sobre, estar por encima (*super-bia*). Se trata de un concepto interpersonal o relacional. Nadie puede estar por encima si no hay alguien por debajo de forma real o imaginaria.

María Moliner (2007) la define en su diccionario como: “Cualidad o actitud de la persona que se tiene por superior a las que la rodean por su riqueza, por su posición o por otra cualidad y circunstancia y que desprecia y humilla a los que considera inferiores”. Definición que de modo más sintético recoge la RAE (2019): “Satisfacción y envanecimiento por la contemplación de las propias prendas con menosprecio de los demás”.

Dos son, pues, los componentes básicos de la soberbia:

- la creencia en la propia superioridad.
- la humillación o desprecio de los demás.

### La clínica de la soberbia: el narcisismo

En síntesis, podemos definir la soberbia como un “sentimiento de superioridad frente a los demás que provoca un trato distante o despectivo hacia ellos”. Todo ello suena a una manifestación derivada del *narcisismo* que la psicología cataloga de trastorno de la personalidad. El término narcisismo remite al relato mitológico, recogido por Ovidio en las “Metamorfosis”, titulado Eco y Narciso.

Para Narciso los otros no son sujetos, sino objetos, y eso le impide relacionarse con ellos de forma profunda, íntima, amorosa, de tener sentimientos hacia los demás, incapaz de sentir empatía. Narciso se consume en este enamoramiento inalcanzable de sí mismo. A los demás los necesita como espejo, como eco, pero cuando encuentra a Eco en persona es incapaz de quererla. A los otros los trata como objetos que en sí mismos carecen de entidad. Narciso es imagen y Eco es voz, pero ninguno de los dos tiene entidad, porque uno se pierde en la imagen y el otro se pierde en la voz, ambas son efímeras, la voz suena y desaparece, la imagen se diluye cuanto más te acercas a ella. El mito contiene casi todos los elementos del narcisismo, desde la perspectiva clínica:

- Desdoblamiento del yo (sujeto) y los demás (objeto)
- Enamoramiento de sí mismo
- Necesidad de reconocimiento
- Engreimiento (soberbia)
- Incapacidad de amar
- Falta de empatía
- Reacción depresiva ante la frustración

Sin embargo, si prescindimos de un planteamiento clínico y nos atenemos a una característica de personalidad, seguramente podemos ponernos fácilmente de

acuerdo en que el narcisismo o los rasgos narcisistas son claramente observables en las personas orgullosas.

En otras ocasiones hemos (Villegas y Mallor, 2012, 2015, 2018) desarrollado detalladamente las diversas modalidades narcisísticas, *aristocrática*, *meritocrática* y *plutocrática*, correspondientes a los diversos momentos evolutivos del proceso de desarrollo moral, según una dimensión progresiva entre lo innato y lo adquirido, que pasamos a considerar a continuación.

### ***La modalidad aristocrática***

En esta progresión la primera modalidad sería la *aristocrática* (el gobierno de los nobles). El narcisismo aristocrático parte del supuesto que el propio valor proviene de la cuna. En su blasón nobiliario se podría grabar el siguiente lema: “Valgo por hidalgo”, es decir: “hijo de algo”. Se considera innato o congénitamente heredado, cuyo reconocimiento es socialmente debido, sin necesidad de otros méritos. Llevan muy mal que alguien se atreva a cuestionar su valía congénita, por lo que pueden usar la *seducción*, intentando atraer la admiración de otras personas a base de acercarse a ellas ofreciendo la cara más amable y lisonjera de que son capaces. En caso de no obtener el reconocimiento esperado de los demás, pueden adoptar una forma de *despotismo* con el ejercicio de la fuerza o la violencia, si lo consideran necesario, a fin de obtener su sometimiento. A falta de éxito con las estrategias anteriores, pueden echar mano de la *despectiva*: el desprecio, como forma de situarse en una posición superior al colocar sistemáticamente a los demás en una posición inferior. Y, en último término, si no pueden en la práctica someter o interiorizar a los demás, pueden intentar mantener su mundo glorioso en el ámbito de la fantasía, a través de la modalidad *elusiva*; encerrados en su torre de marfil se sienten reconocidos por un público imaginario que les aplaude de modo incondicional.

### ***La modalidad meritocrática***

La segunda correspondería a la *meritocrática*, el gobierno de los excelentes. Los narcisistas meritocráticos creen que han conseguido suficientes logros, en el campo que sea, como para merecer un reconocimiento público. A diferencia, en cambio, de los aristocráticos, deben estar continuamente demostrando que son capaces de sostenerse en el nivel alcanzado. De ahí el perfeccionismo como recurso virtuosista de excelencia.

Michelangelo Buonarroti, por ejemplo, llegó a ser un gran escultor, pintor y arquitecto, a pesar de los prejuicios y la oposición de su padre, que, siendo de familia noble, no podía aceptar que su hijo quisiera ser escultor, “un trabajo de artesanos”. La tenacidad de Michelangelo consiguió, sin embargo, aunque a costa de desarrollar una personalidad con rasgos claramente obsesivos, alcanzar la cúspide del arte de todos los tiempos, además de ganar suficiente dinero como para reparar la ruina económica de su familia de origen. Todo su empeño parecía dirigido a conseguir por sus méritos lo que la nobleza le negaba, al desertar de una

familia aristocrática arruinada.

### ***La modalidad plutocrática***

La tercera correspondería a la *plutocrática*. La plutocracia, de *plutos* (en griego), gobierno de los ricos, busca compensar los déficits personales con la adquisición de bienes apreciados socialmente. A falta de nobleza de estirpe o de méritos contraídos, una tercera alternativa para conseguir la exaltación frente al resto del mundo es la distinción que procura la acumulación de los bienes materiales o sociales, que pueden dar lugar a la fama en círculos más próximos o lejanos o, incluso, virtuales. Existen dos modalidades básicas de ostentación que pueden andar conjuntamente o por separado y que hemos denominado material y social.

### ***La modalidad plutocrática material***

Los bienes materiales no solamente pueden dar seguridad sino también prestigio social y sirven para ensalzar a su poseedor. No siempre la riqueza ha acompañado a la nobleza, con frecuencia arruinada, sino que ha dado lugar a la aparición de una nueva casta, “los nuevos ricos”, los cuales carecen de abolengo pero lo compensan con la posesión o adquisición de bienes que les permiten competir con los mejor situados socialmente. Aristóteles Onassis pasó de limpiar cristales en su juventud a convertirse en la fortuna más grande de su época, armador y dueño de flotas petroleras, de compañías de aviación, del casino de Montecarlo, y otros innumerables negocios.

### ***La modalidad plutocrática social***

Otra forma de compensar el déficit de méritos personales es rodeándose de personas o contextos que mejoren el prestigio social como *por contagio*. “Quien a buen árbol se arrima, buena sombra la cobija”. Incluso los reyes más absolutos necesitan hacerse acompañar de una corte de nobles que exalten su realeza. Este tipo de personalidades se jactan de su círculo de amistades, de sus contactos con personas famosas o influyentes o de sus relaciones amorosas con personas de destacado atractivo que exhiben como un trofeo. Conocen a medio mundo y hacen ostentación de los contactos con profesionales de alto prestigio o políticos influyentes. Olvidan que “aunque la mona se vista de seda, mona se queda”. El mismo Onassis mantuvo relaciones con la más alta sociedad y entre sus parejas tuvo a María Callas como amante y a la viuda de John F. Kennedy, Jacqueline, como última esposa.

### **La soberbia en las relaciones íntimas**

Estas modalidades tienen especial incidencia en las relaciones interpersonales, particularmente en las de pareja. Margarita y Roberto son una pareja de treintañeros que acuden a terapia por sus continuas discusiones. Ella por sus orígenes familiares y la posición económica de sus padres, su historial académico, su profesión de azafata y su físico agraciado y esbelto pertenece a las categorías *aristocrática* y

*plutocrática* del narcisismo. Él por sus orígenes humildes y su esfuerzo de superación en los estudios, el trabajo y la profesión pertenece a la categoría *meritocrática* del narcisismo.

Esas diferencias se trasladan a la dinámica de la relación con continuas discusiones sobre el fondo de “yo soy más que tú”, hasta el punto que en sesión se hace evidente no solo en lo que dicen, sino en el posicionamiento postural, ella erguida y él replegado sobre sí mismo, excepto cuando reivindica sus méritos. A propósito de esta observación por parte del terapeuta, Roberto interviene diciendo:

*“Hay un fantasma en nuestra relación. El conflicto que tenemos es el tema, dicho en broma o en serio, pero que lo tiene muy interiorizado: “La guapa de la relación soy yo”. Durante mucho tiempo era como el sentimiento de que “yo soy más que tú”. A veces lo ha exteriorizado así, no solo por el tema físico, sino porque “he ido a un mejor colegio que tú”, la posición económica de sus padres era mucho mejor que la de los míos en su momento... A mí me pasa eso: es la sensación de no ser suficiente.*

*Sin embargo –dirigiéndose a ella- estás viviendo en mi casa, yo tengo un trabajo, estoy haciendo muchas cosas, diciéndote valora lo que estoy haciendo, valórame a mí, que lo que tú hiciste en el pasado o lo que has sido o lo que eres da igual, pero estás conmigo, y te voy a dar lo mejor de mis posibilidades. Hay un poco de reivindicación por mi parte.*

*Esta situación genera cierta tensión. Ella ha pasado por muchas cosas: sus padres se han separado recientemente, el trabajo, los años de paro, etc. ha habido un conflicto muy grande y a mí a veces eso me genera un poco de falta de reconocimiento por su parte... Cuando acabé la carrera era el primero de mi clase, siempre he tenido muy buen reconocimiento por parte de todo el mundo; mis amigos, si quieren contar con alguien, van a contar conmigo, soy fiable, soy una persona educada y que no me vea así mi pareja me irrita enormemente...*

*Y ella me pasa por la cara que: “yo he ido al liceo francés y tú al colegio público, hablas mal porque vienes de tal barrio” y esto a mí me jode. Soy una persona bien reconocida en el trabajo, tengo mi piso, he conseguido muchas cosas, deberías estar orgullosa de mí, estar contenta de estar conmigo”.*

Aunque descritas por separado por razones de exposición, todas estas modalidades pueden combinarse parcial o totalmente entre sí, tal como viene a demostrar la frase de Cristiano Ronaldo: “Será porque soy guapo (aristocracia), rico (plutocracia) y un gran futbolista (meritocracia), porque me tienen envidia. No tengo otra explicación”.

## **Ira**

La ira es una respuesta emocional de carácter agresivo a una frustración o daño, que implica una percepción de injusticia y conlleva un intento de restitución o reparación.

### *Romántico y matón*

José Luis describe una historia de descontrol de la ira y por este motivo acude a terapia. En el siguiente diálogo trata de definir su problema con el “control emocional” de la ira.

José Luis (P): *Yo tengo los dos extremos, el cariñoso, el sensible, el romántico. Soy muy romántico, aunque no lo parezca... Pero, por otra parte, tampoco tengo límites... Porque pierdo los estribos. Es que no sé controlarlos, y eso que ya tengo 40 años...*

Terapeuta (T): *Cuando dices que no lo controlas ¿qué quieres decir?, ¿qué pasaría si te descontrolaras?*

P: *Pues que podría llegar a matar por ejemplo. Seguro*

T: *Pero, ¿a quién?*

P: *A quien se me ponga en mi camino y trate de impedirme lo que yo considere justo o que haga daño a mi familia.*

*Frustración*, del latín “frustra”, es un adverbio que significa “en vano, inútilmente”. La frustración puede ser efecto de un impedimento interno o externo que se interpone en nuestro camino hacia la consecución de un objetivo. Ello puede ser debido a la inutilidad de los esfuerzos o los méritos que podemos haber hecho por conseguir un objetivo que se nos resiste. La fábula de Esopo de la zorra que, por más saltos que dé, no alcanza las uvas, es un ejemplo paradigmático de este tipo de frustración.

En otras ocasiones la fuente de frustración es atribuible a la falta de consideración por parte de quien corresponda hacia los derechos que tenemos o creemos tener.

### *Percepción de injusticia*

Lo importante no es determinar si la afrenta o el daño infligido, la ausencia de recompensa tras un esfuerzo o la falta de reconocimiento de un (pretendido) derecho, son o no justas, sino que lo que cuenta es la percepción subjetiva (egocentrada, desde mi punto de vista) de injusticia.

*“Ella y solo ella es la responsable de mi dolor, jamás debió engendrarme, no sabe lo que significa ser madre, tener un hijo. Solo sabe utilizar, manipular, destruir. Su presencia engendra destrucción, desamor, odio. La odio. Sí, sí, sí, ella es culpable y debe sufrir las consecuencias. Yo no le pedí la vida. Si me la dio tiene la obligación de amarme y cuidarme, respetar mi parte afectiva y no lastimarme”.*

Los agravios o injusticias pueden provenir de otras personas, pero también pueden ser atribuibles a objetos inertes o a fenómenos de la naturaleza, a la sociedad, a la suerte o a la diosa fortuna, o a la absurdidad de la existencia.

### **Clínica de la ira: la venganza**

La persona que se siente agraviada espera una reparación de su daño u honor. Si esto no sucede puede buscarla a través de la venganza. Este es el origen de los tribunales de justicia, cuyo fundamento es aplicar la venganza de una manera pro-

porcionada y delegada (justicia vindicativa). En el pasado se admitían los duelos a muerte o el “*delitto d’onore*”, ejecutados por la propia mano del ofendido, sobre la base de la ley del talión: “ojo por ojo y diente por diente”.

Un episodio de la película “*Relatos salvajes*” dirigida por Szifrón (2014), nos presenta a Simón Fischer, un reconocido ingeniero, que intenta aparcar su coche donde mejor le conviene, mientras la grúa municipal se lo impide, llevándose al depósito una y otra vez... hasta la escena final, que constituye una explosión de violencia, mezcla de ira y venganza.

La *venganza* se sitúa en el colofón de la historia: una vez recuperado el coche, lo carga de explosivos y lo aparca descaradamente en zona prohibida. Espera que la grúa se lo lleve de nuevo al depósito municipal y lo hace explotar unas horas más tarde, mediante un dispositivo a distancia, causando diversos daños a las instalaciones *además de* un gran susto y alarma social. De este modo violento, pretende resarcirse de los “agravios sufridos”, a través de la *agresión*.

## Envidia

Envidia, del latín “in-vidia” (in-*videre*) significa literalmente: mirar a alguien, fijar la vista en alguien, clavar la mirada. Por eso Dante en la Divina Comedia colocaba a los envidiosos en el infierno, con los párpados cosidos, para que no pudieran ver. Se envidian los bienes ajenos que el otro tiene y yo no, y por esta razón se fija la atención en él. Se le envidian:

- los bienes tangibles o materiales, heredados o adquiridos: la casa, el coche, los viajes, la pareja, los hijos, el trabajo, etc.
- los bienes intangibles o simbólicos, innatos o alcanzados que tienen un valor social: la fama, la suerte, el atractivo o la belleza, el éxito, etc.

La comparación es la operación mental previa que desencadena la envidia: «Si otro lo puede tener ¿por qué yo no?». Puedo estar muy contento y conforme con mi situación en la vida hasta que se me compara con la del vecino. Com-*par*-ar es buscar la *paridad* (igualdad) de uno con el otro. Alguien se siente inferior, porque no tiene lo que tiene otro o no en el mismo grado o no es de la misma cualidad. La comparación pone de manifiesto una *in-iquidad*, una falta de *equidad* (iniquidad: desigualdad percibida). Esta desigualdad puede ser objetiva o no, pero lo esencial es que sea percibida como tal por una de las partes.

### Clínica de la envidia: los celos

Un caso particular de envidia lo constituyen los *celos*, de *zelum*, un deseo muy intenso, que consume. Los celos son un calco de la envidia, pero aquí el bien ajeno deseado hace referencia a los afectos. Lo que se envidia es el amor, la preferencia o elección del otro, como prefería Dios los sacrificios de Abel a los de Caín, lo que llevó finalmente a Caín a matar a su hermano, Abel.

En los celos siempre aparece una tercera persona, formando un triángulo amoroso. Las personas implicadas pueden estar unidas entre sí por lazos preexistentes,

como padres, hijos o hermanos. O pueden generarse tras la aparición de una tercera persona ajena a la relación, por ejemplo en el caso de una infidelidad o, incluso, entre los esposos ante el nacimiento de un hijo (Villegas y Mallor, 2017).

En la parábola del hijo pródigo (Lucas, 15:11-32), el hermano mayor experimenta celos porque a la vuelta de su hermano pequeño, que se ha gastado toda su herencia en malas compañías, es agasajado por el padre, mientras él considera que no ha recibido el mismo trato. Al quejarse ante él, porque nunca le ha hecho una fiesta como ésta, el padre le responde: Hijo, tú siempre estás conmigo, y todas mis cosas son tuyas. Pero era necesario hacer fiesta y regocijarnos, porque este tu hermano lo dábamos por muerto, y está vivo; se había perdido, y ha sido hallado.

### Codicia

La codicia, de *cupiditas* en latín, está claramente relacionada con Cupido la versión romana del dios Eros, el deseo. Pero este deseo está orientado a los bienes materiales. En consecuencia, podemos definir el concepto de codicia como: “el acaparamiento excesivo de recursos que supone la obtención de un provecho o beneficio propio en perjuicio ajeno, mediante abuso o explotación”.

Como resultado de la conciencia de estas necesidades y de la escasez de recursos para satisfacerlas se ha ido configurando progresivamente a través de los siglos un dinamismo psicológico orientado al acaparamiento y a la acumulación de los bienes de consumo, que llamamos codicia y avaricia, respectivamente. La codicia se considera un pecado capital, origen de los peores males del mundo: desigualdades económicas, explotación, abuso, crisis financieras, emigraciones, hambrunas, disputas territoriales, revoluciones, conflictos sociales y guerras. Los componentes de la codicia, tienen que ver con dos factores:

- la percepción de escasez de los recursos y
- el afán de acaparamiento de los mismos.

La *avaricia* se puede considerar una derivada de la codicia. El elemento que las diferencia tiene relación con el dispendio. La avaricia tiende a acumular bienes, recursos o dinero, evitando al máximo su dispendio. Se mueve por una motivación restrictiva: la escasez se percibe más en el gasto que la adquisición.

Si bien el acaparamiento y la acumulación de recursos en la historia de la humanidad ha sido una constante, como se puede comprobar a través de los restos arqueológicos de silos, bodegas o graneros en las más diversas civilizaciones y épocas históricas, estas prácticas tenían sus límites, debido en parte a la caducidad de los productos y en parte a la limitación del espacio.

La aparición relativamente reciente en la historia de la humanidad del dinero como sustituto intercambiable de cualquier producto ha favorecido, sin embargo, la potencial acumulación ilimitada en manos de unos pocos de todo tipo de productos que ya no requieren espacios físicos específicos, sino que pueden estar esparcidos por todo el mundo y que son renovables indefinidamente en la medida en que continuaban produciéndose. Estos pocos, sean individuos o corporaciones, suelen moverse

por una codicia insaciable, que no hace más que aumentar la distancia entre los ricos y los pobres. Especialmente afectadas se ven las clases medias, mermadas o destruidas, y la economía productiva, dejada al albur de la economía financiera.

Su referente mitológico bien podría ser el rey Midas. Hijo de un campesino que habiendo llegado al trono de Frigia por voluntad de los dioses, creció obsesionado por las riquezas. Por ello, cuando Dionisio (Baco) le ofreció satisfacer un deseo por haber ayudado a Sileno, un sátiro compañero suyo, Midas le pidió que todo lo que tocase se convirtiese en oro. Pronto pudo ver cumplido su deseo, que mantuvo tercamente a pesar de las advertencias en contra del dios del vino. Pero pronto también pidió renunciar a él, porque efectivamente todo lo que tocaba lo convertía en oro: las mujeres se convertían en estatuas de oro y la comida se transformaba en manjares de oro también. De este modo no podía ni siquiera comer y se veía condenado a morir de inanición y estéril sin dejar descendencia, aunque inmensamente rico.

### **Clínica de la codicia: la “Affluenza”**

“Mata a cuatro personas, pero se salva de la cárcel, al aplicársele el diagnóstico de *affluenza*” (García Casado, 2014 febrero). Ethan Couch, de 17 años, el muchacho al cual se refiere el titular de la noticia, continúa la nota de prensa, “evita la cárcel, tras atropellar con resultado de muerte a cuatro personas, en estado de embriaguez y exceso de velocidad”. El accidente ocurrió mientras conducía una camioneta de su padre y después de haber robado dos cajas de cervezas en un supermercado. Iba acompañado por siete amigos, adolescentes como él, uno de los cuales resultó también herido de gravedad. En lugar de ir a la cárcel, ingresará en un centro de rehabilitación social, que costeará la familia. En el juicio sobre el accidente, ocurrido en el estado de Texas el 15 de junio de 2013, los abogados alegaron “*affluenza*”, como eximente. La enfermedad, según el abogado texano Scott Brown, “*impide a los hijos de los ricos tener una noción clara de la gravedad de sus actos*”.

El término fue creado en 1996 por la psicóloga Jessie O’Neill, nieta de un presidente de la General Motors, que en *The Golden Ghetto: The Psychology of Affluence* se refería a que los hijos de familias opulentas no miden en ocasiones las consecuencias de sus actos. El concepto se popularizó en 1997 gracias a la exitosa película homónima de John de Graaf, una mirada mordaz a las consecuencias del consumismo y el materialismo en EE. UU. También en la película “*The Joneses*”, escrita y dirigida en 2009 por Derrick Borte, se pone de manifiesto el grado de insatisfacción, resultado de la comparación con el nivel y los bienes materiales de los vecinos, que induce a aumentar estúpidamente el consumo competitivo entre los componentes de una misma clase social.

Esta pretendida enfermedad que no consta en ningún manual de diagnóstico psicológico ni psiquiátrico, se describe en Wikipedia como una “enfermedad dolorosa y contagiosa de transmisión social, consistente en sobrecarga, endeudamiento, ansiedad y despilfarro como consecuencia del obstinado empeño por poseer más”,

o de una manera más simplificada, como “adicción irrefrenable al crecimiento económico, fruto del sueño americano”. En un informe psicológico el abogado alegaba:

*“Este chico lo ha tenido todo. Sus padres son enormemente ricos; siempre ha hecho lo que ha querido, nunca le han puesto límites y sólo ha aprendido a considerar o a valorar lo material y el consumismo desenfrenado, siendo incapaz de establecer un criterio de conexión entre sus actos y las consecuencias de su comportamiento, debido a que sus padres le enseñaron que con el dinero todo se puede”.*

## Lujuria

La palabra lujuria, derivada del latín *luxus* (lujo) hace referencia a exceso. Como tal no se limita al contexto de la sexualidad, sino a la experiencia incontenible del deseo. Con el tiempo este deseo se ha ido circunscribiendo al deseo sexual, para el que se ha reservado el concepto de lujuria y, el de lujo, a cualquier tipo de manifestación ostentosa. La lujuria no es un pecado contra la naturaleza ni contra Dios, sino que puede ser el origen de otros pecados y, por tanto, pecado capital. Ya Epicuro (2007) en sus “*Sentencias Vaticanas*” (Fragmentos, 51) escribía:

*“Acabo de enterarme de que tus excitaciones carnales se hallan demasiado propensas a las relaciones sexuales. Tú, siempre y cuando, no quebrantes las leyes, ni trastornes la solidez de las buenas costumbres, ni molestes al prójimo, ni destroces tu cuerpo, ni malgastes tus fuerzas, haz uso como gustes de tus preferencias. Pero la verdad es que es imposible no ser cogido al menos por uno de esos inconvenientes, el que sea. Pues las cosas de Venus jamás favorecen y por contentos nos podemos dar si no perjudican”.*

La dimensión moral le viene a la sexualidad de su dimensión relacional, que es donde se juegan los temas de fidelidad o respeto y sus contrarios; es la que nos abre a entender la lujuria como pecado capital. Introduce en la lujuria la dimensión erótica, el deseo del otro, más allá de la dinámica fisiológica de la pulsión. De la dimensión interpersonal se deduce que la lujuria pecaminosa no se define por el exceso o la intensidad del deseo, sino por la perversión de su objetivo amoroso: la fusión, la posesión, la traición, el dominio, el abuso, la violación, la humillación, la vejación, la destrucción, etc., la cosificación, en definitiva, del sujeto amoroso, convertido en obscuro objeto de deseo.

Muchas de estas conductas se ponen de manifiesto en comportamientos “cotidianos” en los ámbitos laborales, profesionales, académicos, artísticos, políticos, etc. en forma de chantaje sexual como medio de promoción, elección, preferencia, posibilidad de acceder a un contrato, etc., como ponen de manifiesto muchos testimonios recogidos bajo el hashtag “#MeToo”. Otras veces en forma de acoso físico o verbal, tocamientos, manoseos, comentarios soeces o provocativos, sin otro contexto relacional que el de la impulsividad del acosador en espacios públicos o privados, que presuponen una posición de poder abusivo sobre la víctima, aunque no comporten una violencia explícita como en las violaciones.

### **Clínica de la lujuria: la desigualdad**

La historia de la sexualidad humana es, en parte, una historia de desigualdad, abuso, dominio y sumisión, basada en las propias diferencias biológicas, en detrimento casi siempre de las mujeres, los niños o las clases explotadas. En la moral sexual romana la oposición era someter/ser sometido, donde someter (penetrar) era loable para los varones libres, ser sometido (ser penetrado) era lo natural para mujeres o esclavos.

Este esquema ha predominado en las sociedades patriarcales de todos los tiempos y culturas. Algunas religiones han intentado paliar este desequilibrio, predicando la igualdad de hombres y mujeres ante Dios. Fuera del ámbito religioso la literatura romántica, a veces en base a historias reales, como las de Abelardo y Eloísa, o fantaseadas, como las de Romeo y Julieta, ha querido subrayar también esta igualdad. Movimientos sociales, mucho más recientes de carácter laico como el feminismo, la reivindican también de forma contundente.

Para entenderse, hombres y mujeres, en la vida sexual, tienen que partir de dos principios: que hombres y mujeres son *ontológicamente* iguales, aunque no lo sean desde el punto de vista *sexual*. Las diferencias anatómicas no justifican ningún tipo de discriminación desde el punto de vista evolutivo, antropológico, psicológico, moral, social, laboral y legal, donde todos somos iguales.

El problema se plantea en las relaciones interpersonales mediadas por el sexo, es decir, erotizadas, para las que, como dice el filósofo francés Compte-Sponville (2001), deberemos ser capaces de crear espacios de libertad, reciprocidad e igualdad, independientemente de la orientación hétero- u homosexual.

#### *Cuando «sí» quiere decir «no»*

Si partimos del principio de preservar la igualdad en las relaciones sexuales, ésta se puede proteger solo en base al mutuo consentimiento. Los movimientos sociales feministas han insistido muy acertadamente en que No es NO y solo Sí es Sí. Con todo conviene advertir que no es lo mismo asentimiento que consentimiento. Y que éste último solo se puede calificar como tal, si se basa en una decisión plenamente libre.

El supuesto consentimiento, en efecto, está con frecuencia condicionado a otros fines, como contentar a la pareja o no querer decepcionarla, pero no por eso es libre, como puede verse en el caso de Susana, quien se siente mal porque cree que no es capaz de satisfacer sexualmente a su marido que siempre se muestra de mal humor. Está convencida de que si él estuviera satisfecho sexualmente se sentiría mucho más contento y todo iría mejor. A fin de reparar la insuficiencia de sus prestaciones accede a acudir a locales de intercambio de parejas y hasta alquilar los servicios de alguna prostituta en casa. Lo cuenta así:

Susana (S): *Hemos ido durante cierto tiempo a un local de estos de intercambio de parejas... La primera vez fue horrible: al entrar hay una sala oscura donde la gente baila y se toquetea. Es muy incómodo porque no*

*sabes quién te está tocando. Él, en cambio, se lo pasaba muy bien... Acudimos en otras muchas ocasiones y yo me sentía fatal, podríamos decir... violada, muy desagradable, un asco, porque si ya me gusta poco el sexo, ¡imagínate con desconocidos!*

Terapeuta (T): *¿Pero continuaste yendo?*

S.: *Sí, pero yo no le dije a él cómo me sentía; en realidad hacía ver que me lo pasaba bien para no aguarle la fiesta.*

T.: *¿Pero él sabe que no te gusta?*

S.: *No... no se lo he dicho nunca... No, es que me sentí fatal; primero sorprendida: «¿qué hago yo aquí?». Y sabiendo que a mí el sexo ya no me gusta mucho, pues imagínate... y ver el panorama y la cara que ponía él, de mucha emoción, como alucinando.*

T.: *Y por la cara de alucinado que ponía, ¿fuiste incapaz de decir nada?*

S.: *Sí, por aquella cara y porque se lo pasaba tan bien..., decidí callar.*

Moraleja: si quieres estar seguro del consentimiento en una relación sexual, no te conformes con obtener el consentimiento voluntario, asegúrate que también es libre.

## Gula

La palabra gula proviene de la misma palabra en latín *gula*, relacionada con gola (boca) o glotis (en griego), de donde deglución. Está pues asociada a la actividad bucal de la deglución (comer o beber). La comida y la bebida cumplen la función primaria de asegurar el sustento. Pero a la vez son, o pueden ser, una fuente de placeres, de escrúpulos morales o preocupaciones dietéticas según la perspectiva con que se aborden. De modo que la gula implica el consumo de alimentos. Siendo ésta una actividad esencial para la supervivencia del individuo y de la especie no acaba de entenderse en qué sentido se puede asociar el comer o el beber con un vicio o pecado capital. La gula o su contraria la abstinencia deben tener alguna característica que la haga específica del ser humano. Este valor simbólico probablemente cubra diversas funciones conjunta o separadamente, entre las cuales podemos señalar la compulsiva, la ansiolítica y la ostentosa.

De una manera muy esquemática quedan así planteados los temas relativos al significado de la comida para el animal humano. En efecto, no hay tal vez hoy en día un tema más polémico que el de la comida. Siendo el ser humano el animal omnívoro más completo, es el único que se plantea la licitud o conveniencia de multitud de alimentos, capaz de contar el número de calorías o la cantidad de grasas saturadas, monoinsaturadas y poliinsaturadas para cada ingesta. El único que se plantea beber la leche con lactosa o sin ella o sazonar los alimentos con azúcar, sal, pimienta o sin ellos. La especie que es capaz de establecer distinciones entre animales sagrados e impuros, de discutir el modo ritual cómo debe ser cortado el cordero; y así hasta el infinito. Algunas de estas cuestiones, elevadas a categoría de tabú religioso, son causa de disquisiciones científicas y hasta teológicas. La única

especie que desarrolla teorías, ideologías, dietas, prácticas hedonistas o ascéticas alrededor de la comida, la única que por estas mismas razones está expuesta a todo tipo de trastornos alimentarios, es la humana. Estas cuestiones dietéticas, independientemente de su origen ideológico, tienen notable incidencia sobre las conductas alimentarias problemáticas de las que se ocupa la psicología clínica, tales como la anorexia, la ortorexia, la vigorexia, la bulimia o los atracones.

### **Clínica de la gula: la comida como ansiolítico**

Si el hambre es percibida con una sensación de vacío en el estómago, nada tiene de extraño que la ansiedad o la angustia se asocien con el hambre, puesto que la experiencia de vacío es uno de los indicadores más frecuentes de angustia. Esta es una de las sensaciones más frecuentemente referidas por las personas que padecen bulimia o que practican el atracón. El diálogo con Juana que reproducimos a continuación lo expresa claramente.

Juana, paciente de 31 años, separada desde hace algunos meses, vive con sus padres, ha iniciado una nueva relación con Marcos, aunque no convive todavía con él al no haber formalizado la ruptura con la pareja anterior, toxicómano, que la había recludo y maltratado física y psicológicamente.

Inicia la sesión relatando que ha acudido a una entrevista en un hospital público para ser aceptada en un programa de tratamiento para trastornos alimentarios. Expresa una intensa decepción por el trato burocrático a que fue sometida en esta entrevista, que duró apenas dos minutos, y el impacto que le causaron las chicas anoréxicas con las que tuvo ocasión de cruzarse por los pasillos del departamento. Este caso resulta particularmente relevante por el hecho de no presentar una distorsión de la imagen ni una preocupación por el peso, por lo que el ciclo atracón-vómito se manifiesta nítidamente en su naturaleza.

Juana (J): *Es que solo llegar allí y ver lo que hay, ya empiezo a pensar, ¿por qué todas las chavalas están tan delgadas?, digo, si yo estoy de gloria. Yo veo las otras, porque yo he perdido más de treinta kilos, pero claro yo tenía chicha. Y la otra se hace lo mismo que yo, y no tiene chicha. Pero es que eran delgadas a más no poder, es que éstas no comen ni nada. Yo me veo gorda al lado de ellas. Son sacos de huesos andantes. Yo sé que estoy compensada por mi peso. Lo que pasa es que mi constitución es de ser más ancha... Pero anoche, después de ver todo aquello en el hospital, me comí un bocadillo enorme. He pasado la noche de perros, pero no vomité el bocadillo. Recuerdo lo que había allí y me pongo enferma, se me quitan las ganas de vomitar.*

Terapeuta (T): *Porque ¿lo que comes, lo vomitas?*

J.: *Sí, porque se me meten los nervios aquí en el estómago, como si fuera un bajón. Pero me puedo comer todo lo inimaginable, todo lo que pillo, y luego claro, me sienta mal. Pero anoche me quedé pensando: ¿cómo voy a vomitar? Me tengo que curar, me tengo que poner bien...*

T.: *Por lo que dices parece que todo esto está relacionado con la sensación de ansiedad.*

J.: *Sí, así es. Siempre me ha pasado, las temporadas que he estado muy nerviosa. Esto no es de ahora. De cuando me pasó lo de mi marido hace ya años. Entonces estaba muy gorda, pesaba ochenta y seis kilos. Paseábamos por la calle. Me daba vergüenza, con veintitrés años. Y claro, tanto machacarme con “estás gorda”, me metía de todo para adelgazar, pero no adelgazaba, engordaba más. Y venga hacer dieta y venga pastillas.*

T.: *¿Cuánto hace que empezaste a utilizar este sistema de atracarte y vomitar para calmar los nervios?*

J.: *De esto hace ocho o nueve años... Mi marido hacía su vida, pasando de mí, total. Él se iba a trabajar y venía a los tres días. Y si venía con algún problema, me dejaba en casa allí, como si yo no existiera. Pues yo que sé, a mí me daba por comer. Si estaba yo todo el día en casa, ¿qué hacía?, pues, comer.*

T.: *O sea, que estabas todo el día en casa, y estabas pensando en qué estaba haciendo él.*

J.: *Sí, de los mismos nervios; pues el aburrimiento, me daba por comer. Sí, me podía comer dos pasteles. Tengo el recuerdo de estar sentada en el sofá con mi pastel. Es que no me podía ni mover... A ver, era cuando, a lo mejor me tiraba semanas sin vomitar. Pero luego, según el estado de nervios que tuviera, según lo aburrida que estuviera, pues eso me llevaba a comer y a vomitar.*

T.: *Y luego, vomitar ¿para qué te servía?*

J.: *Pues para quedarme tranquila, porque me hinchaba de tanto comer. Claro, luego no podía ni respirar. De la ansiedad que tenía dentro, de haber comido tanto. Si me podía comer lo que se come una familia.*

T.: *Entonces resulta que estabas aburrida o estabas ansiosa y comías, y luego vomitabas porque te ahogabas de tanta comida. Cuando vomitabas, ¿en qué pensabas?*

J.: *Pensaba en quitarme esa pesadez que tenía en el cuerpo. Igual que ahora, como y me siento pesada, una mala leche que me entra. Muchas veces prefiero no comer, para no sentir esa mala leche.*

Finalmente, podemos entender la gula, también, como despilfarro o consumo voraz de los recursos necesarios para la supervivencia de los seres humanos, en conexión con la falta de conciencia de escasez, emparentada con la codicia, por lo que se convierte en un pecado ecológico, que favorece la explotación y destrucción del *habitat* planetario.

## **Pereza**

La pereza (del latín: *pigrítia*) puede definirse como: “negligencia, astenia, tedio o descuido en la realización de actividades”.

Para que la inacción pueda ser entendida como indicador de pereza se supone que la actividad debe estar negativamente motivada, como falta de ganas de emplear energía para alcanzar cualquier objetivo. Y que esta abulia se pueda considerar generalizada como una actitud ante la vida, por la que se valora como más gratificante el ahorro de energía que el dispendio de ésta, la evitación del esfuerzo, que sus posibles logros.

La inacción forma parte del ciclo natural actividad-reposo (esfuerzo-descanso). La acción está motivada por necesidades inmediatas de subsistencia, como los animales que están en reposo cuando no pacen o cazan. En el Paleolítico, por ejemplo, no habría lugar a hablar de pereza. Se entraba en acción cuando era necesario. En el Neolítico, en cambio, se inicia la regulación económica. El ciclo actividad-reposo se considera dentro de los parámetros ocio-negocio, motivado por fines diferidos: consecución de bienes a largo plazo.

Por ocio se entiende una actividad no productiva creativa, recreativa o de entretenimiento, o una inactividad contemplativa de regulación espontánea respecto al tiempo libre: pasar el tiempo, contemplación, aburrimento, juego, diversión (la cigarra de la fábula de Esopo, que pasaba el verano tocando la guitarra).

Por negocio se entiende una actividad productiva destinada a la obtención de un beneficio; obedece a una regulación planificada, la consecución del objetivo se difiere en el tiempo, cautivo de esta intencionalidad (la hormiga, que se pasaba el verano almacenando grano para el invierno).

El ocio en sí, entendido como tiempo liberado, no es ni bueno ni malo. Depende del uso que se haga, con qué fines y con qué resultados. Filósofos y monjes, tanto orientales como occidentales, estructuraban su vida de modo que pudieran liberar gran parte de su tiempo para dedicarlo a la contemplación, reflexión, meditación o, en general, a la vida espiritual (“*ora et labora*”).

Este tiempo liberado de obligaciones puede provenir de dos condiciones previas:

No tener que *hacer nada*: no estar obligado, ni necesitado; estar libre, tiempo libre. No tener *nada que hacer*: estar desocupado (falta de ocupación), estado de inactividad: «*dolce far niente*». La pereza se entiende en referencia al tiempo cautivo, no al tiempo libre.

### **Clínica de la pereza: la procrastinación**

En este contexto ocio-negocio, la pro-crastinación significa literalmente «dejar para mañana lo que puedes hacer hoy». Existen diversos motivos por los que una persona se pueda sentir tentada de aplazar la ejecución de los pasos necesarios para alcanzar la consecución de un objetivo:

- La connotación o valencia negativa de este objetivo. Si el objetivo carece de interés o su consecución implica un esfuerzo aversivo, se tenderá a aplazar su realización.
- La falta de recursos para llevar a cabo las tareas exigidas. Si la persona no posee los medios necesarios para alcanzar un fin, evitará aproximarse a él.

- La expectativa de reconocimiento meritocrático: perfeccionismo. Si se pone en juego el propio valor a través de la consecución de un objetivo, nunca se estará suficientemente preparado para alcanzarlo.

### ***Una procrastinación indefinida***

Cristina, de 34 años se presenta a terapia porque no consigue remontar en su vida profesional. Tiene muchos proyectos y ganas de hacer cosas, trabajar, continuar formándose, estabilizar su relación de pareja, pero se siente desbordada por todo y ya lleva un tiempo que ha hecho un crack, con ataques de pánico y ansiedad generalizada, hasta el punto de tener que dejarlo todo y coger la baja laboral. Había llegado a quedarse bloqueada no solo mentalmente, sino hasta físicamente.

En su caso podemos encontrar todos los factores que pueden llegar a intervenir en la procrastinación: motivación negativa, falta de recursos y perfeccionismo meritocrático: la imagen que quiere dar de sí como “mujer orquesta”, que le lleva hasta el bloqueo, se pone de manifiesto ya en sus primeras palabras:

*“Yo siempre he sido la que no tiene ningún problema, que escucho los problemas de todos los demás, la que es fuerte y puede con todo. Y de repente te dices “no puedo más”. Y entonces, yo lo que tengo es un cansancio o sea me he llegado a quedar bloqueada de bueno de tenerme que levantar alguien, porque mi cuerpo no responde. Pero yo en el fondo sé que soy muy fuerte, muy impulsiva y muy impaciente; o sea, cuando me veo bien ya arrancarí a correr y entonces mi cuerpo me dice que no, que no... Aunque yo siempre, he corrido siempre, lo he podido hacer todo ¿no?... Nunca estoy contenta, nunca tengo bastante; llevo mi trabajo, mi casa, mis estudios (narcisismo meritocrático)... Entonces dejé de trabajar, bueno, me echaron porque cogí la baja... Me da pánico adquirir esa responsabilidad de ir a un sitio unas horas cada día ¿no? Pues yo empecé a parar primero de todo eso cogiendo la baja y desentendiéndome de esa relación laboral; a parte yo trabajaba en algo que no me interesaba (motivación negativa); pero yo soy perfeccionista... yo trabajaba con un amigo que estábamos remontando una empresa y llegó un momento que no sabía ya ni dónde tenía los papeles (falta de recursos). Pues yo, por ejemplo, lo del perfeccionismo es algo que ahora quiero trabajarme, tomármelo con más calma...”*

Otras variantes clínicas de la pereza pueden considerarse: la acidia, la desidia y la negligencia.

La palabra *acidia*, (del griego *akedia*, “falta de cuidado”), significa descuido de sí. «El hombre virtuoso no puede ser una carga para los demás, por eso debe cuidarse de sí mismo. El cuidado de sí es éticamente primordial, en la medida en que la relación consigo mismo es ontológicamente la primera. El cuidado de sí resultará también beneficioso para los demás» Foucault (2002).

*Desidia* del verbo latino “*de-sedere*”, significa “quedarse sentado”, sin hacer nada. Es, por definición, inacción, generalmente como resultado de rehuir el esfuerzo (*indolencia*) y/o de mantener una actitud ambigua respecto al valor de la

vida o de la existencia humana, fruto de la mezcla de superioridad y de desprecio con que nuestra mirada narcisista nos sitúa frente al mundo.

### *Negligencia ↔ diligencia*

Ambas palabras comparten una raíz etimológica común, una en positivo (diligencia), amor o interés por algo, la otra en negativo (neg-ligencia) negación de este amor; emparentada con la pereza en cuanto es hija del desinterés que convierte en negativa la motivación. Gran parte del sufrimiento humano proviene de la dimisión o indiferencia ética en aras del hedonismo egoísta, de la falta de compromiso responsable con la existencia.

El pecado capital de la pereza no está relacionado con el uso del tiempo cronológico, sino con el del tiempo ético. Este es el pecado capital de la pereza: la negligencia.

### **Consideraciones Finales**

Replantear la idea de “pecados capitales” desde una perspectiva laica y actualizada nos lleva a redefinir los conceptos. Ya no se trata de pecados contra la divinidad, sino contra la humanidad. El pecado es concebido, en primer lugar, no como un error, sino como un daño producido a nuestros semejantes a causa de nuestro egoísmo moral. Desde esta nueva perspectiva hemos redefinido:

- La soberbia, como una posición de superioridad y dominio sobre los otros, derivada de un narcisismo exacerbado y egocéntrico, que impide ver a los demás como sujetos.
- La ira, como un derecho autoatribuido de restaurar la injusticia percibida, mediante la agresión o la venganza.
- La envidia, como fruto de la comparación y la rivalidad que llevan a percibir el mal ajeno, como bien propio.
- La codicia, como acaparamiento de los recursos económicos en detrimento de un reparto justo entre los humanos para subvenir a sus necesidades.
- La lujuria, como legitimación de la desigualdad en función de los derechos del impulso posesivo y del deseo fusional de una sexualidad dominadora.
- La gula, como despilfarro de los bienes de consumo disponibles, en detrimento de los recursos naturales de la tierra.
- La pereza, como desidia moral frente a nuestras obligaciones éticas hacia el mundo y hacia los demás, por negligencia o falta de compromiso.

La mirada psicológica que hemos dirigido sobre los siete pecados capitales, nos permite considerarlos en una óptica más moderna, a la vez que atemporal: la de una perspectiva intersubjetiva y social, desligada de sus orígenes filosóficos o religiosos. Retomar la idea de culpa y pecado, como reconocimiento del daño causado a los demás, a partir de motivaciones egocéntricas dominantes, nos lleva a reintroducir en psicología la dimensión moral y la responsabilidad, de la que el ser humano no puede, ni debe sustraerse.

## Referencias Bibliográficas

- Almodóvar, A., Almodóvar, P., García, E. Mosteirín, M., Rozín, G., Sigman, H. (Productores) y Szifrón, D. (Director) (2014). *Relatos salvajes* (Película). Argentina: El Deseo y K&S.
- Compte-Sponville, A. (2001). *A Short Treatise on Great Virtues*. Londres, Reino Unido: William.
- Epicuro (2007). *Obras*. Madrid, España: Biblioteca Gredos.
- Escur, N. (2011, abril 11). Entrevista André Comte-Sponville. *La Vanguardia*, Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/cultura/20110411/54139590727/andre-comte-sponville-nos-ha-tocado-vivir-en-la-sociedad-desorientada.html>
- Evagrio Pónico (2013). *Obras espirituales*, Madrid, España: Editorial Ciudad Nueva.
- Foucault, M. (2002). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. En C. Gómez (Ed.), *Doce textos fundamentales de la ética del siglo xx* (pp. 256-264), Madrid, España: Alianza.
- García Casado, C. (2014, febrero 06). Mata a cuatro personas, pero se salva de la cárcel al diagnosticarle "afluencia". *La Vanguardia*. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/sucesos/20140206/5439962867/el-polemico-caso-del-joven-con-afluencia-se-salda-con-terapia-y-no-carcel.html>
- Mankoff, D. (Productor) y Borte, D. (Director) (2009). *The Joneses* (Película). Los Ángeles, CA: Roadside Attractions.
- María Moliner (2007). Soberbia. *Diccionario de uso del español* (3ª ed.). Barcelona, España: Gredos
- O'Neill, J. H. (1996). *The Golden Ghetto: The Psychology of Affluence*. Hazelden, CA: Publishing & Educational Services.
- Real Academia Española. (2019). Soberbia. *Diccionario de la lengua Española* (23.3ª ed.). Recuperado de: <https://dle.rae.es/soberbia>
- Villegas, M. (2018). *Psicología de los siete pecados capitales*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2012). El narcisismo y sus modalidades. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 59-108. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/1004/s/el-narcisismo-y-sus-modalidades/category/3/>
- Villegas, M. y Mallor, P. (2015). Estima ontológica, estima narcisista. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 3-44. Recuperado de: <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/74>
- Villegas, M. y Mallor, P. (2017). *Parejas a la carta. Las relaciones amorosas en los tiempos posmodernos*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2018). "El Perfume" del Narciso. La terapia como validación del ser. En I. Caro (Ed.), *Cine, metáforas y psicoterapia* (pp. 39-49). Madrid, España: Pirámide.

# TEORÍA DEL APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: REVISIÓN TEÓRICA Y RECOMENDACIONES

## ATTACHMENT THEORY IN CLINICAL PRACTICE: THEORETICAL REVIEW AND RECOMMENDATIONS

**Sara Benlloch Bueno**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos,  
Facultad de Psicología, UNED. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2122-9248>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Benlloch Bueno, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348>

### Resumen

*El presente artículo pretende revisar cuáles han sido los últimos avances en la práctica psicoterapéutica desde la perspectiva de la teoría del apego y qué recomendaciones clínicas sugieren. El objetivo es, por un lado, actualizar los conocimientos bibliográficos en relación con las posibles interacciones entre los diferentes estilos de apego adulto y la práctica psicoterapéutica, teniendo en cuenta la importancia de la relación terapéutica. Por otro lado, trata de ofrecer recomendaciones para la práctica clínica basadas en los últimos avances procedentes de la investigación. Para ello se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos, se han excluido todos los artículos cuyo objetivo no fuera expresamente estudiar las relaciones entre el apego adulto y la terapia o psicoterapia individual de pacientes sin ningún trastorno específico, así como los anteriores al 2009. Los resultados incluyen un total de 21 publicaciones que cumplen con los criterios de inclusión y se analizan en una tabla que presenta sus títulos, autores y años, revista de publicación e impacto, tipo de estudio, resultados y principales conclusiones. A partir de estos hallazgos, se proponen recomendaciones para optimizar y adaptar la práctica clínica a las diferentes necesidades de los clientes. Se comentan las limitaciones y futuras reflexiones del presente estudio.*

**Palabras clave:** Teoría del apego, Psicoterapia, Estilos de apego adulto, Alianza terapéutica, Relación paciente-terapeuta.

### Abstract

*This article tries to review the latest advances in psychotherapeutic practice from the perspective of attachment theory and which clinical recommendations they suggest. The objective is, on the one hand, to update bibliographic knowledge regarding possible interactions between different styles of adult attachment and psychotherapeutic practice, taking into account the importance of the therapeutic relationship. On the other hand, it tries to offer recommendations for clinical practice based on the latest advances from research. For this purpose, an exhaustive search was carried out in different databases. All articles whose objective was not expressly study the relationships between adult attachment and individual therapy or psychotherapy of patients without any specific disorder as well as those before 2009, have been excluded. The results include a total of 19 publications that meet the inclusion criteria and are analyzed in a table that presents their titles, authors and year, journal of publication and impact factor, type of study, results and main conclusions. Based on these findings, recommendations are proposed to optimize and adapt clinical practice to the different needs of clients. The limitations and future reflections of the present study are discussed.*

**Keywords:** Attachment theory, Psychotherapy, Adult attachment styles, Therapeutic alliance, Patient-therapist relationship.

Fecha de recepción v1: 10-2-2020. Fecha de recepción v2: 11-3-2020. Fecha de aceptación: 17-4-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [sarabenllochb@hotmail.com](mailto:sarabenllochb@hotmail.com)

Dirección postal: Calle Carlos Dinnbier 13-15. 46015, Valencia. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



## Introducción

El concepto de apego se está convirtiendo en un tema de relevancia para los profesionales de la Psicología y otras disciplinas afines, aunque este sea un constructo que se ha venido usando de una manera muy difusa (Valero Rivas, 2018). Pese a que suscita mucho interés y tiene una especial relevancia en la práctica clínica, su aplicación y uso es poco preciso (Crittenden, 2017) y la abundante información se encuentra poco estructurada y pobremente enfocada para sugerir vías de intervención para los profesionales. De la misma forma, Eagle (2017) señala como limitación de las aportaciones clínicas de la Teoría del Apego, la ausencia de terapias con técnicas e intervenciones específicas directamente vinculadas o prescritas por dicha teoría y Galán (2019), destaca un fuerte desequilibrio entre los logros científicos y su desarrollo clínico.

Los cimientos básicos de la relación entre apego y psicoterapia residen, por un lado, en el establecimiento del profesional como una base segura desde la cual su paciente explora su mundo interior y a la cual regresa en busca de refugio y consuelo (Bowlby, 1988/1995). Por otro lado, una buena alianza terapéutica ofrece la oportunidad al paciente de experimentar una nueva forma de relación correctiva y de explorar su pasado en un contexto seguro y vinculado a su terapeuta, en quien confía, para que le ofrezca apoyo, seguridad y consuelo en los momentos de malestar (Holmes, 2009). Por tanto, la teoría del apego se traslada de la relación inicialmente definida entre una madre y su bebé, a la relación terapéutica entre terapeuta y paciente y en la que se favorece una forma de afrontar la vulnerabilidad (Bowlby, 1969/1989).

En definitiva, resulta de vital importancia conocer y organizar la investigación existente referente a cómo establecer una relación terapéutica que cumpla con las principales características de una relación de apego, y sea funcional para superar las dificultades y vulnerabilidades a las que se enfrentan las personas que acuden a buscar la ayuda de los profesionales de la psicología y la psicoterapia. De la misma forma, como profesionales, podremos orientar mejor el trabajo en la relación terapéutica para adaptarnos a cada individuo, calmando así su sufrimiento y ofreciéndole nuevas experiencias relacionales que generen un cambio positivo y que aumenten las posibilidades de éxito terapéutico. Renn (2017) apoya la idea de que son muchos los profesionales interesados por las aportaciones de esta teoría, pero se sienten perdidos cuando intentan aplicarla en su práctica clínica y, especialmente, con población adulta.

La introducción del presente artículo se compone de tres partes: la teoría del apego, el apego en adultos y los antecedentes más destacables en la relación de la psicoterapia y apego. Tras la justificación se presenta el método y los resultados. A partir de los resultados, se ofrecen una serie de recomendaciones para la práctica clínica en la discusión y se comentan en último lugar las limitaciones y las reflexiones futuras.

### **Teoría del Apego: conceptos fundamentales**

Es John Bowlby, en los años 60, quien desarrolla La Teoría del Apego la cual describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación con la primera figura vincular en el desarrollo del niño (Bowlby, 1969/1989, 1979, 1988/1995). Dicha relación es la primera que establecemos nada más nacer y, dentro de ella, aprendemos a regular nuestras propias emociones puesto que no somos capaces de hacerlo por nosotros mismos cuando nacemos (Botella y Corbella, 2005; Schore, 2001; Fonagy, 1999). Además, es a través de esta relación donde el recién nacido experimenta los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono, miedo) (Cordellat, 2008) y cumple las funciones de mantener la proximidad y tratar de establecer a la figura de apego como una base segura, desde la cual el niño parte a explorar y regresa en busca de refugio y consuelo (Bowlby, 1988/1995).

La calidad de dicho vínculo de apego influye tanto en el desarrollo físico y cognitivo del niño, como en su desarrollo emocional y afectivo, a lo largo de toda su vida (Malekpour, 2007). De hecho, aunque es más intenso en la infancia, se mantiene “desde la cuna hasta la tumba” (Bowlby, 1969/1989; p.78). Estas experiencias vinculares relacionales son la base sobre la que se construyen los modelos representacionales conocidos como Modelos Operativos Internos (Bowlby, 1973). Estos modelos son representaciones de uno mismo y de los demás que ha ido adquiriendo a lo largo de su vida como resultado de su interacción con el ambiente y fundamentalmente con sus figuras de apego.

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) diseñaron una situación experimental conocida como la *Situación del Extraño* donde se examina el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración bajo condiciones de alto estrés y se identifica el tipo de apego en niños de 1-2 años. Ainsworth (1979, 1989) observó diferencias individuales que se podían clasificar en tres formas principales de apego:

- Apego seguro (tipo B) el cual se logra a través de un contacto continuo, afectuoso y sensible a las necesidades del niño, que se muestra sociable y con un nivel alto de exploración.

- Apego inseguro evitativo (tipo A) se observa en niños cuyos cuidadores presentan conductas de rechazo, rigidez, hostilidad, aversión al contacto, intrusividad/intrusismo y/o dificultad para regular sus emociones. Por ello, son niños que evitan el contacto cercano y se distancian de su cuidador prestando más atención a sus juguetes.

- Apego resistente/ambivalente (tipo C) es propio de niños que responden con conductas de protesta, con ansiedad de separación y con enfado y/o ambivalencia en la reunión. Su cuidador se encuentra física y emocionalmente disponible de manera inconsistente (a veces sí y otras no) y el niño se siente inseguro y con temor a explorar y a separarse de su cuidador.

Main y Solomon (1986) identificaron un cuarto tipo: el desorganizado (D), caracterizado por presentar mayor inseguridad que los anteriores y por responder

con conductas confusas, contradictorias y/o aprensivas como respuesta al acercamiento de la figura de apego (Delgado y Oliva Delgado, 2004).

### **El apego en adultos**

Aunque es cierto que la teoría del apego fue inicialmente discutida en el ámbito de las relaciones tempranas, han surgido con posterioridad muchos estudios que investigan los principios de la teoría en las relaciones interpersonales que tienen lugar en la adultez. Pese a que el estilo de apego es algo que se mantiene relativamente estable debido a los modelos operantes internos y al ambiente familiar (Stein et al., 2012), no es algo fijado en el tiempo. Por ello, es susceptible de ser modificado a partir de nuevas experiencias vinculares gratificantes con figuras de apego seguras cuando se vive algún proceso de redefinición, como sucede en un proceso psicoterapéutico (Lossa, 2015).

Al hablar de estilos de apego, no sólo nos referimos a representaciones de las relaciones sino, también, a los modelos operativos internos que funcionan como interpretadores y guían estratégicamente el procesamiento de la información, además de influir sobre el registro emocional y las disposiciones hacia la acción (Serván, 2018). Estos se pueden definir a partir de dos modelos: categoriales y dimensionales. Siguiendo el modelo categorial, Main (2000) distingue los siguientes estilos de apego en adultos: seguro-autónomo, rechazante, preocupado y no resuelto. El estilo de apego seguro (*autónomo*) se caracteriza por personas que, en el dominio interpersonal, son más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias y, en el dominio intrapersonal, son más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas (Mikulincer, 1998). Este tipo de vínculo afectivo de apego se representa como un sistema de inmunidad psicológica. Cuando, a lo largo del desarrollo, dicha inmunidad psicológica (ofrecida por quien protege) es subóptima, el individuo ha de sacrificar algún aspecto de su vida psíquica a cambio de una seguridad módica dando lugar a los estilos de apego inseguro (Holmes, 2009). Por un lado, los individuos evitativos (*rechazantes*) permanecen próximos a quien les protege, pero sin aproximarse excesivamente por miedo al rechazo o a la agresión. En el dominio interpersonal, se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Mikulincer, 1998). Sacrifican la intimidad y se observa un déficit de activación de las respuestas de apego. Por otro lado, los individuos ambivalentes (*preocupados*) se encuentran siempre aferrados al cuidador (incluso en ausencia de peligro), por haber sido objeto de respuestas incoherentes en situaciones de angustia. Por ello, sacrifican la exploración y la autonomía como estrategia para obtener seguridad, hiperactivando a su vez las respuestas de apego. En el dominio interpersonal, son individuos con un fuerte deseo de intimidad, pero a su vez (y de ahí su ambivalencia), sienten una sensación de inseguridad respecto a los demás (Mikulincer, 1998).

Los estilos de apego previamente comentados también se pueden definir a partir de las dimensiones características de la inseguridad: la ansiedad o temor al

abandono y la evitación de intimidad y cercanía (Mikulincer y Shaver, 2007). Concretamente, una persona con apego seguro se caracteriza por tener baja ansiedad y evitación, ya que se conciben a sí mismas como merecedoras de cuidado y no temen involucrarse íntimamente con el otro. Sin embargo, una persona con apego inseguro evitativo (*rechazante*) presenta un nivel de evitación de la cercanía, intimidad y/o dependencia alto y se caracteriza por un fuerte énfasis en la independencia, autosuficiencia y en la habilidad para hacer frente a los problemas sin necesitar el apoyo de nadie. Por último, las personas con altos niveles en la dimensión de ansiedad (*preocupados*) presentan preocupación y miedo al rechazo y al abandono, además de dudas sobre la capacidad e importancia social de sí mismo.

En definitiva, Galán (2019) expone que cuando la relación de apego ha funcionado mal, la persona está expuesta a presentar dificultades en diferentes ámbitos de funcionamiento (cognitivo, afectivo, conductual y/o relacional) y se hace necesario intervenir promoviendo una mejor regulación de estas áreas manejando el vínculo de apego dentro de la relación terapéutica.

### **Antecedentes en la relación entre Apego y Psicoterapia**

Aunque la teoría del apego no ha llegado a hacer una propuesta clínica específica al mismo nivel de desarrollo que sus aportaciones evolutivas, sí ha ejercido una influencia enorme en el mundo de la psicoterapia (Galán, 2019). Esta ofrece una visión amplia y de largo alcance del funcionamiento humano y puede enriquecer la comprensión de un terapeuta sobre sus pacientes, así como también la relación terapéutica, en lugar de dictar una forma particular de tratamiento (Slade, 2008). Por otro lado, se observan esfuerzos por recopilar y sistematizar sus derivaciones clínicas y terapéuticas (Galán, 2020) con monográficos en revistas como *Revista de Psicoterapia* (Vol. 29, nº 111) y con artículos que pretenden cubrir el vacío entre investigación y práctica (Bennett y Nelson, 2010; Bettman y Friedman, 2013; Oppenheim y Goldsmith, 2007). Sin embargo, en ninguno se indica qué han de hacer exactamente los terapeutas para ayudar a sus clientes a superar los límites de su historia personal y, la mayoría, se centran en colectivos de infancia y adolescencia. Además, existen numerosas limitaciones de estas aportaciones clínicas (Galán, 2019) como es el caso de la ausencia de terapias con técnicas e intervenciones específicas directamente vinculadas o prescritas por dicha teoría (Eagle, 2017).

Partiendo de la idea de que es necesario convencer acerca de que la relación importa y hacer una psicopatología y psicoterapia más relacionales (Fonagy y Campbell, 2017), se presentan las aportaciones más destacables de los profesionales que se han dedicado a esta materia y que ahondan en los conceptos de la base segura, la alianza terapéutica, las funciones dentro de esta relación terapéutica y cómo se complementan los estilos de apego del terapeuta y del paciente.

En primer lugar, Holmes (2009) explica cómo la teoría del apego dispone de rasgos que hacen que su aportación a la psicoterapia sea única: tiene habilidad para avanzar desde las conductas externas observables hasta las representaciones

mentales. Por ello, integra perspectivas psicodinámicas, cognitivas y conductuales al mismo tiempo; ofrece una teoría coherente sobre la relación terapeuta-paciente donde la necesidad del paciente de buscar una figura de apego es la característica principal y el terapeuta ha de actuar como un cuidador responsivo (sensible, coherente, fiable y con mentalidad psicológica). Además, explica el concepto de base segura aplicado a la psicoterapia como de vital importancia para la supervivencia del individuo. Esta base segura es representada como la figura externa a la que se dirige la persona en busca de protección y sosiego, y, al mismo tiempo, como la representación de seguridad dentro de la psique del individuo a la que se dirige para la regulación de su afecto (p. 27).

Al igual que la figura de una madre sensible y responsiva ante las necesidades de su bebé (que le promueve un sentimiento de seguridad y le facilita la exploración de su entorno porque tiene certeza que estará disponible si necesita de su apoyo), un terapeuta puede servir como una base segura desde la que los clientes pueden “salir” a explorar y reflexionar sobre recuerdos y experiencias dolorosas y representan también un refugio seguro al que pueden volver en busca de sosiego. De hecho, Feeney y Noller (2001) concluyen en su revisión que es válido considerar que algunas relaciones adultas son relaciones de apego. Holmes (2009) pregunta: “¿Qué es la alianza terapéutica sino un vínculo de apego?” y define la coherencia, fiabilidad, compenetración y reparación de la ruptura como los parámetros básicos para establecerse como una base segura y, al mismo tiempo, elementos relevantes para establecer la alianza terapéutica (p. 83).

En esta misma línea, Wallin (2007) defiende que la psicoterapia puede suponer un vínculo curativo y que el terapeuta se consolida como una nueva figura de apego con la que el paciente puede desarrollar nuevos patrones de apego. Concretamente, establece al terapeuta como una base segura que facilita la exploración, el desarrollo y el cambio y a la que el paciente puede volver en busca de sosiego y restablecimiento emocional. En definitiva, ofrece un modelo de terapia donde se fomenta el equilibrio flexible entre la proximidad (conexión) y la exploración (característico del apego seguro).

También Crittenden (2017) señala al terapeuta como una figura de apego transitoria que cumple con funciones como la regulación emocional, la compasión, la comprensión y aceptación, la identificación de problemas y el apoyo necesario para una exploración emocional (entre otras), en su “Modelo Dinámico Maduracional (DMM)”.

El estilo de apego del paciente es una variable importante para tener en cuenta a la hora de construir el vínculo terapéutico. Por tanto, se ha de considerar importante a la hora de iniciar un proceso psicoterapéutico (Lossa, Corbella y Botella, 2012). De hecho, diferentes trayectorias personales de apego dan lugar a diferencias en la capacidad para atender a las experiencias privadas (Miller-Bottome, Talia, Eubanks, Safran y Muran, 2019; Wallin, 2007) y la seguridad para explorar el mundo podría verse complementada con la seguridad para dirigirse a procesos internos tales como

experiencias sensoriales, afectivas y cognitivas (Eagle, 2017).

En la revisión “Attachment Style [Estilo de Apego]” de Meyer y Pilkonis (2001), se ofrecen las siguientes recomendaciones prácticas: 1. Evaluar el estilo de apego del paciente; 2. Tener en cuenta el estilo de apego del paciente para crear una buena alianza terapéutica; 3. Considerar la modificación del estilo de apego como un objetivo de tratamiento; 4. Evaluar el estilo de apego del terapeuta. Las conclusiones indican los beneficios del apego seguro a la hora de formar alianzas terapéuticas estables y efectivas (Eames y Roth, 2000; Kanninen, Salo y Punamaki, 2000) y se constata como se producen mayores beneficios en el tratamiento para personas con dicho estilo (Mosheim et al., 2000; Meyer y Pilkonis, 2002) y mejor funcionamiento en diadas de cliente y terapeuta con estilos de apego opuestos.

Los pacientes con estilo de apego seguro se consideran “fáciles” puesto que pueden arriesgarse a entablar una relación diferente con el profesional y consigo mismo, reconocen la ayuda recibida y se aventuran a explorar su mundo interno. Los pacientes ambivalentes (preocupados), se encuentran muy activados emocionalmente (demasiado conscientes y con tendencia a exagerar) y buscan seguridad y protección a toda costa por lo que se benefician de intervenciones de mayor contención donde se establezcan límites funcionales, se refuercen las capacidades del paciente (disminuyendo la vivencia de vulnerabilidad que sobre-estimula el apego), o se enfatice la presencia y disponibilidad del terapeuta (haciendo así innecesaria la sobre-petición de ayuda) (Galán, 2020). En cuanto a los pacientes evitativos, se muestran recelosos y desagradecidos y poco implicados emocionalmente (tanto consigo mismo como con los demás), por lo que obtienen más beneficios con intervenciones que faciliten su expresión afectiva y conexión (Hardy et al., 1999).

### **Justificación del presente artículo**

Las publicaciones referidas específicamente a la relación entre la psicoterapia individual y el apego adulto son abundantes en general, pero existe poca investigación que relacione la teoría del apego con la terapia individual en adultos sin un trastorno específico (e.g., ansiedad, depresión, estrés post-traumático, etc.) y que, simplemente, acudan a buscar ayuda terapéutica por experimentar malestar o insatisfacción en su día a día debido a problemas derivados de su estilo de apego y/o a su inseguridad. Por ello se pretende mostrar de manera sistematizada y específica, cuáles son las variables mencionadas en la literatura en relación con este tema a partir de los trabajos publicados en los últimos once años, así como los últimos avances, con el objetivo de establecer cierto orden y destacar los aspectos comunes más importantes e innovadores ofreciendo finalmente una guía con recomendaciones clínicas basadas en la evidencia que ayude a los profesionales que tienen interés en este tipo de práctica clínica a llevar a cabo su intervención y aumentar las posibilidades de éxito terapéutico.

## **Método**

### **Tipo de revisión**

El método utilizado consiste en una revisión teórica. Las revisiones forman parte de una metodología de investigación cuyo objetivo es acumular conocimiento de forma sistemática a partir de los estudios publicados sobre un mismo tema. Las revisiones se deben realizar siguiendo un diseño preestablecido y a diferencia de otras, este tipo de revisión no pone a los pacientes como centro de estudio, sino a los estudios disponibles en los diferentes recursos electrónicos (Aguilera Eguía, 2014).

### **Estrategia de Búsqueda de Información**

Las búsquedas se realizaron en las siguientes bases de datos: Dialnet; Science Direct; Medline; PsycARTICLES; **E-Journals; Academic Search Premier, EBSCO eClassics Collection (EBSCOhost), Psychology and Behavioral Sciences Collection; ERIC; Psychology and Behavioral Sciences Collection; PsycINFO; Psycodoc; Proquest Central; Google Scholar; SciELO (Scientific Electronic Library Online)**. Se utilizaron las siguientes palabras, conjunto de palabras o frases relacionadas con los objetivos de la investigación: “Teoría del Apego”; “Apego y psicoterapia”; “Alianza terapéutica y apego”; “Apego adulto y terapia”; “Relación terapéutica y apego”; así como sus traducciones literales en inglés. Los operadores booleanos utilizados fueron “Y” (en inglés “AND”).

### ***Criterios de inclusión***

En una primera búsqueda sin criterios aplicados, se encontraron un total de 4,700 publicaciones referentes a “apego y psicoterapia” (“attachment AND psychotherapy”), desde 1932 hasta la actualidad. El primer criterio de inclusión fue el año de inicio de la búsqueda (2009-2020) con la intención de tener artículos representativos de los avances en la última década. El segundo criterio fue el idioma, seleccionando aquellas publicaciones en español e inglés. Asimismo, el tipo de artículos incluidos eran revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos, tesis, monográficos y guías oficiales de práctica y/o tratamiento clínico. Por último, se han incluido tanto artículos publicados como no publicados (sobre todo tesis) con el fin de evitar el “sesgo de publicación” (Delclaux, 1980; Oakes, 1986).

### ***Criterios de exclusión***

Como criterios de exclusión se consideraron las publicaciones anteriores al año 2009 así como aquellos artículos que no hacían referencia expresa a la relación entre el apego adulto y la psicoterapia individual como objetivo prioritario. Por tanto, los artículos con contenido de terapias específicas y con foco en la pareja, en grupos, en relaciones de amistad y/o sentimentales u otro tipo de apego que no fuera el adulto, fueron descartados. También, todos aquellos que investigaban sobre trastornos concretos como ansiedad, depresión, trastorno límite de la personalidad, trastornos alimenticios, etc.

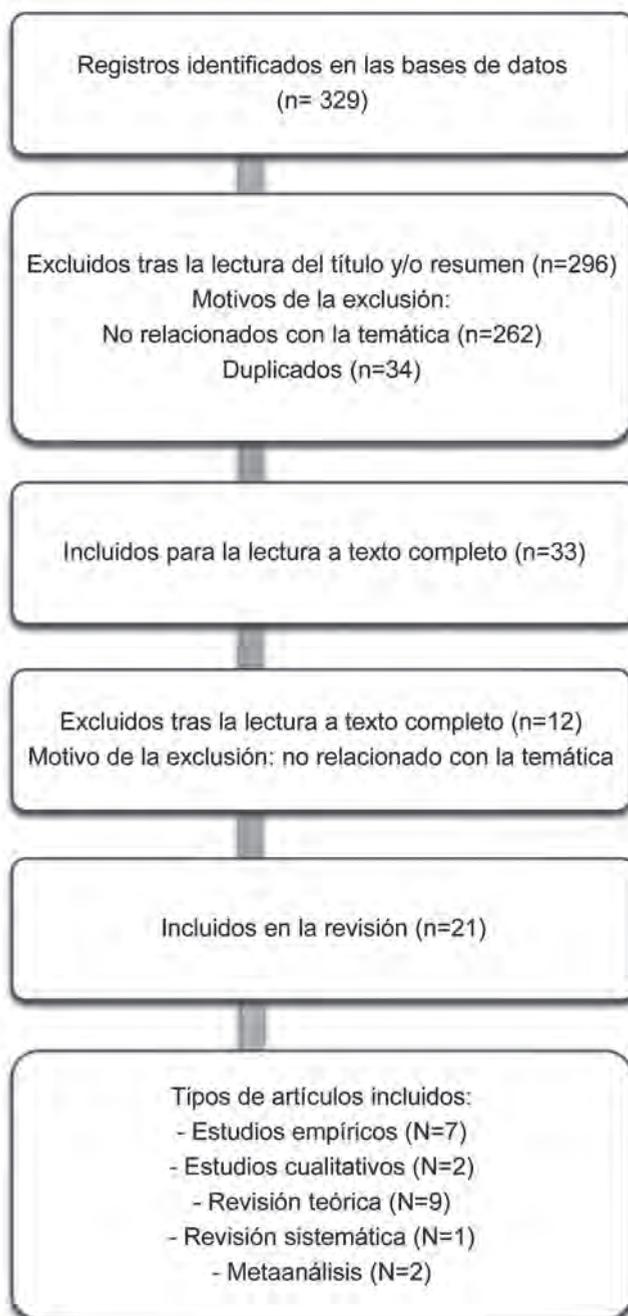


Figura 1. Diagrama de selección de los artículos finales del estudio.

## Resultados

Los resultados de esta revisión teórica se presentan resumidos en la tabla 1.

Tabla 1. *Principales resultados derivados de los artículos incluidos en la revisión.*

---

La teoría del apego ofrece un marco útil para informar y complementar la psicoterapia con adultos, independientemente de la orientación clínica.

Los conceptos de “base segura” y “refugio seguro” son nucleares dentro de la relación terapéutica.

La relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta es central para promover un cambio en las dinámicas de apego del paciente y en la forma de afrontar la vulnerabilidad.

Los estilos de apego seguros del paciente y terapeuta afectan positivamente al proceso, mientras que la ansiedad y evitación característicos de los estilos inseguros lo entorpecen.

Los estilos de apego opuestos entre terapeuta y cliente favorecen la alianza terapéutica.

La experiencia emocional correctiva se consigue gracias a una relación que va cambiando a lo largo del proceso (no es estática).

Al inicio de la terapia, los terapeutas se han de adaptar al estilo de apego del paciente y responder a sus necesidades para, una vez establecido el vínculo terapéutico, ir adaptando la distancia y ofreciéndole nuevas experiencias más adaptativas.

Se deriva una necesidad de seguir investigando sobre este tema para confirmar empíricamente cuál es el “valor añadido” de la perspectiva del apego.

---

## Discusión

Se ofrece a continuación un análisis detallado de los artículos seleccionados en la presente revisión con los principales resultados y conclusiones (tabla 2):

Tabla 2. Resumen de los datos principales de los artículos incluidos en la revisión.

Título	Autor/es, Año	Revista (Índice de impacto)	Tipo de estudio	Objetivo	Conclusiones
Perspectiva del apego en el proceso y resultado terapéutico	Mikulincer Shaver y Berant, 2013	Journal of Personality (3,483)	Revisión Teórica	Explicar implicaciones fundamentales de la Teoría de Bowlby a la psicoterapia y revisar evidencia empírica.	<p>Confirma la importancia de establecer lo que Bowlby denominó como "base segura" y "refugio seguro" dentro de la relación terapéutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El sentido de seguridad del cliente durante la terapia es vital para facilitar el trabajo terapéutico.</li> <li>- La seguridad del terapeuta contribuye a resultados terapéuticos positivos.</li> <li>- Las inseguridades del apego pueden reducirse en el proceso terapéutico.</li> </ul>
¿En qué mejora la Teoría del Apego la práctica clínica?	Galán, 2020	Papeles del Psicólogo (0,45)	Revisión teórica	Exponer contribuciones más relevantes de la Teoría del Apego a la práctica clínica y ofrecer recomendaciones	<p>La Teoría del Apego ha impulsado una forma específica de relacionarse con el paciente, donde la proximidad, la disponibilidad y el cuidado emocional comprometido son elementos fundamentales</p>
Apego y Psicoterapia	Slade y Holmes, 2018	Current opinion in Psychology (3,180)	Revisión teórica	Contextualizar la importancia de la teoría del apego para la psicoterapia con adultos, revisar literatura existente y destacar los elementos fundamentales de la psicoterapia informada por el apego.	<p>Los puntos clave de la psicoterapia informada por el apego son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La relación terapeuta y paciente es central para promover un cambio</li> <li>El reconocimiento "en vivo" de las dinámicas del apego durante la terapia guían la intervención</li> <li>La terapia puede modificar las dinámicas de apego</li> </ul>
La relación terapéutica desde una perspectiva de la teoría del apego	Skourteli y Lennie, 2011	Counselling Psychology Review	Estudio empírico	Examinar la visión del terapeuta como una figura de apego y la relación entre el tipo de apego del cliente en relaciones cercanas y con el terapeuta.	<p>Los análisis cuantitativos sugieren que el apego del cliente se activa en el contexto de la relación terapéutica (concretamente "Necesidad de aprobación" se asocia significativamente con los dos tipos de apego (Evitativo y Preocupado y "Preocupación en las relaciones" correlaciona positivamente con los apegos Preocupados). Los resultados cualitativos indican que el terapeuta sirve como una figura de apego a los clientes.</p>

<p>La dimensión clínica de la teoría del apego ¿Una promesa aún incumplida?</p>	<p>Galán, 2019</p>	<p>Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente</p>	<p>Revisión teórica</p>	<p>Abordar los factores explicativos del desequilibrio entre los logros científicos y su desarrollo clínico</p>	<p>Con planteamientos reflexivos, ajustados y bien fundamentados se puede extraer de la teoría del apego una enorme riqueza con la que mejorar la práctica clínica.</p>
<p>La teoría del apego e investigación y trabajo clínico</p>	<p>Eagle, 2017</p>	<p>Psychoanalytic inquiry (0,228)</p>	<p>Revisión teórica</p>	<p>Ampliar información sobre el rol del terapeuta como una base segura desde la que el paciente puede iniciar su exploración.</p>	<p>Se comentan las barreras en la habilidad del paciente para que perciba al terapeuta como una base segura y los ingredientes terapéuticos necesarios para atenuarlas.</p>
<p>Efectos de la organización de apego del terapeuta en el proceso y resultado de la terapia.</p>	<p>Parpollitas y Draghi-Lorenz, 2015</p>	<p>Counselling Psychology Review</p>	<p>Revisión teórica</p>	<p>Explorar cómo los tipos de apego de los terapeutas en prácticas y los cualificados podían influir en la alianza de trabajo, en la profundidad de las intervenciones, las contratransferencias y el resultado de la terapia.</p>	<p>Los apegos seguros de los terapeutas podían afectar el proceso y resultado de la terapia positivamente mientras que los apegos de tipo inseguro afectaban negativamente.</p>
<p>El rol del tipo de apego del terapeuta en la alianza y el resultado: Una revisión sistemática de la literatura</p>	<p>Degnan, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2016</p>	<p>Clinical Psychology and Psychotherapy (2,508)</p>	<p>Revisión sistémica</p>	<p>Examinar el impacto del estilo de apego del terapeuta en la alianza terapéutica y en los resultados.</p>	<p>Los resultados indican que es necesario que los terapeutas tengan en cuenta la influencia de su estilo de apego en el proceso terapéutico y que es necesaria más investigación en el tema.</p>
<p>Una exploración cualitativa del uso de la teoría del apego en psicoterapia con adultos</p>	<p>Burke, Danquah y Berry, 2016</p>	<p>Clinical Psychology and Psychotherapy (2,508)</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Explorar cómo un grupo de terapeutas con interés en la teoría del apego la aplican en su trabajo con clientes adultos.</p>	<p>Se concluye que la teoría del apego puede jugar un rol significativo en la práctica clínica con adultos y puede ser útilmente adoptada para complementar los procesos terapéuticos independientemente de la orientación clínica del terapeuta.</p>

El baile del apego	Owen, 2011	Journal of Psychotherapy Integration (2,11)	Revisión teórica	Explicar cómo los resultados empíricos pueden producir una guía para entender la teoría de las dinámicas cambiantes entre cliente y terapeuta.	Aunque sea imposible identificar cada giro y cambio en la relación terapéutica en general, si que se puede establecer un mapa de las dinámicas de dos personas en una relación terapéutica para reconocer, reducir y superar la inseguridad.
Alianza terapéutica: Evolución y relación con el apego en psicoterapia	Rossetti y Botella, 2017	Revista Argentina de Clínica Psicológica (0,582)	Estudio empírico	Analizar cómo se comporta la alianza terapéutica a lo largo del tiempo y averiguar si es facilitada u obstaculizada por ciertas características propias del estilo de apego del paciente.	Se evidenció una evolución lineal ligeramente creciente de la alianza terapéutica. Al asociarla con apego, la dimensión de evitación no reveló correlación. Con la ansiedad sí se mostró una relación negativa más fuerte avanzada la terapia.
La relación entre el apego adulto y la alianza terapéutica en psicoterapia individual: Una revisión meta-analítica	Diener y Monroe, 2011	Psychotherapy (2,302)	Meta-análisis	Examinar la relación entre el estilo de apego adulto y la alianza terapéutica en psicoterapia individual.	Los resultados mostraron que una mayor seguridad en el estilo de apego fue asociada con alianzas terapéuticas más fuertes, mientras que una mayor inseguridad en el estilo de apego se asociaba con alianzas terapéuticas más débiles.
Estilo de apego, representaciones de psicoterapia e intervenciones clínicas con clientes con estilos de apego inseguro	Geller y Farber, 2015	Journal of Clinical Psychology (2,33)	Estudio empírico	Demostrar la utilidad clínica de la relación entre la teoría del apego y la forma en que los pacientes crean y usan representaciones de la relación terapéutica.	Los resultados indicaron que, aunque los pacientes con diferentes estilos de apego inseguro intentaban evocar representaciones positivas de los terapeutas, la naturaleza específica de sus patrones representacionales variaba en función de los estilos de apego específicos.

<p>La Relación Psicoterapéutica Como Vínculo De Apego: Evidencia E Implicaciones</p>	<p>Mallinckrodt, 2010</p>	<p>Journal of Social and Personal Relationships (1,75)</p>	<p>Revisión teórica</p>	<p>Presentar un modelo conceptual que describa cómo los terapeutas pueden regular la distancia terapéutica para crear unas condiciones que mejor se ajusten a los clientes con hiperactivación de las conductas de apego versus a los que las desactivan.</p>	<p>Los terapeutas han creado una experiencia emocional correctiva ofreciéndole al cliente no una relación de apego estática sino una serie de relaciones de apego que van progresivamente cambiando y que promueven un funcionamiento cada vez más adaptativo.</p>
<p>Estrategias usadas en psicoterapia por terapeutas con adultos con estrategias evitativas o ansiosas de apego</p>	<p>Daly y Mallinckrodt, 2009</p>	<p>Journal of Consulting Psychology (3,344)</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Identificar temas comunes que informan de las estrategias que usan los terapeutas y describir su trabajo con clientes que tienen nivel alto de ansiedad en el apego (hiperactivados) o nivel alto de evitación (desactivados).</p>	<p>La distancia necesaria para "engancharse" a los clientes inicialmente es ajustada progresivamente para crear una relación de apego correctiva que facilite un cambio: aumentan gradualmente la distancia terapéutica en aquellos con ansiedad para que aprendan a funcionar de manera más autónoma y la disminuyen en aquellos con evitación para que superen sus miedos a la intimidad.</p>
<p>Metaanálisis del tipo del apego del paciente con el terapeuta: Asociaciones con alianza de trabajo y apego del cliente antes de terapia</p>	<p>Mallinckrodt y Jeong, 2015</p>	<p>Psychotherapy (2,302)</p>	<p>Metaanálisis</p>	<p>Llevar a cabo un metaanálisis de los estudios que habían explorado asociaciones del apego entre cliente y terapeuta (medidos por el CATS) con el apego del cliente antes de terapia y con la alianza de trabajo.</p>	<p>Los resultados sugieren que las dos dimensiones de inseguridad del apego de los clientes (ansiedad y evitación) se asociaban negativamente y significativamente con la subescala "Seguro" del CATS y positivamente con la subescala "Evitativo". La subescala "Seguro" del CATS era la única con una asociación fuerte y positiva con la alianza de trabajo. Los resultados tienen implicaciones significativas para entender la transferencia del cliente.</p>

<p>La base insegura en psicoterapia: Usando el estilo de apego del cliente y terapeuta para entender el inicio de la alianza</p>	<p>Marmaros et al., 2014</p>	<p>Psychotherapy (2,302)</p>	<p>Estudio empírico</p>	<p>Comprobar la noción de que los apegos complementarios son mejores para conseguir una base segura en psicoterapia.</p>	<p>Los resultados apoyan parcialmente la noción de que configuraciones de apegos diferentes entre terapeuta y cliente facilitan una mayor alianza, aunque sólo ocurría cuando se media la alianza inicial percibida por el paciente y sólo en relación con la dimensión de ansiedad del apego.</p>
<p>Los estilos de apego de clientes y terapeutas y la alianza de trabajo</p>	<p>Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2016</p>	<p>Clinical Psychology and Psychotherapy (2,508)</p>	<p>Estudio empírico</p>	<p>Examinar la relación entre la alianza de trabajo y el estilo de apego del cliente y el terapeuta de 30 diadas de un servicio de salud mental en Inglaterra.</p>	<p>La seguridad del apego del cliente y el terapeuta no se relacionaban independientemente con la alianza de trabajo, aunque había una asociación significativa entre la inseguridad del terapeuta y la alianza en los clientes con mayor sintomatología. También se evidenció que los terapeutas y clientes con estilos de apego opuestos reportaban mejores alianzas.</p>
<p>Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica</p>	<p>Lossa, Corbella y Botella, 2012</p>	<p>Boletín de Psicología (0,063)</p>	<p>Estudio empírico</p>	<p>Profundizar en el conocimiento de la relación entre el estilo de apego del paciente y la construcción de la alianza terapéutica.</p>	<p>- Los pacientes consiguen superar sus dificultades vinculadas asociadas a una menor puntuación en la subescala evitación del estilo de apego. - Los pacientes con estilo de apego ansioso tienen dificultades en el establecimiento de objetivos con el terapeuta a medida que avanza la terapia</p>
<p>Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante</p>	<p>Navia y Arias, 2012</p>	<p>Universitas Psychologica (0,23)</p>	<p>Estudio empírico</p>	<p>Determinar las variaciones de la alianza terapéutica a lo largo de la terapia y determinar la relación con el apego del consultante y terapeuta.</p>	<p>Los resultados indicaron que la seguridad del apego favorece el desarrollo de la alianza terapéutica evaluada por el terapeuta, en especial en la primera sesión. Posteriormente, la apertura a la intimidad con el consultante y la confianza en el procedimiento terapéutico beneficia la alianza terapéutica.</p>

A partir de los resultados y de la revisión llevada a cabo, se pueden establecer una serie de especificaciones operativas en diferentes ámbitos de la intervención y que han sido previamente destacadas por diferentes autores:

### **Aspectos básicos del terapeuta**

*Tener en cuenta el tipo de apego del terapeuta* y cómo este influye en la relación terapéutica, por lo que es recomendable un entrenamiento en el tema, terapia individual y supervisión (Degnan et al., 2016; Mikulincer et al., 2013; Parpottas y Draghi-Lorenz, 2015).

*Tener formación y conocimientos* de la teoría del apego independientemente de su orientación, puesto que se requiere estar preparado para encontrarse con estrategias relacionales ampliamente marcadas por la historia de apego del paciente (Berry y Danquah, 2016; Burke et al., 2016; Galán, 2019; Parpottas y Draghi-Lorenz, 2015).

*Ofrecer las condiciones necesarias para establecer una buena alianza terapéutica* que facilite la mejoría del paciente y establecerse como una “base segura” y un “refugio seguro” haciendo uso de las siguientes habilidades; ser sensible, ofrecer confianza, proximidad y disponibilidad, mostrarse interesado y a cargo de la situación, con capacidad de aceptar, entender, empatizar y responder cuidadosamente ante las necesidades del paciente, ofrecerle calma y sosiego (cuidado emocional) y animarle a explorar sus experiencias presentes y pasadas y a que alcance un equilibrio adaptativo y funcional entre autonomía y dependencia, saber cómo reparar las rupturas y adaptarse a los cambios, ser flexible, paciente, coherente y consistente para establecer una predictibilidad en la forma en la que el paciente va a ser tratado que le permita confiar y estar tranquilo y relajado (más seguro) (Eagle, 2017; Mallinckrodt, 2010; Mikulincer et al., 2013; Navia y Arias, 2012).

### **Aspectos básicos del paciente**

*Sentirse vulnerable, necesitar protección y requerir ayuda* de un congénere más fuerte o capaz son las características de los pacientes que acuden a consulta y que activan el sistema de apego dentro de la relación terapéutica (Galán, 2019, 2020).

*Evaluar y tener en cuenta el tipo de apego del paciente*: Se pueden utilizar instrumentos validados como el Sistema de Codificación del Apego del Paciente (*Patient Attachment Coding System- PACS*) que permite evaluar el despliegue de la relación de apego hacia el terapeuta dentro de la sesión, con independencia del tipo específico de psicoterapia (Talia, Miller-Bottome y Daniel, 2017). También resulta útil preguntar acerca de experiencias pasadas y analizar cómo las cuenta. Estas formulaciones del tipo de apego son las que van a guiar el proceso psicoterapéutico mediante diferentes estrategias (Mallinckrodt y Jeong, 2015; Navia y Arias, 2012; Rossetti y Botella, 2017).

### **Aspectos básicos de la intervención**

*Objetivos básicos de la psicoterapia:* Modificar el tipo de apego hacia otro más adaptativo y seguro que disminuya el malestar característico en los estilos de apego ansiosos y evitativos. Modificar sus modelos internos de trabajo con el fin de permitirles tener un funcionamiento más adaptativo con un sentido más fuerte de control y autoeficacia, junto con mayor capacidad de regularse emocionalmente de manera autónoma (auto-regulación de emociones, pensamientos y conductas) y mayor sensación de seguridad (Mikulincer et al., 2013; Slade y Holmes, 2018; Owen, 2011).

#### **Estrategias de intervención para conseguir los objetivos anteriores:**

##### **1. Adaptar la intervención al estilo de apego del paciente**

A) *En el caso de los pacientes preocupados (ansiosos o ambivalentes)*, se pueden beneficiar más de intervenciones cognitivas/comportamentales que les ayuden a separarse, contener y controlar sus emociones (también conocidas como estrategias de desactivación). Además, se recomienda mayor consistencia y predictibilidad mediante límites claros, tener paciencia con su dependencia y no caer en ser sobreprotectores (favorecer su autonomía paulatinamente).

B) *En el caso de los pacientes evitativos*, se pueden beneficiar más de intervenciones que hagan uso de estrategias emocionales (estrategias de hiperactivación) y se ha de tener cuidado con no reforzar su autosuficiencia y su falta de contacto emocional hablando de temas superficiales para proteger al paciente (Bucci et al., 2016; Daly y Mallinckrodt, 2009; Galán, 2019, 2020; Mallinckrodt, 2010; Marmaros et al., 2014; Rossetti y Botella, 2017).

2. *Aumentar la seguridad del paciente progresivamente* para mejorar a su vez la vinculación terapéutica y aumentar con ello las probabilidades de éxito terapéutico y de interiorización y autonomización de las nuevas capacidades de auto-regulación.

A) El terapeuta ha de unirse inicialmente al estilo de apego del paciente (respetar y validar sus estrategias protectoras y responder a sus necesidades y su ritmo) y una vez establecida la alianza terapéutica y a medida que avanza la terapia, empezar a distanciarse y favorecer su exploración y autonomía (en el caso de los ansiosos) o su tolerancia a la intimidad (en el caso de los evitativos).

B) Al final de la terapia, los dos tipos de diadas funcionarán idealmente en un nivel adaptativo de distancia terapéutica.

C) La seguridad se ha de establecer de forma general desde el inicio del proceso hasta su finalización y de forma particular en cada sesión: es clave una comunicación clara, con el establecimiento de límites claros que ofrecen una estructura coherente en cuanto a temas como la duración, frecuencia, remarcar citas, precios, horarios, el desarrollo de cada sesión, etc., y siempre y cuando esté adaptado a las necesidades del paciente y a sus ritmos (Daly y Mallinckrodt, 2009; Galán, 2020; Mallinckrodt, 2010; Mikulincer et al., 2013; Slade y Holmes, 2018; Owen, 2011).

3. *Hacer uso del aquí y ahora*, de la situación relacional “en vivo” para aumentar

la conciencia de lo qué está pasando en la relación terapéutica e identificar así las dinámicas relacionales y la manera de afrontar la vulnerabilidad del paciente. De manera opcional, se pueden hacer devoluciones que resulten ilustrativas para que pueda identificar, entender y cambiar dentro y fuera de la consulta (Galán, 2019; Slade y Holmes, 2018).

### Limitaciones y reflexiones futuras

La principal limitación se debe al hecho de que hay poca investigación empírica y/o de efectividad y eficiencia que relacionen la teoría del apego con la práctica clínica (psicoterapia individual) en adultos sin ningún trastorno específico, pero que buscan ayuda de un terapeuta porque sienten malestar, desajuste emocional o problemas en sus relaciones. Además, los criterios iniciales de inclusión y la selección final de los estudios han sido bastante restrictivos, por el carácter inicial y exploratorio de esta investigación. A partir de los resultados de este estudio, se podría efectuar un nuevo estudio más amplio y completo con criterios de selección final de los artículos menos restrictivos, e incluyendo también estudios y publicaciones en otros idiomas además del español e inglés.

De cara al futuro, se hace básico demostrar empíricamente “el valor añadido” de la teoría del apego a la psicoterapia (Berry y Danquah, 2016), así como la eficacia de las diferentes recomendaciones prácticas que se ofrecen en este estudio para dotarlas de mayor credibilidad. Por último, se propone plantear guías de formación para los profesionales interesados en esta perspectiva del apego con tal de facilitar su aplicación en la psicoterapia e incluso poder ofrecer adaptaciones a diferentes corrientes y prácticas clínicas.

### Referencias Bibliográficas

Nota: Las publicaciones señaladas con un asterisco (\*) son las utilizadas en la revisión sistemática.

- Aguilera Eguía, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? [Systematic review, narrative review or meta-analysis?]. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709-716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Bennett, S. y Nelson, J. K. (Eds.) (2010). *Adult attachment in clinical social work: Practice, research and policy*. Nueva York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6241-6>
- Bettman, J. E. y Friedman, D. D. (Eds.) (2013). *Attachment based clinical work with children and adolescents*. Nueva York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4848-8>
- \*Berry, K., y Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 15-32. <https://doi.org/10.1111/papt.12063>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. 2): *Separation: Anxiety & Anger*. Londres, Reino Unido: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida [The making and breaking of affectional bonds]*. Madrid, España: Morata.

- Bowlby, J. (1989). *Attachment and loss* (Vol. 1). Nueva York, NY: Basic Books (Trabajo original publicado en 1969).
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura: aplicaciones clínica de la teoría del apego* [A *Secure Base: Clinical applications of attachment theory*]. Barcelona, España: Paidós (Trabajo original publicado en 1988).
- \*Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A. y Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(2), 155-165. <https://doi.org/10.1002/cpp.1944>
- \*Burke, E., Danquah, A. y Berry, K. (2016). A qualitative exploration of the use of attachment theory in adult psychological therapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(2), 142-154. <https://doi.org/10.1002/cpp.1943>
- Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 16(61), 77-104. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/neurobiologia-de-la-autorregulacion-afectiva-patrones-de-apego-y-compatibilidad-en-la-relacion-terapeuta-paciente.html>
- Cordellat, F. S. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes* (Tesis Doctoral, Universidad de Ramón Llull, Barcelona, España). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/9262>
- Crittenden, P. M. (2017). *Raising parents: Attachment, representation, and treatment*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- \*Daly, K. D. y Mallinckrodt, B. (2009). Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 549-563. <https://doi.org/10.1037/a0016695>
- \*Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A. y Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 47-65. <https://doi.org/10.1002/cpp.1937>
- Delclaux, I. (1980). Enseñar Psicología: lo importante y lo accesorio. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35(167), 1115-1121.
- Delgado, A. O. y Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81. Recuperado de: <https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- \*Diener, M. J. y Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>
- \*Eagle, M. N. (2017). Attachment theory and research and clinical work. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(5), 284-297. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322420>
- Eames, V. y Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.421>
- Feeny, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433016133.pdf>
- Fonagy, P. (1999). Attachment, the Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. En J. Derksen, C. Maffei y H. Groen (Eds.), *Treatment of Personality Disorders* (pp. 53-68). Boston, MA: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6876-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6876-3_5)
- Fonagy, P. y Campbell, C. (2017). Bad blood: 15 years on. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(5), 281-283. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322419>
- Galán, A. (2019). La dimensión clínica de la Teoría del Apego, ¿una promesa aún incumplida? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 35-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular [How does the theory of attachment improve our clinical practice? It's time to recap]. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 66-73. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- \*Geller, J. D. y Farber, B. A. (2015). Attachment style, representations of psychotherapy, and clinical interventions with insecurely attached clients. *Journal of clinical psychology*, 71(5), 457-468. <https://doi.org/10.1002/jclp.22182>
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S. y Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 36-53. <https://doi.org/10.1080/10503309912331332581>
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura* [Attachment theory and psychotherapy. Looking for a secure base]. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Kanninen, K., Salo, J. y Punamaki, R-L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10(4), 435-449. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.435>

- Lossa, L. (2015). *Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática* (Tesis doctoral, Universidad de Ramón Llull, Barcelona, España). Recuperado de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/358922#page=1>
- \*Lossa, L., Corbella, S. y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103. Recuperado de: <https://www.uv.es/seaoane/boletin/previos/N105-6.pdf>
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(1), 1055-1096. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-desorganized/desoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En T. B. Brazelton y M. W. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Development Disabilities*, 53(105), 81-95. <https://doi.org/10.1179/096979507799103360>
- \*Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270. <https://doi.org/10.1177/0265407509360905>
- \*Mallinckrodt, B., y Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134-139. <https://doi.org/10.1037/a0036890>
- \*Marmarosh, C. L., Kivlighan Jr, D. M., Bieri, K., LaFauci Schutt, J. M., Barone, C. y Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51(3), 404-412. <https://doi.org/10.1037/a0031989>
- Meyer, B. y Pilkonis, P. P. (2001). Attachment style [Estilo de Apego]. *Psychotherapy*, 38(4), 466-472. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.466>
- Meyer, B. y Pilkonis, P. P. (2002). Attachment style. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 367-382). Nueva York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.466>
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(2), 513-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.513>
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- \*Mikulincer, M., Shaver, P. R., y Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, 81(6), 606-616. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x>
- Miller-Bottomo, M., Talia, A., Eubanks, C. F., Safran, J. D. y Muran, J. (2019). Secure in-session attachment predicts rupture resolution: Negotiating a secure base. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 132-138. <https://doi.org/10.1037/pap0000232>
- Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C. y Richter, R. (2000). Quality of attachment and interpersonal problems as possible predictors of inpatient-therapy outcome. *Psychotherapeut*, 45(4), 223-229. <https://doi.org/10.1007/PL00006719>
- \*Navia, C. E. y Arias, E. M. (2012). Therapist and Client Attachment and its Relationship with Therapeutic Alliance. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672012000300017](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000300017)
- Oakes, M. W. (1986). *Statistical inference. Epidemiology Resources*. Nueva York, NY: Wiley.
- Oppenheim, D. y Goldsmith, D. F. (Eds.) (2007). *Attachment theory in clinical work with children: bridging the gap between research and practice*. Nueva York, NY: Guilford. <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0251-z>
- \*Owen, I. (2011). The dance of attachment. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 330-347. <https://doi.org/10.1037/a0025492>
- \*Parpottas, P. y Draghi-Lorenz, R. (2015). Effects of therapists' attachment organisation on the process and outcome of therapy: A review of the empirical literature. *Counselling Psychology Review*, 30(4), 44-56. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2016-03754-005>
- Renn, P. (2017). Prologue. Creative attachments: clinical practice through and attachment theory lens. *Psychoanalytic Inquiry*, 5, 275- 280. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322417>
- \*Rossetti, M. L. y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281950399003.pdf>

- Schore, A. N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Serván, I. (2018). Apego y psicoterapia en situaciones complicadas. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 1-4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111>
- \*Skourtefi, M. C. y Lennie, C. (2011). The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counseling psychology review*, 26(1), 20-33. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2011-06757-002>
- Slade, A. (2008). Attachment Theory and Research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 762-782). Nueva York, NY: Guilford Press. <https://doi.org/10.1002/imhj.21730>
- \*Slade, A. y Holmes, J. (2018). Attachment and psychotherapy. *Current Opinion in Psychology*, 25, 152-156. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.008>
- Stein, H., Koontz, A., Fonagy, P., Allen, J., Fultz, J., Brethour, J., ... Evans, R. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 75(1), 77-91. <https://doi.org/10.1348/147608302169562>
- Talia, A., Miller-Bottomo, M. y Daniel, S. I. F. (2017). Assessing attachment in psychotherapy. Validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 149-161. <https://doi.org/10.1002/cpp.1990>
- Valero Rivas, I. (2018). Una Formulación Funcional Familiar Usando el Modelo Dinámico Maduracional del Apego y Adaptación [A Family Functional Formulation Using the Mature Dynamic Model of Attachment and Adaptation]. *Revista De Psicoterapia*, 29(111), 21-37. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111.261>
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Nueva York, NY: Guildford. <https://doi.org/10.1080/15299732.2010.496076>



# EL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PROFESIONALES CHILENOS E ITALIANOS

## THE PERSONAL STYLE OF THE THERAPIST IN CHILEAN AND ITALIAN PROFESSIONALS

Álvaro Quiñones<sup>1</sup>, Carla Ugarte<sup>2</sup>, Francisco Ceric<sup>3</sup>, Paola Cimbolli<sup>4</sup>,  
Fernando García<sup>5</sup> y Adele De Pascale<sup>6</sup>

1 Profesor Asociado. Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6993-0324>

2 Profesor Asistente. Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8130-131X>

3 Profesor Asociado. Centro de Apego y Regulación Emocional (CARE), Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5526-3399>

4 Centro Clinico Nemo Roma, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Italia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2328-7900>

5 Investigador. Fundación Aigle, Buenos Aires, Argentina

6 Director of APR, Accademy of Post-Rationalist Psychotherapy, Psychiatry and Cultural Psychology. Roma, Italia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8172-0111>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Quiñones, A., Ugarte, C., Ceric, F., Cimbolli, P., García, F. y De Pascale, A. (2020). El Estilo Personal del Terapeuta en Profesionales Chilenos e Italianos. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 191-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.345>

### Resumen

*El estilo personal del terapeuta (PST) es una construcción multidimensional que está presente en cada proceso terapéutico. Objetivo. Estudiar las diferencias entre los terapeutas cognitivos post-racionalistas italianos y chilenos en el estilo personal del terapeuta. Método. Se realizó un análisis transversal para comparar terapeutas en las cinco dimensiones de EPT. Para este propósito, se aplicó una prueba t. El cuestionario EPT-C se administró a una muestra total de 63 terapeutas cognitivos post-racionalistas de ambas nacionalidades. Resultados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los terapeutas en las funciones expresiva ( $p < 0.05$ ) e involucración ( $p < 0.05$ ). Los terapeutas italianos mostraron una media significativamente mayor en la función expresiva. Conclusión. En las cinco funciones evaluadas por EPT solo se encontraron diferencias significativas para la función expresiva, cuando se comparó por nacionalidad.*

Palabras clave: *Estilo personal del terapeuta, psicoterapia Cognitiva Post-racionalista, investigación, cultura.*

Fecha de recepción v1: 31-1-2020. Fecha de recepción: v2: 15-3-2020. Fecha de aceptación: 25-4-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [alvaroquinonesb@gmail.com](mailto:alvaroquinonesb@gmail.com)

Dirección postal: Álvaro Quiñones. Instituto de Ciencias Humanas Aplicadas (ICHA), Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

© 2020 Revista de Psicoterapia



### Abstract

*The Personal Style of the Therapist (PST) is a multidimensional construction that is present in every therapeutic process. Aim. Study the differences between Italian and Chilean cognitive post-rationalist therapists in the therapist's personal style. Method. A cross-sectional analysis was conducted to compare therapists in the five dimensions of EPT. For this purpose, a t-test was applied. The EPT-C questionnaire was administered to a total sample of 63 cognitive post-rationalist therapists of both nationalities. Results. Statistically significant differences were found between the age of the therapists in the expressive ( $p < 0.05$ ) and involvement ( $p < 0.05$ ) functions. Conclusion. In the five functions evaluated by ETP only significant differences were found for the expressive function, when compared by nationality.*

*Keywords: Personal style of the therapist, Cognitive post-rationalist psychotherapy, research, culture.*

## Introducción

En la actualidad contamos con investigación y hallazgos significativos sobre las variables que participan en el proceso y el resultado de la psicoterapia. Conjunto de conocimiento que se ha logrado a través de diversos estudios: focalizados en el terapeuta, en el paciente, y en la relación terapéutica (Beutler et al., 2004; García y Fernández-Alvarez, 2007; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Orlinsky y Howard, 1986; Quiñones, Ceric, Ugarte y De Pascale, 2017; Quiñones, Ceric y Ugarte, 2015; Quiñones, Melipillán y Ugarte, 2012; Quiñones, Ugarte, Ceric, García y Santibáñez, 2019; Wampold, 2015; Wampold e Imel, 2015).

Es importante comprender y asumir que la psicoterapia se lleva adelante en una cultura determinada. La cultura se refiere a las formas comunes en que los individuos interpretan el significado de ellos mismos y sus mundos posibles (Bruner, 1988, 1991; La Roche y Christopher, 2009). Los miembros de la misma cultura comparten conocimientos, música, valores, creencias, costumbres, rituales e historia, entre otras cosas. Toda esa dinámica de elementos culturales crea un sentido compartido de identidad y significados comunes y públicos. Más específicamente, Marsella y Yamada (2010), en su esfuerzo por discernir el vínculo entre cultura y comportamiento humano, definieron la cultura de la siguiente manera:

La cultura es el comportamiento y los significados aprendidos que se transmiten socialmente con fines de ajuste y adaptación. La cultura está representada externamente en artefactos (por ejemplo, comida, ropa, música), roles (por ejemplo, la formación social) e instituciones (por ejemplo, familia, gobierno). Está representado internamente (es decir, cognitivamente, emocionalmente) por valores, actitudes, creencias, epistemologías, cosmologías, patrones de conciencia y nociones de personalidad. La cultura se codifica verbalmente, imaginariamente, propioceptivamente, visceralmente y emocionalmente, dando como resultado diferentes estructuras y procesos experienciales (2010, p.105, Traducción libre de los autores).

Sumado a lo anterior, es fundamental también destacar que el contenido de la cognición es siempre intersubjetivo y, en tal sentido, la sensibilidad cultural del Homo Sapiens es de la mayor relevancia en el significado expresado principalmente a través de las narrativas y del estar con otros en la construcción del significado (Quiñones, 2013). A modo de ejemplo de cómo la cultura incide en el procesamiento de la información y del significado, Cai, Brown, Deng y Oakes (2007), destacan que existe un consenso sobre la naturaleza de las diferencias culturales en la autoestima; los autores indican los siguientes hechos: (a) las personas de todo el mundo se esfuerzan por sentirse bien con ellas mismas; (b) las culturas dictan qué cualidades deben tener las personas para sentirse bien con ellas mismas; (c) los asiáticos obtienen puntuaciones más bajas en las escalas de autoestima que los occidentales; (d) estas diferencias surgen porque los asiáticos evalúan sus características de manera menos positiva, no porque se gusten menos que los occidentales; y (e) las diferencias culturales en las autoevaluaciones dependen, al menos en

parte, de las diferencias culturales en las normas de modestia. En tal contexto de diferencias culturales, nos interesamos en el estudio del terapeuta y en cómo las eventuales diferencias pueden afectar su estilo personal de trabajo en psicoterapia.

El foco de nuestra investigación es el estilo personal del terapeuta. Es un constructo multidimensional y es un componente de todo proceso terapéutico (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003; Fernández-Álvarez, García y Schreb, 1998). El constructo fue definido por Héctor Fernández-Álvarez et al., (1998):

El estilo personal del terapeuta (PST) se ha definido como un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a operar de una manera particular en su trabajo (Fernández-Alvarez, en prensa). Esto se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime en su trabajo como resultado de su peculiar forma de ser, independientemente del enfoque de trabajo que utiliza y los requisitos específicos que exige su intervención (1998, p. 353, Traducción libre de los autores).

Hoy por hoy, hay cerca de 48 publicaciones que han utilizado el cuestionario EPT-C (Fernández Álvarez y García, 2019). Por otra parte y según orientaciones, las investigaciones muestran lo siguiente:

- a) Los terapeutas psicoanalistas presentan menores puntuaciones en las dimensiones Atencional y Operativa (atención abierta y tratamientos menos pautados) y puntuaciones bajas en la dimensión expresiva (menos cercanos) (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2000) e involucramiento (Casari, Albanesi y Maristany, 2013; Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, 2008; Fernández-Álvarez et al., 2000; Quiñones y Ugarte, 2019).
- b) Los terapeutas cognitivos (racionalistas), serían más directivos en su estilo y más distantes emocionalmente (Vides-Porras, Grazioso y García de la Cadena, 2012). Muestra de 101 terapeutas, en que un 13.9% se identificó como Cognitivo y un 7.9% se identificó como Cognitivo-Humanista. No se incluyen terapeutas de orientación post-racionalista.
- c) Los terapeutas sistémicos presentan mayores puntuaciones en el estilo involucración y preferencia por tratamientos menos pautados (Vides-Porras et al., 2012).
- d) En una muestra de 60 terapeutas de tres orientaciones: 20 psicoanalistas, 20 cognitivos y 20 integrativos. No obstante, lo pequeño del tamaño muestral de los grupos, reportaron un perfil con diferencias significativas, y por tanto característico, según los terapeutas sean cognitivos, integrativos o psicoanalíticos (Vázquez y Gutiérrez de Vázquez, 2015).
- e) En una muestra de 67 terapeutas se comparó a la orientación cognitiva post-racionalista y sistémica (Quiñones et al., 2019; Quiñones y Ugarte, 2019). Se realizó una prueba *t* de comparación de medias (bilateral) para determinar si existían diferencias significativas en las puntuaciones de

ambos grupos en las distintas funciones del EPT-C. El análisis mostró que los terapeutas sistémicos y cognitivos post-racionalistas presentan diferencias estadísticamente significativas en dos funciones. Función atencional ( $t = -2.541$ ;  $p < 0.05$  y un tamaño del efecto  $r = 0.296$ ) y función operativa ( $t = -2.253$ ;  $p < 0.05$  y un tamaño del efecto  $r = 0.267$ ). En ambos casos se evidencia un tamaño de efecto pequeño. En las demás funciones se observan diferencias leves en los puntajes que no alcanzan a ser significativas.

En tal contexto, es de destacar que el cuestionario EPT-C se encuentra validado en diferentes idiomas, lo que muestra buena sensibilidad del instrumento psicométrico (Da Silva, Tellet, Fernández-Álvarez y García, 2006; García y Fernández-Álvarez, 2007; Lee, Neymar y Rice, 2013; Prado-Abril et al., 2019; Vides-Porra et al., 2012). Sumado a lo anterior, encontramos únicamente una referencia en que se aborda una comparación multicultural con el EPT-C presentada en un congreso y que hasta la fecha no ha sido publicada (García, Castañeiras, Rial y Fernández-Álvarez, 2005).

En el presente estudio se evaluará las diferencias entre las funciones del EPT-C entre terapeutas chilenos e italianos. Lo anterior, se fundamenta en que la expresión emocional está situada en un encuadre cultural. La expresión emocional en Italia es diferente a la expresión de emociones en Chile. Si bien es cierto, según nuestra búsqueda en bases de datos, no hay estudios que muestren una comparación de la expresión emocional entre chilenos e italianos. En nuestra opinión, la diferencia posible tiene que ver con que la dimensión expresiva del EPT-C debiera reflejar esta diferencia.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar si existen diferencias en las funciones del Estilo Personal de Terapeuta (EPT-C), según sexo, edad y nacionalidad de los terapeutas Cognitivos Post-racionalistas chilenos e italianos.

La hipótesis principal de investigación que condujo el presente trabajo fue que existen diferencias en la función expresiva del Estilo Personal del Terapeuta.

En último lugar, es de destacar, que la presente investigación según lo revisado en distintas bases de datos (WoS, ScieLo, PsicoInfo, MEDLINE, EBSCO), es el segundo estudio que investiga a terapeutas de la escuela cognitivo post-racionalista en el constructo Estilo Personal del Terapeuta, utilizando el cuestionario EPT. Es de destacar, que el primer estudio publicado es una comparación de dos escuelas, terapeutas post-racionalistas y terapeutas sistémicos (Quiñones et al., 2019). De igual manera, este estudio es el primero que compara una misma escuela psicoterapéutica en dos países con idiomas distintos: Italia y Chile.

## Método

Para este estudio se realizó un análisis comparativo de alcance descriptivo-correlacional, a través de un diseño no experimental y de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencionado.

Los participantes fueron seleccionados en base a los siguientes criterios de

inclusión: a) Psicólogos que ejercen psicoterapia; b) que tengan formación y que se autodenominen perteneciendo a la orientación Cognitivo Post-racionalista.

### **Instrumentos**

El constructo Estilo Personal del Terapeuta fue evaluado con la versión del cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta -EPT-C- (Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez et al., 2003) validado en Chile por Quiñones, Melipillán y Ramírez (2010). El EPT-C es un instrumento autoadministrado consta de 36 ítems presentados como aseveraciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo en una escala de tipo Likert, que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 7 (*totalmente de acuerdo*). Los 36 ítems se agrupan en las siguientes 5 funciones:

- a) Función instruccional [flexibilidad-rigidez]: Alude al establecimiento del encuadre terapéutico y la actitud que toma el profesional con respecto a los límites.
- b) Función expresiva [distancia-cercanía]: Alude a la expresividad emocional. Muestra la intensidad emocional de los intercambios emocionales que ocurren en el proceso psicoterapéutico.
- c) Función de involucración [menor grado-mayor grado]: Alude al grado de compromiso que el psicoterapeuta experimenta con su trabajo y la relación con el resto de las áreas vitales.
- d) Función atencional [amplio-focalizado]: Relacionada con la búsqueda de información que puede ser focalizada o abierta.
- e) Función operativa [espontáneo- pautado]: Se refiere a las acciones que realiza el terapeuta en relación a las intervenciones terapéuticas específicas. Permite diferenciar profesionales con actitud directiva versus actitud espontánea en relación a las intervenciones.

El cuestionario ha presentado una adecuada confiabilidad y estabilidad temporal (test-retest a 4 meses) para las 5 funciones (Fernández-Álvarez et al., 2003).

Específicamente, en cuanto a la fiabilidad la versión original creada en Argentina (Fernández-Álvarez et al., 2003) presentó adecuados niveles, con valores *alfa de Cronbach* de entre .69 (función instruccional) a .80 (función atencional). En terapeutas chilenos los valores de fiabilidad según alfa de Cronbach fueron iguales o mayores a .75, con excepción de la función de involucración que obtuvo un alfa de .68 (Quiñones et al., 2010). Finalmente, en terapeutas italianos, la fiabilidad osciló entre los valores .61 (función atencional) a .74 (función expresiva) (Cimbolli, Quiñones, Ugarte y Ceric, 2017).

*Cuestionario sociodemográfico y de formación profesional:* Se construyó un cuestionario *ad hoc* para la presente investigación, tanto en español como en italiano, a través del que se consignaron datos como la edad, sexo, años de experiencia, grado académico y enfoque terapéutico, contexto de ejercicio profesional y acreditación como psicólogo clínico.

### **Procedimiento**

En primer lugar se hizo una planilla con los nombres de los terapeutas conocidos por los investigadores chilenos e italianos, que tenían formación en el enfoque Cognitivo Post-racionalista. En segundo lugar, se envió una invitación en castellano e Italiano a través de correos electrónicos a los psicoterapeutas en Chile e Italia. En el correo en castellano e Italiano, se les describió la investigación y se les facilitó el link que contenía el consentimiento informado, un “cuestionario sociodemográfico y de formación profesional” y el cuestionario EPT-C validado en Chile (Quiñones, et al., 2010) y adaptado en Italia (Cimbolli et al., 2017). Las respuestas evacuadas en el formulario en-linea fueron recepcionadas automáticamente en una planilla excel. Una vez recibidas las respuestas de los terapeutas, la planilla excel fue traspasada al software estadístico SPSS v.21 para proceder a su depuración y análisis estadístico.

### **Plan de análisis**

Primero, se realizaron los análisis descriptivos del instrumento y la muestra en estudio. Además, se analizó la consistencia interna de las funciones del ETP-C para esta muestra. Las variables fueron descritas según normalidad. Posteriormente, se utilizó la prueba *t* de Student para analizar la relación entre sexo y las funciones del EPT-C. Para analizar la relación entre la edad de los terapeutas y las funciones de EPT-C se aplicó correlación de Pearson, y finalmente, para estudiar la relación entre la nacionalidad (aspecto cultural) y las funciones del EPT-C se realizó la prueba *t* de Student.

## **Resultados**

### **Estadísticos Descriptivos**

La muestra estuvo conformada por un total de 63 terapeutas, de los cuales un 62% ( $n = 39$ ) eran mujeres y 38% ( $n = 24$ ) hombres. El promedio de edad fue de 44 años ( $DT = 11.09$ ), con un rango de edad entre 27 y 72 años. El 54% de los terapeutas eran chilenos ( $n=34$ ).

Los 63 terapeutas, son de orientación cognitiva post-racionalista. En cuanto al nivel de experiencia, la media de años de ejercicio profesional en el grupo de terapeutas post-racionalistas chilenos fue de 12.01 años ( $DT = 9.98$ ) y de 14.93 años ( $DT = 10.78$ ) en los terapeutas italianos.

El 67.6% ( $n = 23$ ) del grupo de terapeutas de orientación cognitiva post-racionalista chileno ejerce mayormente en la atención privada y el resto en el sector público. Para el grupo de terapeutas post-racionalistas italianos, se evidencia que el 72.4% ( $n = 21$ ) lo hace en atención privada (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Descriptivos de la muestra.*

Grupo	n	Edad M(DT)	Sexo (% femenino)	Años Ejercicio M(DT)	Con formación Post-racionalista	Atención (% privada)	Habilitado %
Italianos	29	47.55 (10.37)	76%	14.93 (10.78)	100%	72.4%	65%
Chilenos	34	42.98 (11.85)	50%	12.01 (9.98)	100%	67.6%	24%

La fiabilidad del instrumento para la presente muestra, se evaluó mediante alfa de Cronbach, obteniéndose alfa de .613 para la función atencional, .646 para la función expresiva, .669 para la función instruccional, .626 para la función involucración, y .636 para la función operativa.

Los estadísticos del instrumento, se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. *Descriptivos del instrumento.*

Función EPT-C	Min.	Max.	M	DT
Instruccional	18	48	32.57	6.70
Atencional	6	27	18.01	4.32
Expresiva	23	63	42.65	9.07
Involucrational	13	40	26.14	6.10
Operativa	8	40	22.41	6.54

### **Variables sociodemográficas y funciones del ETP-C**

Se evaluó si existían diferencias significativas en las funciones del ETP-C según sexo, ello se utilizó la prueba *t* de Student. Los resultados no muestran diferencias significativas en las cinco funciones del ETP-C por sexo (véase Tabla 3).

Tabla 3. *Prueba t de Student según sexo de los terapeutas post-racionalistas.*

Función EPT-C	Hombres M (DT)	Mujeres M(DT)	t(p)
Instruccional	31.70 (7.5)	33.10 (6.1)	-.799 (.42)
Atencional	18.41 (5.3)	17.76 (3.5)	.522(.60)
Expresiva	43.54 (9.1)	42.10 (9.0)	.608 (.54)
Involucrational	26.04 (6.8)	26.20 (5.6)	-.102 (.91)
Operativa	23.37 (6.8)	21.82 (6.3)	.914(.36)

Por otra parte, se evaluó la relación entre las funciones del ETP-C y la edad de los terapeutas, para ello, se aplicó la correlación de Pearson. Los análisis mostraron que la edad se asoció de forma directa y significativa a la función expresiva ( $r = .26$ ;  $p = .040$ ) y de forma inversa y significativa a la función instruccional ( $r = -.289$ ;  $p < .022$ ) (véase Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones entre edad y funciones del ETP-C.

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Edad	1					
2. Función instruccional	-.289*	1				
3. Función Atencional	.061	.259*	1			
4. Función Expresiva	.260*	-.252*	-.170	1		
5. Función Involucracional	-.022	-.126	-.150	.448**	1	
6. Función Operativa	-.150	.319*	.465**	-.190	-.271*	1

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

### Comparación de grupos según las cinco funciones constituyentes del EPT-C

Se realizó una prueba *t* de Student para comparar de medias y determinar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de ambos grupos en las distintas funciones del EPT-C (ver Tabla 5 y Gráfico 1). Este análisis evidenció diferencias significativas, solo para la función Expresiva ( $t = -3.02$  y  $p = .004$ ), donde los terapeutas italianos presentan un promedio superior al chileno ( $M = 46.17$  vs.  $M = 39.64$ ).

Tabla 5. Prueba *t* de Student según nacionalidad de los terapeutas post-racionalistas.

Variable	Terapeutas Italianos <i>M</i> ( <i>DT</i> )	Terapeutas Chilenos <i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>t</i> ( <i>p</i> )	<i>d</i> ( <i>r</i> )
Instruccional	31.5 (4.22)	33.4 (8.21)	-1.21 (.25)	-
Atencional	17.3 (2.39)	18.5 (5.44)	1.14 (.26)	-
Expresiva	46.1 (7.72)	39.6 (9.16)	-3.02 (.004)	.7 (.35)
Involucracional	27.7 (5.39)	24.7 (6.42)	-1.94 (.057)	-
Operativa	21.2 (4.47)	23.3 (7.83)	1.33 (.18)	-

Por otra parte, se destaca que la función involucracional mostró una diferencia cercana a la significancia estadística entre los grupos.

En el gráfico 1 se presentan las diferencias de medias en las funciones: instruccional, atencional, expresiva, involucracional y operativa.

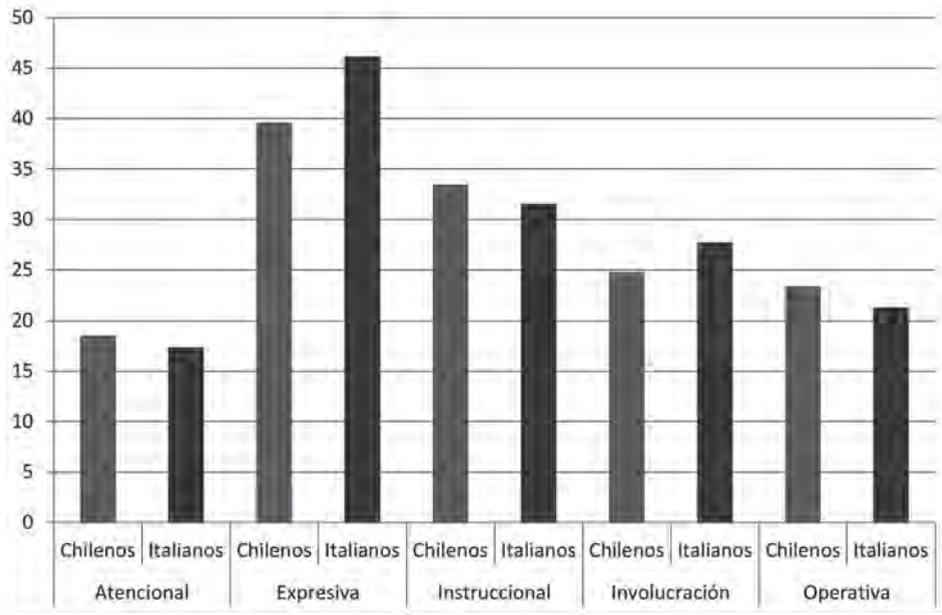


Gráfico 1. Promedios por función del EPT-C.

## Discusión

El objetivo general de investigación fue determinar si existen diferencias en las funciones del Estilo Personal de Terapeuta (EPT) en función del sexo, la edad y la nacionalidad de psicoterapeutas Cognitivos Post-rationistas chilenos e italianos.

Con respecto a las diferencias en las funciones del EPT-C según sexo, nuestros resultados no muestran diferencias significativas en las cinco funciones del EPT-C. Es de destacar, que nuestros resultados no son coincidentes con lo reportado por Castañeiras et al. (2008), quienes encontraron que los terapeutas hombres presentan una atención más focalizada (función atencional).

En cuanto a las diferencias en las funciones del EPT-C según la edad de los terapeutas, nuestros resultados muestran que la edad se asoció de forma directa y significativa a la función expresiva ( $r = .26$ ;  $p = .040$ ) y de forma inversa y significativa a la función instruccional ( $r = -.289$ ;  $p < .022$ ). Estos resultados no son coincidentes con lo reportado en Castañeiras et al. (2008) puesto que ellos reportaron que la edad estaba relacionada a menor de las funciones atencional y operativa.

En relación a las diferencias en las funciones del EPT-C y la nacionalidad de los terapeutas, nuestros resultados muestran diferencias significativas únicamente para la función Expresiva ( $t = 3.02$ ;  $p = .004$ ), donde los terapeutas Italianos presentaron un promedio superior al Chileno. Dicho resultado confirma la hipótesis de investigación sobre que existen diferencias en la función expresiva del Estilo Personal del Terapeuta.

También nuestra investigación señala la importancia de considerar la variable cultural. En particular, apoya que la psicoterapia se lleva adelante en una cultura determinada y debe incorporar una sensibilidad y perspectiva de diferencias culturales en el procesamiento de información y construcción de significado. Por lo que nuestra investigación evidencia que las diferencias culturales pueden afectar el estilo personal del terapeuta. En este sentido, los resultados nos muestran cómo se comporta el constructo en dos muestras de terapeutas que adscriben a una misma escuela de formación. Si bien es cierto, esto no es generalizable, nuestros resultados tienen un valor teórico que otorga una renovada perspectiva para analizar cómo la cultura se implica en el ejercicio de la psicoterapia.

Una primera limitación a considerar de la presente investigación, es que la composición de la muestra es en un 62% femenina. En la actualidad sabemos que el procesamiento emocional y la diferencia de género debe ser considerado ya que es un tema que sigue abierto a la investigación y debate a la luz de evidencia (Staczan et al., 2017).

Una segunda limitación a considerar, es el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo. Esto último implica que nuestros resultados se pueden aplicar solo a la muestra analizada y no pueden ser generalizables.

Y por último, en cuanto a las líneas de investigación a futuro, se visualiza como relevante continuar realizando comparaciones del constructo Estilo Personal del Terapeuta en distintas culturas, junto con la evaluación de otros constructos que puedan estar moderando las posibles diferencias, como por ejemplo rasgos de personalidad.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Agradecimientos

A los terapeutas italianos y chilenos que colaboraron voluntariamente en la presente investigación.

### Referencias Bibliográficas

- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., ... Wong, E. (2004). Therapist Variables. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition* (pp. 227-306). Nueva York, NY: Wiley.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona, España: Gedisa.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Cai, H., Brown, J. D., Deng, C. y Oakes, M. A. (2007). Self-esteem and culture: Differences in cognitive self-evaluations or affective self-regard? *Asian Journal of Social Psychology*, 10(3), 162-170. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2007.00222.x>
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. P. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29), 132-142. Recuperado de: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1946>

- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M. y Ison, M. (2016). Estilo Personal del Terapeuta en Psicoterapeutas de Adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 17–26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989003.pdf>
- Castañeiras, C., Ledesma, R. García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Cimballi, P., Quiñones, A., Ugarte, C. y Ceric, F. (2017). ADAPTACIÓN DEL EPT-C en Italia. Manuscrito no publicado.
- Da Silva, M., Tellet, M., Fernández-Álvarez, H. y García, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Revista Psico*, 37(3), 241-247. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/25531788.pdf>
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El Estilo Personal del Terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp.76-84). Pelotas, Brasil: Educat.
- Fernández Álvarez, H. y Gracia, F. (2019). *El estilo personal del terapeuta*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Fernández-Álvarez, H., García, F. y Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199804\)54:3%3C343::AID-JCLP5%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3%3C343::AID-JCLP5%3E3.0.CO;2-Q)
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2000, septiembre). *Estilos personales en terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos*. Trabajo presentado en el II Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia, Gramado, Brasil.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assesment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(2), 116-125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>
- García, F., Castañeiras, C. y Fernández Álvarez, H. (2008). La investigación en la clínica. En H. Fernández Álvarez (comp.), *Integración y Salud Mental* (pp. 139-175). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 14(2), 121-128. Recuperado de: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2940>
- García, F., Castañeiras, C., Rial, V. y Fernández-Álvarez, H. (2005). *Programa de investigación sobre el estilo personal del terapeuta*. Sesión de póster presentado en el IV World Congress of Psychotherapy. Buenos Aires, Argentina.
- La Roche, M. J. y Christopher, M. S. (2009). Changing paradigms from empirically supported treatment to evidence-based practice: A cultural perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 396-402. <https://doi.org/10.1037/a0015240>
- Lee, J. A., Neimeyer, G. J. y Rice, K. G. (2013). The Relationship between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. *American Journal of Psychotherapy*, 67(4), 323-345. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.4.323>
- Marsella, A. J. y Yamada, A. M. (2010). Culture and psychopathology: Foundations, issues, directions. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 4(2), 103-115. <https://doi.org/10.1375/prp.4.2.103>
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. y Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. En A. E., Bergin y S. L., Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376). Nueva York, NY: Wiley.
- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L., Garfield y A. E., Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311–381). Nueva York, NY: Wiley.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Jeong Youn, S., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta. Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/24367/pdf>
- Quiñones, A. (2013). *Indicadores de procesos en psicoterapia asociados a éxito*. (Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona, España). Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/118639>
- Quiñones, A., Ceric, F. y Ugarte, C. (2015). Flujos de información en zonas de tiempo subjetivo: estudio de un proceso psicoterapéutico exitoso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 255-266. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946988007.pdf>
- Quiñones, A., Ceric, F., Ugarte, C. y De Pascale, A. (2017). Psychotherapy and psychological time: a case study. *Rivista di Psichiatria*, 52(3), 109-116. <https://doi.org/10.1708/2722.27762>

- Quiñones, A., Melipillán, R. y Ramírez, P. (2010). Estudio Psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en Psicoterapeutas Acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 273-281.
- Quiñones, A., Melipillán, R. y Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 247-254. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281929021005.pdf>
- Quiñones, A. y Ugarte, C. (2019). Investigación del estilo personal del terapeuta post-racionalista: Una revisión [Research of the personal style of the post-rationalist therapist: A review]. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 7-15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.281>
- Quiñones, A., Ugarte, C., Ceric, F., García, F. y Santibañez, P. (2019). Estilo personal del terapeuta: comparación entre terapeutas cognitivos post-racionalistas y sistémicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 48-55. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1054>
- Staczan, P., Schmuecker, R., Koehler, M., Berglar, J., Crameri, A., von Wyl, A., ... Tschuschke, V. (2017). Effects of sex and gender in ten types of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 74–88. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1072285>
- Vázquez, L. y Güitierrez de Vázquez, M. (2015). Orientación Teórico-Técnica y Estilo Personal del Terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133-142. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946783005.pdf>
- Vides-Porras, A., Grazioso, M. y García de la Cadena, C. (2012). El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 33-43. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884004.pdf>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Nueva York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203893340>



# INFERENCIA, RE-EXPERIMENTACIÓN Y REGRESIÓN: PSICOTERAPIA DE LOS ESTADOS NIÑO DEL YO

## INFERENCE, RE-EXPERIENCING, AND REGRESSION: PSYCHOTHERAPY OF CHILD EGO STATES

**Richard G. Erskine**

Institute for Integrative Psychotherapy. Vancouver, BC, Canadá  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-4165>

**Amaia Mauriz-Etxabe**

BIOS Instituto de Psicoterapia Integrativa. Bilbao, España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2318-7421>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R.G. y Mauriz-Etxabe, A. (2020). Inferencia, Re-experimentación y Regresión: Psicoterapia de los Estados Niño del Yo. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 205-226. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.362>

### Resumen

*En este artículo se explora el método de Regresión a periodos evolutivos previos utilizando el concepto de Análisis Transaccional sobre los Estados Niño del Yo, junto con el planteamiento de una relación terapéutica sintónica. Los métodos de psicoterapia incluyen la indagación fenomenológica e histórica acerca de las sensaciones corporales y de los afectos a fin de poder formular, con ayuda de la inferencia, un perfil sobre las experiencias emocionales tempranas de la vida del o la cliente. Se presentan descripciones de caso clínico que permiten diferenciar el proceso terapéutico de re-experienciar, respecto al proceso de re-vivir que puede tener un resultado retraumatizante.*

**Palabras clave:** tolerancia afectiva, terapia regresiva a periodos evolutivos previos, estados del Yo, inferencia, re-experimentar, regresión, revivir, memoria inconsciente.

### Abstract

*Age regression is explored using the Transactional Analysis concept of Child ego states and the necessity of an attuned therapeutic relationship. The methods of psychotherapy include phenomenological and historical inquiry about body sensations and affect to form an inferential profile of the clients early life emotional experiences. Case descriptions are provided to differentiate between therapeutic re-experiencing and reliving which may be retraumatizing.*

**Keywords:** affect tolerance, age-regression therapy, ego states, inference, re-experiencing, regression, reliving, unconscious memory.



Eric Berne afirmó en su capítulo sobre el análisis de la regresión (“Regression Analysis”), que su objetivo terapéutico era crear “la situación óptima para el reajuste y la reintegración de la personalidad al completo”. Escribió sobre la importancia de la experiencia “fenomenológica” del Estado Niño del Yo que “vivamente se reactivaba en la mente del paciente”. Esta vívida experiencia emocional a menudo iba acompañada de una intensa expresión emocional, característica de un niño pequeño. Equiparó estas vívidas experiencias emocionales con la “memoria visceral” o la “abreacción” (1961, pp. 224-231).

Aunque Berne escribió sobre la relevancia de hacer una terapia de regresión a edades evolutivas previas, no identificó el conocimiento, la preparación, las habilidades específicas ni la calidad de la relación necesaria para facilitar una regresión evolutiva con apoyo terapéutico. Berne escribió acerca de su experimentación con sus clientes durante los trabajos de “role-playing” sobre sus vivencias infantiles. Las descripciones sobre su práctica clínica parecen colocar el énfasis terapéutico en una comprensión “inferencial” de la experiencia infantil (Berne, 1961). Sin embargo, su capítulo resulta una inspiración para nosotros y ha proporcionado algunas de las bases teóricas para incluir diversas modalidades de la terapia del Estado Niño del Yo y de la regresión terapéutica sobre etapas evolutivas en nuestro repertorio de habilidades psicoterapéuticas (Erskine y Moursund, 2011; Moursund y Erskine, 2004).

La resolución de los conflictos del Estado Niño del Yo del cliente y de las cuestiones relacionadas con su Guión de Vida, resulta esencial dentro de la práctica del Análisis Transaccional en la psicoterapia contemporánea (Berne, 1972; Erskine, 2010a; Hargarden y Sills, 2002; Sills y Hargaden, 2003). Durante la infancia temprana los patrones relacionales fijados –que constituyen el núcleo de un Guión de Vida– se forman en base a reacciones de supervivencia fisiológicas que tienen una función auto-estabilizadora, en base a conclusiones experienciales implícitas, a introyecciones y también en base a decisiones explícitas (Erskine, 2010b). Para poder llevar a cabo una psicoterapia profunda, el psicoterapeuta debe ayudar a su cliente a resolver conflictos, huellas de la negligencia afectiva y aquellos traumas de la infancia que permanezcan fijados en su vida. Esto requiere que pensemos sobre nuestros clientes desde una perspectiva evolutiva con sensibilidad hacia las necesidades físicas y relacionales de la niña o el niño, los posibles conflictos relacionales y las pérdidas que pudo haber sufrido, así como en la calidad y tipo de influencia proporcionada por sus cuidadores y, finalmente, en las estrategias que encontró para lograr una estabilidad, algún tipo de regulación e incluso para mejorar y evolucionar.

Muchos psicoterapeutas han tenido clientes que afirman no disponer de recuerdos sobre las experiencias de la infancia antes de los ocho o diez años, pero esos mismos clientes sienten repulsiones o anhelos intensos, desarrollan patrones de evitación o de compulsión y pueden tener relaciones conflictivas (Wallin, 2007). Estos patrones emocionales y relacionales podrían ser una expresión de la memoria,

una memoria que no es consciente porque estas experiencias no se han traducido en una idea, concepto, ni en lenguaje o narrativa (Bucci, 2001; Kihlstrom, 1984; Schacter y Buckner, 1998). Si las experiencias relevantes no son reconocidas dentro de la familia, porque no se entablan conversaciones significativas, podría resultar imposible reflejar las necesidades, las sensaciones emocionales o los conflictos relacionales en lenguaje social o incluso pensar sobre ello (Cozolino, 2006). Del mismo modo, si la persona nunca pudo experimentar –en relaciones interpersonales significativas– vivencias tales como la paciencia, la gentileza, la amabilidad o el respeto, nuestros clientes no podrán tener recuerdos de esos eventos, ni de ese espacio ni de ese tiempo; y habrá, por lo tanto, un vacío de experiencia (Erskine, 2008). Resulta posible que conteste “*No sé*” a muchas preguntas sobre acontecimientos importantes en su familia. En cambio, estas memorias procedimentales implícitas se reflejarán a través de sus reacciones fisiológicas y de sus reacciones emocionales, se reflejarán también a través de las reacciones y “re-actuaciones” que se producen en la relación cliente-terapeuta y en muchas de las transferencias que se actúan en la vida cotidiana (Freud, 1912a), e incluso podrá manifestarse mediante una difusa sensación de vacío.

### **Recordar, revivir y re-experimentar**

En psicoterapia, muchas de las transacciones terapéuticas consisten en ayudar a nuestros clientes a *recordar* experiencias vitales, a dotar de sentido a esas experiencias recordadas y en descubrir cómo las reacciones y conclusiones tempranas influyen en las decisiones que se toman en la vida actual. Cuando nuestros clientes relatan historias diversas de su vida, recurren a la memoria explícita y, junto con su psicoterapeuta, crean una narrativa coherente y completa que otorgue sentido y significado a sus experiencias (Berne, 1972).

*Revivir* es diferente de recordar. Al revivir, se *repiten* las experiencias dolorosas y se *repiten* los conflictos del pasado; se refuerzan los viejos mecanismos de auto-estabilización y compensación, las reacciones de supervivencia y las conclusiones de guión no sólo se confirman, sino que a menudo se intensifican: la persona podría llegar a *re-traumatizarse*. Con frecuencia, se provoca así un refuerzo de antiguos patrones de autoprotección y de auto-estabilización. Esto puede ocurrir en situaciones inesperadas tales como estar viendo una película o estar inmerso en una disputa familiar y, en ese contexto puede que la persona evoque y reviva una experiencia aterradora o dolorosa. La evocación puede producirse cuando la persona narra una historia cargada de emociones y pierde el contacto interpersonal mientras la relata. Como reacción a la ausencia de contacto interpersonal, podría escalar la intensidad de sus afectos y de las sensaciones corporales, reforzando así las reacciones de supervivencia fisiológica tempranas o sus conclusiones de guión. Nuestros clientes también pueden encontrarse en situación de revivir cuando el psicoterapeuta o la psicoterapeuta, no evalúa la relevancia de lo que su cliente está comunicando a través de la transferencia. En situaciones así, el cliente se ampara

en antiguas creencias de guión para poder manejarse en esa situación (Erskine, 1991; Novellino, 1985). Cuando este revivir ocurre a través de la transferencia, la tarea del psicoterapeuta es “asumir la relación transferencial” (Trautmann, 1985), involucrarse activamente en las actuaciones transferenciales del cliente, de tal modo que el contacto pleno en la relación terapéutica proporcione una nueva experiencia, una que resulte esclarecedora y reparadora.

Revivir se corresponde con la descripción fenomenológica de lo que Freud (1920b) denominó *compulsión de repetición*: una persona poniendo en acción aquello a lo que no puede dar forma como recuerdo o memoria explícita y, que por lo tanto, no puede expresar con palabras. Las funciones psicológicas de dicho revivir son dos.

La primera función es homeostática y permite mantener una sensación de estabilidad, continuidad y predictibilidad; la segunda función comporta una afirmación de la energía psíquica invertida en la salud y la vitalidad, implica la esperanza de obtener una experiencia reparadora y la satisfacción de las necesidades relacionales. Es el impulso de sanar, reparar y crecer, similar a lo que Berne denominó *Physis* (Berne, 1972; Cornell, 2010). Todas estas diferentes funciones se encuentran en un equilibrio dinámico: el dilema interno consiste en permanecer inmutable o crecer y cambiar (Beisser, 1971).

*Re-experimentar* es casi revivir. Emergen los mismos afectos, reacciones corporales y conflictos internos, y se reactivan los recursos arcaicos de compensación y auto-estabilización. Pero, antes de que el reforzamiento se produzca, el psicoterapeuta y su cliente co-crean un desenlace distinto, un desenlace que transforma los antiguos patrones de sentimientos y los patrones relacionales. Una re-experimentación terapéutica efectiva resulta “segura, pero no demasiado” (Bromberg, 2006), opera en el *límite terapéutico*. Propicia en el cliente un estado de *emergencia creativa* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951) tomando en consideración su “ventana de tolerancia” (Siegel, 1999, p.253) y la intensidad de los afectos y reacciones fisiológicas que el cliente consigue procesar sin depender de los antiguos patrones de auto-estabilización y afrontamiento. Una relación terapéutica segura permite a nuestros clientes *casi* revivir las negligencias y traumas del pasado mientras encuentra ese punto de activación que le capacita para energizar nuevas respuestas físicas. En lugar de reactivar los patrones arcaicos de autoprotección, la re-experimentación terapéutica posibilita que nuestros clientes puedan renunciar a retroflexiones fisiológicas, exteriorizar las emociones no expresadas y adoptar decisiones que transformen sus vidas.

### **Facilitando los Recuerdos**

Una de las tareas principales al hacer psicoterapia con el *Estado Niño del Yo*, consiste en ayudar a nuestros clientes a traducir sus sensaciones físicas y afectivas al lenguaje, en ayudarles a adquirir consciencia y a comprender tanto las reacciones de supervivencia infantil significativas como las conclusiones implícitas, y a ubi-

car sus patrones relacionales en un contexto histórico. Para construir con nuestros clientes una relación terapéutica efectiva destinada a *desconfundir* los *Estados Niño del Yo* y *descontaminar* el *Estado Adulto del Yo*, resulta esencial adoptar una perspectiva relacional que incluya sintonía afectiva, rítmica y evolutiva. Mediante la indagación fenomenológica, el psicoterapeuta sintonizado ayudará a construir un lenguaje dialógico que permita que la experiencia interna tome forma, se exprese y tenga significado. La indagación fenomenológica e histórica proporcionará una oportunidad para que los recuerdos de nuestros clientes, cargados de aspectos afectivos y fisiológicos, se expresen, quizás por primera vez, en un diálogo entablado con una persona interesada y comprometida.

Una vez que hemos establecido una relación terapéutica segura y consistente y que hemos explorado y resuelto los conflictos relacionales a medida que surgen en las diversas transferencias, con frecuencia nos centraremos en ayudar al cliente a descubrir las cualidades naturales y los recursos personales que poseía cuando era niño, en comprender el estilo de relaciones familiares en el que creció, y a tomar conciencia de las conclusiones y decisiones que pudo haber tomado en aquel contexto.

Éstos son algunos ejemplos referidos a la naturaleza de la indagación histórica que empleamos para facilitar los recuerdos con clientes que no pueden rememorar experiencias tempranas:

- ¿Quién estaba ahí, contigo, para contarle tus preocupaciones o tus alegrías cuando regresabas del colegio (o antes de irte al colegio)?
- ¿Cuál era la naturaleza de las conversaciones familiares durante la cena?
- ¿Cómo era para ti el momento del baño cuando tenías 3 o 4 años? ¿Quién estaba allí contigo? ¿Te permitían jugar en el agua? ¿Cómo era el ritmo y el tacto de la persona que te secaba? ¿Qué sentías tú?
- ¿Cuál era tu rutina antes de acostarte cuando eras pequeño? ¿Quién te arropaba y de qué hablabais?
- Cuando eras pequeño y querías que alguien jugara contigo en el suelo, ¿qué hacía tu madre (o tu padre)?
- Cuando ya tenías la edad suficiente para comer alimentos sólidos, ¿cómo te alimentaba tu madre? ¿Era tolerante con tus gustos y tu comportamiento?
- Imagina como fue la experiencia de ser amamantado por tu madre.
- Imagina como era la experiencia cuando te cambiaban los pañales.

Cada una de estas indagaciones históricas va seguida por varias indagaciones fenomenológicas tales como: ¿Qué sentiste? ¿Cómo respondiste? ¿Eso tiene algún significado para ti? ¿Qué está sucediendo en tu cuerpo mientras me narras esa historia?

Nuestra indagación histórica opera constantemente de forma retrospectiva. A menudo comenzamos con preguntas sobre la etapa de la adolescencia y después nos enfocamos en los años escolares. Entretejemos nuestra indagación histórica con diversas indagaciones fenomenológicas y preguntas seleccionadas sobre la forma en la que el cliente manejó cada situación. Cuando estamos preguntando sobre los

años preescolares, la mayoría de los clientes responden “*No recuerdo*”. Les pedimos entonces que imaginen su experiencia, que elaboren una historia impresionista, ya que conocen la personalidad de los adultos que fueron significativos y cómo podrían haber respondido en esas situaciones.

Siempre nos encontramos trabajando con sensaciones, fragmentos de imágenes, impresiones e historias familiares, lo que denominamos “inferencia terapéutica”. Es como si estuviéramos co-creando un collage narrativo de la historia de vida de nuestro cliente. Cada respuesta a las indagaciones históricas y fenomenológicas proporciona un elemento más al collage. Puede que no sea una representación fotográfica exacta de lo que sucedió en la infancia de nuestro cliente, pero este collage es una representación válida de sus sentimientos e impresiones.

Una cliente que padecía falta de energía y describía una sensación de melancolía, no conseguía imaginar el trato que le dispensó su madre cuando era niña. Con cada indagación histórica, se quedaba mentalmente en blanco. Sólo llegaba a describir cómo se había mantenido alejada de sus padres. Cuando nació su hijo, hizo con él una visita a su madre. Ella no mostró interés alguno en su nieto y criticó a los padres jóvenes por abrazar al bebé y por no dejarlo solo llorando a la hora de dormir. Este incidente ayudó a mi cliente a darse cuenta de que su carencia de recuerdos indicaba que nunca había tenido experiencias relacionales significativas dentro de su familia y que su falta de energía y tristeza perpetua eran una reacción a la ausencia de sensibilidad y afecto en su familia de origen.

Cada una de las indagaciones históricas enumeradas anteriormente puede requerir una sesión entera, o incluso más, a fin de explorar las sensaciones corporales, los afectos, las reacciones y las diversas asociaciones que se producen en curso del proceso de buscar respuestas. A pesar de que lleve medio minuto leer esta lista parcial de preguntas, puede requerir medio año o más investigar las historias que estas preguntas suscitan a nuestros clientes.

### ***Hablar no es suficientemente terapéutico***

El médico de María telefoneó y dijo: “*Amaia, por favor, atiende a esta mujer, no sabemos qué más hacer por ella. Sufre frecuentes infecciones de vejiga y está constantemente preocupada por contraer todo tipo de enfermedades. Su angustia va más allá de la atención médica que podemos proporcionarle*”. Cuando María llegó a mi despacho, se quejó de haber consultado a varios especialistas y de haber realizado “*un centenar de análisis de sangre*”. Estaba enfadada porque su médico la había enviado a hablar con una psicoterapeuta.

En su sesión inicial, María se mostró convencida de que una psicoterapeuta no podría ayudarla con sus infecciones recurrentes ni con los demás problemas de salud. Continuó hablando sobre sus infecciones de vejiga y sobre sus “sensaciones extrañas” en el área pélvica. Tenía miedo de contraer algún tipo de cáncer ginecológico. Cuando le pedí que describiera su infancia, afirmó: “*Disfruté de una vida normal, con algunos incidentes de los que soy consciente, pero que no tienen*

*ninguna influencia sobre mí. Superé las etapas difíciles de mi niñez*”. Me pregunté qué habría sucedido durante los primeros años de vida de María y el impacto experimentado en su cuerpo y a nivel interno. Era demasiado pronto para hacer esa indagación histórica, ya que ella se mantenía decidida a hablar únicamente de sus actuales dolencias y sus preocupaciones sobre enfermedades futuras.

En esta sesión de inicio, también le pregunté sobre su matrimonio. Exhaló un profundo suspiro, acompañado de una expresión triste, y me dijo “*es un buen hombre que me aporta una vida suficientemente buena*”. Su respuesta me incitó a plantearme si ella disfrutaba de su matrimonio o si se sentía atrapada. Continuó diciendo que tenían tres hijos y que su marido trabajaba mucho en el restaurante de la familia. Estaba decepcionada de que él no pasara tiempo con ella, ni con los niños. Mientras yo escuchaba en silencio, me comentó que era un “*hombre muy bien organizado*” y que tenía un férreo control monetario sobre la familia. Ella no podía comprar ni siquiera su ropa sin su permiso. Él no parecía dispuesto a pagar su psicoterapia.

En esta primera sesión, y en varias sesiones posteriores, aparecieron muchas discrepancias en su narrativa, además de diversas contradicciones entre el contenido de lo que ella relataba y sus expresiones faciales. No realicé confrontaciones; mi intención era construir una relación terapéutica segura donde María pudiera encontrar el apoyo y la confianza necesarios para revelar su historia —una clase de relación terapéutica donde pudiera experimentar la aceptación total de su singularidad y donde la protección terapéutica y el permiso (Crossman, 1966) pudiesen crear el puente que pudiera permitirle establecer el vínculo entre sus síntomas actuales y cualquier evento pasado relacionado con ellos.

Después de los dos primeros meses de psicoterapia, busqué supervisión para decidir si era el momento de explorar sus obsesiones de enfermedad o de tratar de “descifrar las huellas” de posibles traumas que podrían estar soterrados bajo capas de síntomas físicos —síntomas que podrían reflejar una memoria implícita, no simbólica de negligencia o abuso repetido y, simultáneamente, podrían ofrecer fórmulas para desviar la atención y así no sentir las emociones abrumadoras relacionadas con cualquier posible trauma. Como resultado de la supervisión, decidí enfocar mi indagación fenomenológica en sus afectos y sensaciones corporales en lugar de trabajar cognitivamente, como ella solía preferir.

Comentó, de forma espontánea, que en su casa se sentía “*emocionalmente abrumada*” y “*tensa en todos los aspectos*”. Como de costumbre, ella quería entender la causa. Sospeché que estaba reviviendo alguna memoria fisiológica sub-simbólica y que con cada episodio se re-traumatizaba. Le expliqué la diferencia entre una terapia enfocada cognitivamente y una terapia que también incluía prestar atención tanto al cuerpo como a las emociones. Pactamos varios contratos específicos sobre:

- el trabajo con las emociones y las sensaciones corporales;
- el modo de mantener su sensación de libre elección;
- la protección frente a sentirse emocionalmente abrumada; y

- la relevancia terapéutica de permanecer en contacto con las sensaciones fisiológicas/afectivas para descubrir la historia inconsciente que se estaba evocando en su cuerpo.

Mientras compartimos varias sesiones centradas en contenido emocional, sus historias infantiles revelaron creencias de guión como “*No soy digna*”, “*Nadie está ahí para mí*”, “*Los hombres son peligrosos*”, “*La vida resulta ardua y solitaria*” (Erskine y Zalcman, 1979). Intercaladas con las sesiones de terapia centradas en lo emocional, mantuvimos varias sesiones enfocadas en aspectos más cognitivos y en las que esbozamos su sistema de guión y también exploramos en ellas cómo recopiló experiencias reforzantes para confirmar su Guión de Vida (Erskine y Moursund, 2011; O’Reilly-Knapp y Erskine, 2010). Posteriormente declaró que la combinación de una terapia emocionalmente expresiva con “sesiones de reflexión” la ayudaron a comprender su conducta e interacciones diarias con las demás personas.

En una de nuestras sesiones, se quejó de un punto doloroso en su espalda. En vez de prestar atención a sus frecuentes preguntas y a sus temerosas anticipaciones sobre lo que podría significar, le pedí que estuviera atenta a la postura torcida de su cuerpo. Me planteé la hipótesis de que ella estaba experimentando una memoria corporal y que tal vez pudiéramos facilitar la toma de consciencia e incluso poner en palabras su experiencia interna. Quería que María pensara en su cuerpo y lo sintiera en vez de fantasear sobre posibles catástrofes. Me pregunté qué rememoraría y qué sentiría si se colocase en una postura cómoda. Recordé que muchos dolores físicos se producen por el efecto de las *retroflexiones* habituales que están relacionadas con la angustia emocional/física. Tales retroflexiones –en un intento de abordar situaciones emocionalmente abrumadoras– interrumpen la consciencia de los sentimientos, de las necesidades y también de las reacciones corporales originales (Perls et al., 1951).

Le pedí que cerrase los ojos, que exagerase su postura y que prestase atención a las sensaciones que estaba sintiendo. Alenté a María a describir lo que iba experimentando. Mientras lo hacía, tuve la sensación de que había perdido el contacto con sus propias reacciones y con sus ritmos corporales naturales y que las retroflexiones eran su único medio para controlar los recuerdos implícitos.

“*Oooohhhh*”, exclamó, “*Ésta es la postura que ponía muchas veces a la edad de ocho o nueve años. Tenía que ayudar a mi padre a trasladar grandes sacos de patatas*”. Su llanto era profundo. “*Era terrible. Cargaba esos pesados sacos y si me retrasaba, mi padre me gritaba*”. Mientras María seguía llorando, describió cómo a menudo le obligaban a hacer un trabajo que estaba más allá de su fortaleza y resistencia. Describió su infancia “*con abusos y ausencia de protección*”.

Esta primera sesión terapéutica orientada hacia lo corporal resultó ser una puerta de acceso a otras sesiones centradas en el cuerpo y en los afectos; el resultado fue un despliegue de recuerdos infantiles sobre el control y la violencia de su padre (Caizzi, 2012). Durante las siguientes sesiones continué indagando sobre sus sensaciones corporales, sus afectos y las asociaciones correspondientes.

Relató varias historias acerca de su vida familiar temprana que nunca antes había contado, ni siquiera a sus hermanas. Me habló de una “madre débil” que “*jamás me protegió*”, “*incluso participó con nuestro padre golpeándonos a todos*”. María comentó que, en comparación, el control del dinero que ejercía su marido y su falta de afecto parecía un “buen trato”.

Comentó que estaba teniendo una “*experiencia totalmente nueva*”, contar con “*una persona interesada en mí*” y “*que me ayuda a recordar cosas que nunca me había planteado*”. Que yo realizara indagaciones fenomenológicas e históricas se convirtió en algo esencial en nuestras sesiones durante esta fase de la psicoterapia. Me resultó claro que la función de los síntomas físicos de María consistía simultáneamente en distraerla de la confusión interna mientras que, de forma inconsciente, revelaban su propia historia (Erskine, 2008).

La terapia orientada al cuerpo que estábamos realizando, generalmente no incluía contacto físico; mi énfasis incidía en ampliar la consciencia de María sobre sus afectos, sensaciones físicas y recuerdos asociados (Erskine, 2014a). Cuando el cuerpo de María y sus recuerdos sub-simbólicos resultaban críticamente perturbadores, de forma espontánea agarraba mi mano. Cuando se aferraba a mi mano, a veces con contacto visual, la intimidad de nuestra relación proporcionaba una re-estabilización emocional. Yo le brindaba mi protección, mi atención, mi interés y una presencia plena, las cualidades relacionales que la niña añoró de una madre que “*nunca me protegió*”. Esta re-estabilización relacional le proporcionó una reorganización sensorio-motora, re-experimentaba en lugar de revivir (Allen y Allen, 1972).

Declaró que de vez en cuando se convertía en “*una niña llorona... sin palabras y con extrañas sensaciones corporales*” cuando su marido se enfadaba con ella. Comprendió que sus infecciones de vejiga con frecuencia aparecían cuando se sentía asustada y sola, a menudo después de un conflicto con su esposo. Sin embargo, hacia el final de este primer año de terapia, compartió que el dolor que acompañaba a las infecciones de vejiga se había reducido y que ya no dedicaría más tiempo de las sesiones a preocuparse por su salud futura. En cambio, tomó una mayor consciencia de tres temas: los recuerdos dolorosos y aterradores, la negación del comportamiento negligente y abusivo de sus progenitores, y la *desapropiación* y *negación* sobre la infelicidad en su matrimonio. Mi tarea terapéutica en este punto consistió en mantenerla consciente de su pasado sin que se perdiese en historias cargadas de emoción que pudieran re-traumatizarla. Se dieron ocasiones en las que su relato llegaba a acelerarse, su respiración se intensificaba y perdía el contacto conmigo. En esas ocasiones, le propuse que redujera el ritmo de su discurso, que me mirase a los ojos, que respirase profundamente y que sintiera la historia que contaba su cuerpo mientras me lo narraba. Mi intención era aumentar el contacto interpersonal como una nueva forma de estabilización y regulación emocional.

Después de un año y medio, María decidió suspender la terapia. Dijo que ya no estaba preocupada por su salud y que la psicoterapia le había resultado útil

porque le aportaba una sensación de “*sentirse más fuerte*”. No podía permitirse el lujo de continuar, ya que ella y su marido discutían a menudo porque ella acudiera a psicoterapia y él no le permitía gastar más dinero. Le aseguré que si alguna vez decidía regresar, yo estaría disponible. Dos años más tarde, después de obtener el divorcio y tras la muerte de su padre, retomó la terapia.

La suma del divorcio y la muerte de su padre proporcionaron el estímulo para que nos centráramos en sus sentimientos de rabia (no identificados previamente) hacia su marido y hacia su padre. Contaba con recuerdos explícitos de varias disputas familiares en su adolescencia, de su padre golpeándola y diciéndole “*no eres nada*”, “*eres una mierda*”. Se dio cuenta de que siempre había evitado estar cerca de él. Empleé el método de la “silla vacía” (Perls, 1969) para ayudarle a expresar su enfado y facilitar que experimentase una sensación de hacer impacto. En medio de este trabajo María se sorprendió, “*jodiaba mucho a mi padre y simultáneamente le echo tanto de menos...!*”. De nuevo empleé el método de la “silla vacía” para ayudarle a aceptar y resolver su dolor. Nos centramos en que María hablase con la imagen de su padre acerca de sus anhelos, aflicción, resentimiento y cariño; expresó un genuino “hola” a su padre –en una sesión para revelar la verdad– como preparación para un “adiós” sin reservas (Erskine, 2014b).

En esta fase de la terapia, mantuvimos tres sesiones extensas donde lleve a cabo un trabajo de psicoterapia con el *padre introyectado* de María. Durante este trabajo, entendió con claridad que había interiorizado cuatro mandatos parentales específicos: “No confíes en nadie”, “Nunca muestres tus sentimientos”, “La vida es para los fuertes” y “Trabaja duro y no pidas ayuda”. Exploramos los efectos de tales mensajes de mandato en su crecimiento, su modo de conformarse y, al mismo tiempo, de rebelarse contra esos mensajes, y la importancia de sus propias expresiones de autodefinición. Resulta significativo que gran parte de la autocritica de María se interrumpió después de esas tres sesiones de terapia con su *Estado Padre del Yo*. En el marco de esa terapia del *Estado Padre del Yo*, dedicamos tiempo para que ella respondiera desde su *Estado Niño del Yo*. En este diálogo *Niña-Padre* comprendió cómo el mandato de su padre había influido sobre su conducta y en su actitud hacia la vida.

Un día, María llamó por teléfono y pidió una cita extra con urgencia. Había sufrido un accidente de coche. Parte de su asistencia médica incluyó un examen ginecológico. Durante ese examen, después en casa e incluso en nuestra sesión, se sintió inundada de abrumadoras sensaciones emocionales y físicas. En nuestra sesión, María compartió los hechos del accidente y del examen médico, pero su intensa expresión emocional indicaba una reacción traumática.

¿Era ésta una mera reacción a un accidente automovilístico leve o María estaba reviviendo inconscientemente alguna experiencia traumática de una etapa previa de su vida? Si fuera esto último, yo no disponía aún de suficiente información que me permitiese concluir a qué edad. Sabía que las reacciones de supervivencia fisiológica y las decisiones que conforman la vida como respuesta a un trauma

pueden ocurrir a cualquier edad (Erskine, 1980). Resultaba claro que María estaba desbordada por las emociones y tensiones en su cuerpo. Aunque repetía partes de la historia del accidente, María era incapaz de establecer contacto interpersonal. Se mantenía absorta por la confusión interna. Comprendí que, muy probablemente, con un abordaje cognitivo no podría resolver este revivir del trauma que se estaba produciendo.

Recordé que Berne describió como indicio de un trauma que dos Estados del Yo estuvieran catectizados simultáneamente. *“La represión de los recuerdos traumáticos resulta posible sólo por la represión de todos los Estados del Yo asociados. Estos Estados de Yo permanecen preservados en una condición latente, esperando ser catectizados”* (1961, p.19). Hace referencia a la investigación de Penfield que describe cómo dos Estados del Yo pueden invadir la consciencia simultáneamente, como si fuesen dos entidades psicológicas distintas: una entidad en el presente y la otra en el pasado, donde la persona siente de nuevo las emociones y las interpretaciones sobre la experiencia obtenidas en la experiencia original (1961, p.17). Berne explica:

“...dos Estados del Yo, uno dirigido hacia la realidad psicológica y externa actual, el otro un ‘revivir’ (en vez de un mero recordar) de escenas que datan desde el primer año de edad, con gran viveza... y el paciente se siente de nuevo en la situación, y experimenta los efectos con toda la intensidad original” (1961, p.19).

Poco a poco, fui indagando sobre la experiencia interna de María. Mi sintonía con su ritmo resultó esencial. Quería que se sintiera segura conmigo y que se sintiese con libertad para expresar todo aquello que estaba sintiendo. Mientras le facilitaba momentos de silencio, comenzó de nuevo a describir su experiencia en el consultorio del médico: *“Él dijo: ‘Quítate las bragas’. ¡¡Ehhh!! Quiero patearle los huevos”*, gritó. *“Fue difícil contenerme a mí misma. ¿Qué mierda tiene en la cabeza este hombre para hablarme de ese modo?”*. Ahora María gritaba incluso más fuerte: *“Los hombres son peligrosos”*. Su reacción emocional parecía más intensa que la realidad del evento actual. Era como una niña reviviendo una historia aterradora y, en parte, una adulta enfadada describiendo el incidente. Dos Estados del Yo se catectizaban simultáneamente.

Pensé que podría resultar beneficioso para ella realizar una terapia regresiva a otra edad evolutiva, aunque primero sería necesario restablecer la seguridad de nuestra conexión interpersonal e instaurar una sólida comprensión desde su *yo Adulto* tanto acerca del problema externo como en relación a su confusión interna infantil. Dediqué el resto de la sesión a preguntar a María acerca de su experiencia con el ginecólogo. No quería minimizar la realidad de sus sentimientos y percepciones adultas sobre la insensibilidad e intromisión del ginecólogo. Necesitaba expresar su enfado como mujer adulta antes de que nos pudiésemos involucrar, si es que lo hacíamos, en cualquier regresión evolutiva guiada.

Mi enfoque en esta sesión consistió en validar su enfado por la insensibilidad

del ginecólogo y por no haber contado con una enfermera presente junto a él en el consultorio. Nuestra conversación se entabló de mujer a mujer. En caso de ser necesario, tenía la intención de abordar su *Estado Niño del Yo* en una próxima sesión.

Comencé la siguiente sesión hablando sobre la importancia de clarificar nuestro contrato terapéutico (Berne, 1963, 1966; James y Jongeward, 1978; Stewart y Joines, 1978; Steiner, 1974). Quería establecer un contrato claro con el fin de garantizar la protección terapéutica y obtener su consentimiento para realizar cualquier posible regresión de edad. Conversamos sobre las ventajas y los potenciales efectos adversos de llevar a cabo una regresión de edad con carga emocional, sobre cómo podría disponer de opciones y tener el control para detener la regresión si fuese necesario. Hablamos también sobre la importancia de descubrir un final nuevo y reparador para la historia traumática que estaba re-experimentando. Acordamos reservar una sesión más extensa para la regresión evolutiva por dos razones: primera, para que ella pudiese contar con más tiempo para re-experimentar por completo el trauma anterior acompañado de una incipiente sensación de reparación; y segunda, para que pudiéramos disponer de tiempo para hablar sobre sus emociones y sobre cualquier nueva reacción o comprensión de la experiencia traumática desde su Estado Niño del Yo.

Dedicamos los primeros veinte minutos de nuestra siguiente sesión a restablecer nuestra relación y a revisar nuestro contrato terapéutico. Luego invité a María a que cerrase los ojos y recordase la experiencia con el ginecólogo, para poder captar lo que ella vivió cuando le pidió que se quitara la ropa interior. Empezó a temblar. María estaba sintiendo emociones intensas con base fisiológica. Mi mente comenzó a vagar e imaginé lo cómodo que sería para mí trabajar conductual o cognitivamente y así no sentir el impacto emocional que provocaba en mí. Mi contratransferencia apartaba mi mente con energía del profundo trabajo emocional y físico que María necesitaba desesperadamente. Mientras ella gritaba, “¡Oooh, Dios mío! Es la misma situación”, de repente mi sensibilidad se reactivó —sensibilidad hacia la agonía de María, mi compromiso terapéutico y mi sentido de la ética. Resoné con la necesidad de seguridad y la necesidad de su infancia de poder tener elección y le confirmé que estaba con ella y que me mantendría así. Ofrecí a María la opción de parar o de continuar. Agarró mi mano y manifestó que prefería continuar. Como si estuviese hablando con una niña asustada, empleé una voz suave con el fin de animarla a profundizar en la experiencia, y a sentir su cuerpo y también todas sus emociones, para que “puedas conocer todo lo que ya sabes”. □

María comenzó a susurrar: “Estoy en la cama con mi hermana pequeña. Vivimos en una pensión. Tengo seis o siete años”. Empezó a llorar y temblar. Le dije: “María, estoy aquí contigo. Puedes sentir y recordar lo que sucedió”. La parte superior de su cuerpo temblaba mientras sus piernas se enroscaban en su pecho. Se puso a gritar: “Él está aquí... él está aquí”. Le respondí “permítete conocer quién es”. El grito de María se combinaba con enfado: “Es un hombre malo... el que siempre mira a mi hermana y a mí de una forma tan terrible”. Añadí: “Puedes

*permitirte saber lo que sucedió*". María se atragantaba con sus palabras, "Entra en nuestra habitación". Intenté tranquilizarla, "María, esto es muy difícil para ti, pero es sólo un recuerdo, puedes seguir".

María gritó: "Quítate las bragas... quítate las bragas, sigue diciendo. Puedo olerle... apesta... hombre malo... Quiero chillar, pero nadie me va a escuchar. No puedo llamar a mamá... está al otro lado de la casa... los huéspedes... debo estar callada... callada. Nadie está aquí para nosotras. No quiero que venga mi padre... es malo... pega. No le quiero". Ella gritó, "Este hombre malo tiene un cuchillo... va a pinchar a mi hermana con su navaja". Animé a María a continuar: "Haz lo que tu cuerpo quiere hacer, María. Tus piernas se están moviendo". María comenzó a patear y rascar en el sofá con sus uñas. Gritó: "Aléjate de nosotras. No me toques... ¡quítame las manos de encima!". Al decir eso, mordió furiosamente el cojín como si estuviera mordiendo al hombre. Le animé a que siguiera mordiendo y moviendo su cuerpo. Pateó ferozmente y gritó: "No dejaré que me toques... ¡quítame las manos de encima!... Fuera... ¡Quita!... ¡Mamáaaaa! Mamá ayuda... ¡Mamá, ayúdanos!".

Cuando llamó a su madre, resultó evidente que algo había cambiado internamente; María había logrado una nueva experiencia. Ahora sí podía protestar y pedir ayuda. Expresaba la necesidad humana de hacer impacto y de sentirse protegida. Desactivó sus *retroflexiones fisiológicas* –en lugar de inhibirse físicamente, su cuerpo se activaba como señal de protesta. En respuesta a su llamada de ayuda, me acerqué y rodeé a María con mis brazos. La abracé mientras sollozaba y después de unos minutos su cuerpo se relajó, estuvimos juntas en silencio durante varios minutos más. Luego hablamos largo y tendido sobre lo que había sucedido aquella noche; sobre su insensibilización y sobre la tensión en su pelvis y en sus piernas; sobre su necesidad de protección y de cuidado; sobre cómo de niña se protegió y consiguió estabilizarse a sí misma en lugar de depender de sus padres para que le proporcionaran protección y estabilización, y también hablamos acerca de cómo ella era capaz de responder de una manera diferente en el hoy. El resultado de esta nueva experiencia regresiva se reflejó en una constatable calma y en la relajación de la tensión de todo su cuerpo. A lo largo de las siguientes sesiones, en los meses posteriores, resultó claro que experimentaba una nueva sensación de confianza en sus propias percepciones y que había alcanzado una comprensión nueva de sus síntomas físicos previos. Las infecciones de vejiga remitieron.

Al facilitar una regresión terapéutica, se considera esencial que la psicoterapeuta permita que su cuerpo resuene con los diversos movimientos, tensiones y expresiones corporales de la cliente, y que simultáneamente pueda sintonizar con su ritmo, sus afectos y su etapa de desarrollo evolutivo activa en ese particular momento donde se produce la regresión. Dicha resonancia y sintonía cuerpo a cuerpo, proporcionan claves somáticas y afectivas cruciales que son necesarias para que la psicoterapeuta pueda proteger adecuadamente a la cliente de sentirse abrumada por los afectos y por las tensiones corporales. Si la cliente comienza a

sentirse abrumada al experimentar una regresión evolutiva, podría indicar que ha alcanzado el nivel de *tolerancia afectiva que se puede permitir*, ese momento en que su sistema neurológico ya no puede procesar de un modo seguro la intensidad de su experiencia afectiva/fisiológica sin re-traumatización.

Inmediatamente antes de que la cliente alcance el punto crucial de *tolerancia afectiva*, le propondremos realizar alguna acción diferente y nueva que encaje con su necesidad no expresada. Acciones tales como protestar o pedir ayuda –re-experimentar en lugar de revivir. O bien, emplearemos el contacto interpersonal aquí-y-ahora y podremos involucrar a su *yo Adulto* utilizando las intervenciones terapéuticas de explicación e interpretación de Eric Berne, los métodos diseñados para descontaminar al *yo Adulto* de la intensidad de los patrones de autoprotección y auto-estabilización, con carga emocional, que provienen del *Estado Niño del Yo* (1966).

Si la cliente está preparada para abordar un trabajo de regresión más profundo, resultará esencial que podamos co-crear una situación donde la persona pueda *casi-revivir* el trauma original con el fin de trabajar dentro de las mismas vías neuronales que corresponden a ese trauma original. Sin embargo, en lugar de revivir y repetir los mismos mecanismos antiguos de auto-estabilización, encontraremos juntos el modo de crear un desenlace nuevo y diferente para cerrar la experiencia de la cliente: a eso lo llamaremos una *re-experimentación terapéutica*. Esto puede suponer llevar a cabo una psicoterapia con el *Estado Niño del Yo*: orientada a la relación, a que la persona pueda hacer movimientos activos de protesta o a que pueda incluir la experimentación con nuevas formas de autoexpresión. Resulta posible que le proporcionemos explicaciones adaptadas a una niña pequeña (de acuerdo con la etapa evolutiva que estemos abordando) u ofrecer validaciones para facilitar lo que Berne llama “desconfusión del *Estado Niño*” (Hargarden y Sills, 2001). La calidad del contacto interpersonal entre cliente y psicoterapeuta se considera crucial. En las situaciones originales, los acontecimientos resultaron traumatizantes debido a la ausencia de otra persona consistente, segura, y confiable que pudiera ayudar a la niña a recobrase y encontrar la forma para estabilizar sus afectos (Erskine, 1993; Stuthridge, 2012).

Estamos describiendo una psicoterapia con un *Estado Niño del Yo* confuso, asustado, abandonado u oprimido, y consideramos vital que la cliente sienta plenamente la presencia protectora del psicoterapeuta.

Este trabajo de psicoterapia atravesó cinco etapas:

- √ Primera, restablecer la seguridad en nuestra relación terapéutica (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999).
- √ Segunda, descontaminar y fortalecer el *yo Adulto* (Berne, 1961)
- √ Tercera, proporcionar a María permiso para conocer y valorar su propia experiencia infantil (Allen y Allen, 1972).
- √ Cuarta, mantener una presencia relacional que facilite una regresión evolutiva segura y reparadora (Erskine y Moursund, 2011; Moursund y

Erskine, 2002).

- √ Quinta, continuar la elaboración de lo trabajado con varias sesiones posteriores a la regresión evolutiva, que se centraron en el *yo Adulto* de María procesando sus experiencias infantiles y tomando consciencia de la influencia que ejercieron en su vida adulta.

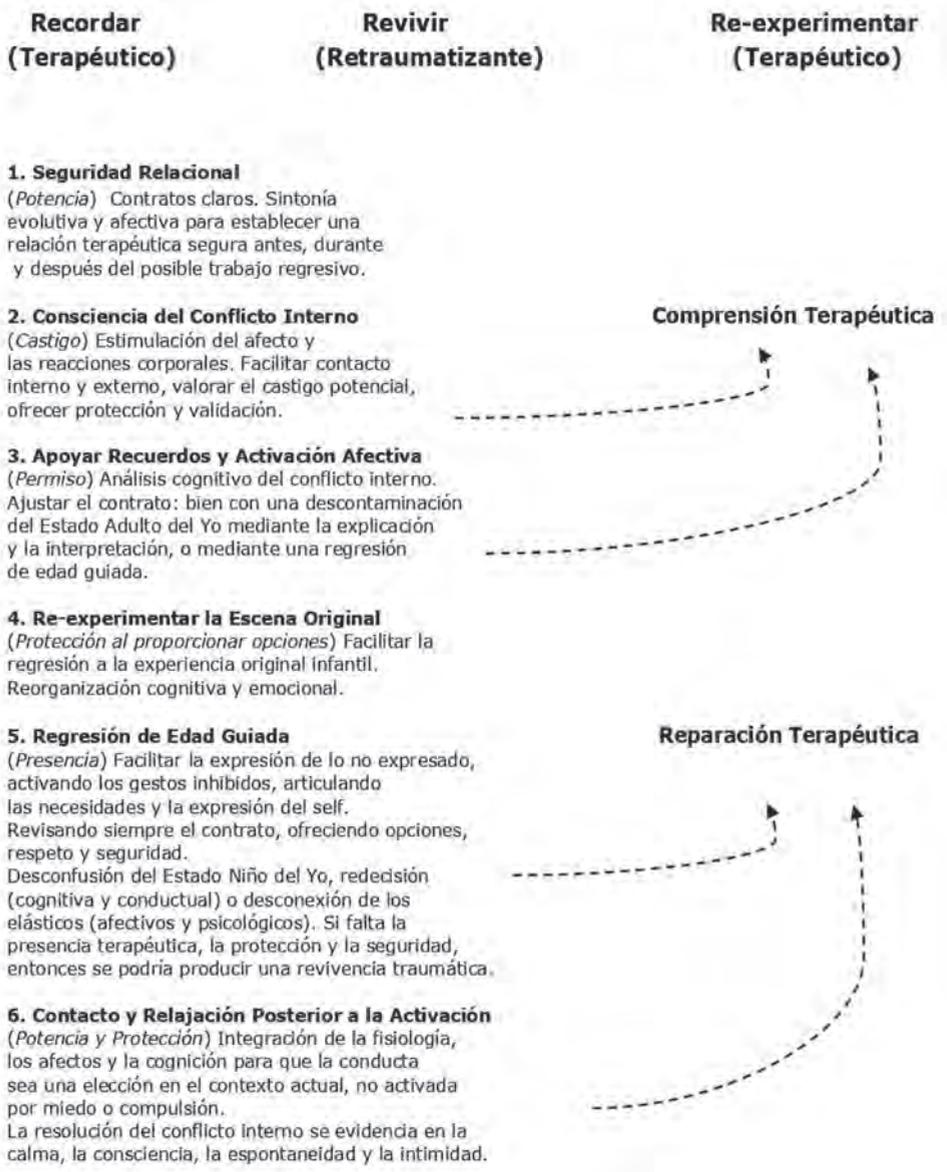


Figura 1. Regresión Terapéutica de Edad.

### La regresión de edad: dependiendo del psicoterapeuta

Stella estaba encorvada en el sofá de mi despacho, con sus rodillas pegadas a las orejas. Durante los últimos tres minutos había estado sollozando y mordisqueando su pulgar izquierdo. Estaba reviviendo la experiencia de ser una niña en edad preescolar cuya madre le gritaba que era “malvada” y una “niña que no merecía nada”. Me dolía el corazón. Yo (Richard) quería consolarla, traerla al aquí y ahora, hacer que todo estuviera bien.

Sin embargo, me pareció prematuro intervenir. Esperé a que se produjera un cambio en su forma de respirar. Para que esta regresión evolutiva fuera terapéutica, Stella tendría que permanecer en la experiencia fisiológica/emocional de su infancia temprana durante un instante más, aunque no demasiado extenso, con el fin de sentir totalmente su profundo malestar. Era esencial que *casi reviviera* el trauma del abuso relacional para activar el mismo circuito neurológico que se activó en el ciclo original de traumas que había vivido de niña. Asimismo resultaba esencial que esta regresión tuviera un desenlace diferente, en el que *re-experimentara* el trauma y sus estrategias de autoprotección, mientras activaba también una experiencia completamente nueva —una experiencia reparadora que establecería un nuevo circuito neurológico.

Después de dieciocho meses abordando cognitivamente, mediante *inferencia terapéutica*, las experiencias relacionales de la infancia de Stella, resultó necesario ayudarle a *re-experimentar* cómo manejó la rabia de su madre cuando era una niña pequeña. Sin embargo, me preocupaba que no tuviera los recursos internos para conseguir algo más y que solamente se produjese un *revivir* de este trauma relacional. Si la dejara revivir sus intensos afectos durante más tiempo, parecía probable que se produjese una re-traumatización en esta sesión de psicoterapia y esto podría reactivar las antiguas *estrategias de auto-estabilización* que constituían los “palimpsestos” de su Guion de Vida. “Palimpsestos” es considerado un concepto, una metáfora, que se refiere a las modalidades fisiológicas, sub-simbólicas y procedimentales de la memoria que conforman los patrones relacionales inconscientes y las conclusiones experienciales que constituyen el núcleo de los guiones de vida. Los “palimpsestos” definen las estrategias de afrontamiento del niño previas al lenguaje que surgen después del “protocolo de guión”, los traumas más tempranos en la infancia (Berne, 1961, pp. 116-126).

Dirigiéndome con voz suave a una niña asustada, dije: “*Estoy aquí contigo*”. Después de unos segundos de silencio, añadí: “*Duele cuando mamá te grita, lo sé... el único alivio es esconderse*”. Ella asintió con la cabeza mostrando acuerdo. Su gimoteo se transformó en llanto. Después de otro minuto agregué, “*Parece que tu madre no te consoló. Necesitabas a alguien*”. Su respiración cambió y el llanto se calmó.

En este momento, ya habíamos profundizado lo suficiente en la regresión; Stella se encontraba a punto de superar su nivel de tolerancia afectiva. Estaba sumamente asustada de ser castigada por llorar. Era el momento de volver a interactuar con

ella, “¿Me sientes aquí contigo?”, le pregunté. Ella asintió con un “sí”. Continué, “¿Cómo está siendo que yo me encuentre aquí contigo?”. Respondió lentamente, “Puedo sentirme... Puedo atreverme a recordar... esconderme no resulta tan importante”. Estas indagaciones relacionales devolvieron la atención de Stella a la seguridad de nuestra relación terapéutica. Seguimos hablando sobre nuestra relación, contrastándola con la de su madre cuando era una niña y como adulta en la actualidad. Comentamos mi presencia con ella en las sesiones y cómo esto resultaba emocionalmente tan diferente de cuando, periódicamente, regresaba a casa y se tumbaba en la cama llorando durante horas. El contraste entre la experiencia relacional cliente-psicoterapeuta y los fallos relacionales del pasado, ayuda a la cliente a integrar una sensación nueva del valor de sí mismo y aporta una sensación renovada de estar-en-relación (Erskine, Trautmann y Moursund, 1999).

Cuando indagué sobre las sensaciones físicas y los sentimientos que experimentó durante la regresión de edad, Stella paulatinamente consiguió poner palabras a sus sensaciones corporales y asociar sus experiencias somáticas/afectivas con una imagen de su madre en que esta la sacaba de la bañera a golpes. Este recuerdo permaneció inconsciente y quedó sin simbolizar durante años porque no hubo nadie que la ayudara a formular la memoria fisiológica/emocional y convertirla en un concepto y ponerla en palabras. En las siguientes dos sesiones, cuando revisamos su regresión evolutiva en detalle, Stella pudo expresar con palabras un aspecto adicional de su identidad personal: estaba articulando otro capítulo en la narrativa de su vida.

El día que tuvo lugar esta regresión, Stella derramó una botella de agua sobre mi alfombra. Aunque le aseguré que la alfombra mojada no constituía ningún problema, de forma espontánea comenzó a acurrucarse y gimotear, se produjo una regresión a una edad mucho más temprana. Winnicott (1974) sugirió que la resolución de los recuerdos traumáticos pre-verbales sólo resultaba posible a través de una *relación terapéutica de dependencia* que a menudo conlleva una regresión a esa edad. Margaret Little (1981, 1990) continuó describiendo la importancia de la *dependencia* para facilitar la regresión de edad y, además, la consideró como un modo de resolver los trastornos emocionales sub-simbólicos. Las investigaciones cualitativas de Lorraine Price (2014) y las revisiones de un gran número de publicaciones de psicoterapia ofrecen credibilidad a la idea de que existen beneficios terapéuticos significativos que surgen de una regresión terapéutica guiada en la que la cliente puede confiar en la fiabilidad del psicoterapeuta. Bowlby afirma que la seguridad de una niña se adquiere mediante la disponibilidad continua y la capacidad de respuesta emocional, consistencia y confiabilidad de sus cuidadores, quienes se vivencian como “más fuertes y/o más sabios” (1988, p. 12).

Para que una regresión evolutiva sea considerada terapéutica y beneficiosa para la cliente en lugar de resultar retraumatizante, la relación con el o la psicoterapeuta debe ser también segura, consistente y confiable, y estar sintonizada con sus afectos y el nivel evolutivo que la persona está experimentando. En este ejemplo,

la regresión de Stella se estimuló de dos formas: la primera, su impulso innato de aprovechar la seguridad de nuestra relación para curar su trauma; la segunda, a través del derrame accidental del agua que precipitó la memoria inconsciente, sub-simbólica y procedimental de los golpes y gritos de su madre cuando ella, a los cuatro años, salpicó agua del baño en el suelo. Estos dos factores hicieron posible que Stella realizara una regresión evolutiva que resultó curativa.

Cuando abordamos esta sesión de regresión de edad, Stella ya había asistido a psicoterapia una vez a la semana durante dieciocho meses. Cuando inició la psicoterapia, describía su vida como *“si viviera en una montaña rusa emocional, a veces siendo muy competente y, otras veces, pareciendo una bebé llorona. No tengo ni idea de quién soy”*. Declaró que no disponía de recuerdos anteriores a la edad de diez años. Sospeché que su “bebé llorona” era una forma de recuerdo..., una memoria –fisiológica, emocional y relacional– una memoria sub-simbólica. La indagación histórica reveló poco en los primeros meses de psicoterapia. Confié en la sintonía con su ritmo y afectos mientras seguía pensando en su labilidad emocional desde una perspectiva evolutiva.

Durante nuestro primer año juntos, me centré en crear una relación terapéutica segura y confiable, una relación que estabilizaría y regularía su “montaña rusa emocional”. En el año previo a esta sesión, mi objetivo terapéutico consistió en establecer una relación terapéutica que fomentara la restauración de su mermado sentido del self. Me enfoqué en indagar acerca de sus sensaciones fenomenológicas, sentimientos y asociaciones. Como resultado, Stella comenzó a acceder a algunos recuerdos específicos; a menudo estos recuerdos se iniciaban como sensaciones corporales dolorosas junto con un impulso de retraerse y llorar a solas. En respuesta, expliqué los Estados del Yo y las transacciones. También dedicamos parte de varias sesiones a prestar atención a las transferencias emergentes que incluían la anticipación de Stella de que yo la ridiculizaría o me enfurecería con ella.

A través de la inferencia terapéutica construimos un mosaico de hipótesis sobre su vida temprana y sobre el abandono y el abuso físico que ella experimentó en sus primeros años. A menudo me dirigí a la niña en ella, tal como Eric Berne lo describió al escribir: “el Estado del Yo se puede tratar como un niño real. Puede ser cuidado con minuciosidad, incluso con ternura, hasta que se despliega como una flor, revelando todas las complejidades de su estructura interna” (1961, pp. 226).

He escogido este caso (Richard) de mis notas clínicas con el fin de ilustrar una situación terapéutica en la que intervine de tal manera que paré el trabajo con la regresión evolutiva en el instante que consideré más beneficioso para la experiencia terapéutica. Idealmente, la regresión de edad de Stella podría haber continuado hasta el punto de expresar la protesta contra el trato brutal de su madre. Sin embargo, Stella no disponía aún de suficientes recursos internos para protestar activamente, luchar contra los golpes de su madre o para defenderse de sus definiciones ridiculizantes. Había alcanzado su nivel de tolerancia afectiva. Detuve este trabajo de regresión para evitar que profundizara más y porque Stella estaba al borde de un

miedo intenso –el miedo a posibles castigos por parte de su madre internalizada– y para evitar otra retirada a su “escondite interno”. Éste no fue el final de la regresión de edad guiada en la psicoterapia de Stella, pero resultó suficiente para ese día.

La reparación del trauma-relacional de Stella dependía de que el psicoterapeuta proveyese de una alternativa relacional segura, una relación psicoterapéutica que estuviera constantemente sintonizada con sus necesidades afectivas y evolutivas. Con otros clientes, podría haber resultado beneficioso mantener la regresión más tiempo con el propósito de expresar lo no expresado y activar lo inhibido, y permitir acciones tales como por ejemplo gritar pidiendo ayuda, empujar, golpear o patear en señal de protesta, y así finalmente relatar la verdad o definirse a uno mismo desde la propia percepción.

### **Conclusión**

Los ejemplos de caso de María y de Stella se eligieron para ilustrar el alcance de un Análisis Transaccional Integrativo y Relacional en la psicoterapia contemporánea. La efectividad de un enfoque tan profundo del Análisis Transaccional radica en su énfasis de que el psicoterapeuta trabaje afectiva, fisiológica, cognitiva y conductualmente para facilitar la integración interna de los Estados del Yo Niño y Padre en un yo Adulto. Gran parte de nuestro trabajo terapéutico es relacional: trabajar con y dentro de la transferencia, indagar sobre las experiencias fenomenológicas e históricas de la cliente, sintonizarnos y responder a los afectos y ritmos de la cliente desde una perspectiva evolutiva, y proporcionarle así una consciencia de las funciones auto-reparadoras o auto-estabilizadoras de su dinámica intrapsíquica y de su conducta.

Como mencionamos anteriormente, Berne afirmó que la situación óptima para la reintegración de la personalidad conlleva la experiencia fenomenológica del Estado Niño del Yo que se reactiva vívidamente en la mente de la cliente. Gran parte de la psicoterapia del Estado Niño del Yo que realizamos conlleva: indagar fenomenológica e históricamente para estimular una consciencia clara de los afectos y las sensaciones físicas; proveer de seguridad, consistencia y confiabilidad que permita a nuestros clientes experimentar lo que sienten y conocer lo que intuitivamente ya saben; apoyar la consciencia de la memoria implícita y sub-simbólica; y validar el afecto temprano y las experiencias relacionales de nuestros clientes. A menudo esto supone trabajar con la “inferencia terapéutica” para facilitar que el o la cliente pueda construir una narración personal a partir de la miríada de afectos y sensaciones internas, fragmentos de recuerdos y de memoria implícita y procedimental, historias familiares y sus propias observaciones de la dinámica familiar actual.

Con algunos de nuestros clientes, resulta necesario apoyar una regresión a edades evolutivas previas y proporcionar a través de ello una re-experiencia reparadora de las negligencias o traumas tempranos que experimentaron. Esto requiere ser conscientes del nivel evolutivo de cada cliente y desarrollar una sensibilidad para trabajar en su tolerancia afectiva: acompañar a la cliente a enfrentarse a una

experiencia regresiva lo suficientemente profunda como para re-experimentar los traumas de un modo novedoso y curativo, pero no tan profunda como para que resulte re-traumatizante. En este artículo hemos enfatizado la importancia de la dependencia relacional hacia el o la psicoterapeuta como base para que las clientes descritas puedan revivir claramente los recuerdos implícitos y pre-simbólicos y facilitar así la resolución del trauma. Lo más relevante en todo nuestro discurso e intervenciones terapéuticas se expresa en nuestra premisa: *la curación se produce a través de una relación terapéutica de contacto pleno*.

### Nota Editorial:

- Agradecemos el permiso de publicación a Richard. G. Erskine, editor.
- Este artículo corresponde a la traducción del inglés del capítulo 7, *Inference, re-experiencing, and regression: psychotherapy of Child ego states*. En Erskine, Richard G. (2016) *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Karnac.

**Traducción: Angela Pérez Burgos**

### Referencias Bibliográficas

- Allen, J. R. y Allen, B. A. (1972). Scripts: The role of permission. *Transactional Analysis Journal*, 2(2), 72-74. <https://doi.org/10.1177%2F036215377200200210>
- Beisser, A. (1971). The paradoxical theory of change. En J. Fagan y I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications* (pp.77-80). Nueva York, NY: Harper & Row.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Berne, E. (1963). *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups*. Nueva York, NY: Lippincott.
- Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello? The Psychology of Human Destiny*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.
- Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(1), 40-70. <https://doi.org/10.1080/07351692109348923>
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Nueva York, NY: Harcourt Brace.
- Dashiell, S. R. (1978). The parent resolution process: Reprogramming psychic incorporations in the parent. *Transactional Analysis Journal*, 8(4), 289-294. <https://doi.org/10.1177%2F036215377800800403>
- Caizzi, C. (2012). Embodied trauma: Using the subsymbolic mode to access and change script protocol in traumatized adults. *Transactional Analysis Journal*, 42(3), 165-174. <https://doi.org/10.1177/036215371204200302>
- Cornell, B. C (2010). Aspirations or Adaptation? An Unresolved Tension in Eric Berne's Basic Beliefs. *Transactional Analysis Journal*, 40(3-4), 243-253. <https://doi.org/10.1177/036215371004000309>
- Crossman, P. (1966). Permission and protection. *Transactional Analysis Bulletin*, 5(19), 152-154.
- Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*. Nueva York, NY: Norton.

- Erskine, R. G. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Analysis Journal*, 10(2), 102-106. <https://doi.org/10.1177%2F036215378001000205>
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76. <https://doi.org/10.1177%2F036215379102100202>
- Erskine, R. G. (2003). Introjection, psychic presence and parent ego states: Considerations for psychotherapy. En C. Sills y H. Hargarden (Eds.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views* (pp. 83-108). Londres, Reino Unido: Worth Publishing.
- Erskine, R. G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analysis Journal*, 38:128-138.
- Erskine, R. G. (2010a). *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*. Londres, Reino Unido: Karnac Books Ltd.
- Erskine, R. G. (2010b). Life scripts: Unconscious relational patterns and psychotherapeutic involvement. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns* (pp. 1-28). Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R.G. (2014a). Nonverbal stories: The body in psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 5(1), 21-33.
- Erskine, R. G. (2014b). What do you say before you say good-bye? The psychotherapy of grief. *Transactional Analysis Journal*, 44(4), 279-290. <https://doi.org/10.1177/0362153714556622>
- Erskine, R. G. (2015). *Relational Patterns, Therapeutic Presence*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. (2011). *Integrative Psychotherapy in Action*. Londres, Reino Unido: Karnac Books (Trabajo original publicado en 1988).
- Erskine, R. G., Moursund, J. P., y Trautmann, R. L. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (2003). Resolving Intrapsychic Conflict: Psychotherapy of Parent Ego States. En C. Sills y H. Hargaden (Eds.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views* (pp. 109-134). Londres, Reino Unido: Worth Publishing.
- Erskine, R. G. y Zalcman, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9, 51-59.
- Freud, S. (1912a). *The dynamics of transference*. *S.E.*, 12, 97-108. Londres, Reino Unido: Hogarth.
- Freud, S. (1920b). *Beyond the Pleasure Principle*. *S.E.*, 18, 3-64. Londres, Reino Unido: Hogarth.
- Hargarden, H. y Sills, C. (2001). Deconfusion of the Child Ego state: A relational perspective. *Transactional Analysis Journal*, 31(1), 55-70. <https://doi.org/10.1177%2F036215370103100107>
- Hargarden, H. y Sills, C. (2002). *Transactional Analysis: A Relational Perspective*. Hove, Reino Unido: Routledge.
- James, M. y Jongeward, D. (1978). *Born To Win—Transactional Analysis with Gestalt Experiments*. Nueva York, NY: Addison-Wesley.
- Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. En K. S. Bowers y D. Meichenbaum (Eds.), *The Unconscious Reconsidered* (pp. 149-210). Nueva York, NY: Wiley.
- Little, M. I. (1981). *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. Nueva York, NY: Jason Aronson.
- Little, M. I. (1990). *Psychotic Anxieties and Containment*. Nueva York, NY: Jason Aronson.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Thomson: Brooks/Cole.
- Novellino, M. (1985). Redecision analysis of transference: A TA approach to transference neurosis. *Transactional Analysis Journal*, 15(3), 202-206. <https://doi.org/10.1177%2F036215378501500303>
- O'Reilly-Knapp, M. y Erskine, R.G. (2010). The script system: An unconscious organization of experience. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns* (pp. 291-308). Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Nueva York, NY: Julian Press.
- Price, L. (2014). Back to the beginning: An exploration of the treatment and effects of therapeutic regression to dependence in psychotherapeutic practice (Tesis Doctoral no publicada). De Montfort University, Reino Unido.
- Schacter, D. L. y Buckner, R. L. (1998). Priming and the brain. *Nevron*, 20, 185-195.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. Nueva York, NY: Guilford.
- Sills, C. y Hargarden, H. (Eds.) (2003). *Ego States. Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views*, (pp.109-134). Londres, Reino Unido: Worth Publishing.
- Steiner, C. (1974). *Scripts People Live: Transactional Analysis of Life Scripts*. Nueva York, NY: Grove Press.

- Stewart, I. y Joines, V. (1978). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Nottingham, Reino Unido: Lifespace.
- Stuthridge, J. (2012). Traversing the fault lines: Trauma and enactment. *Transactional Analysis Journal*, 42(4), 238-251. <https://doi.org/10.1177/036215371204200402>
- Trautmann, R. (1985). Letter from the editor. *Transactional Analysis Journal*, 15, 188-191.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1(1-2), 103-107.

# LEER Y ESCRIBIR EN TERAPIA NARRATIVA, CONSTRUYENDO UNA NUEVA HISTORIA

## READING AND WRITING IN NARRATIVE THERAPY, CONSTRUCTING A NEW STORY

**Jael Alejandra Quintal Corzo**

Universidad Autónoma de Yucatán. México  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2179-1054>

**Silvia María Alvarez Cuevas**

Universidad Autónoma de Yucatán. México  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5559-1974>

**Dora Adolfinia Ayora Talavera**

Universidad Autónoma de Yucatán. México  
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0254-4530>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Quintal Corzo, J. A., Alvarez Cuevas, S. M. y Ayora Talavera, D. A. (2020). Leer y Escribir en Terapia Narrativa, Construyendo una Nueva Historia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 227-245.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.293>

### Resumen

*El presente trabajo realizado a partir de un estudio de caso clínico único, describe la experiencia del uso de la lectura y la escritura terapéutica como estrategias coadyuvantes de una intervención psicoterapéutica sustentada en la Terapia Narrativa planteadas por White y Epston (1993). Luis, solicita el proceso psicoterapéutico a raíz de la ruptura de su relación amorosa con Martha, ya que consideraba el término de la misma como una situación injusta que lo afectaba en distintas áreas de su vida. A lo largo de las 12 sesiones de intervención llevadas a cabo desde la Terapia Narrativa, se evidencian los elementos teóricos provenientes de este enfoque, las prácticas narrativas utilizadas y el papel que tuvo la lectura y la escritura terapéutica. Se utiliza el análisis de contenido como método de investigación (López Noguero, 2002) a lo largo de todo el proceso terapéutico, para evidenciar y describir el cambio en el discurso que fue realizando Luis a lo largo de las sesiones. Entre los resultados, se evidencia la utilización de las prácticas narrativas como medio para que el consultante reflexione sobre su propia identidad, las relaciones que establece con otros, sus capacidades, intereses y prioridades, así como los significados que concede a sus experiencias de vida.*

**Palabras clave:** *Terapia Narrativa, escritura terapéutica, prácticas narrativas, identidad, lenguaje.*

Fechas de recepción: v1: 3-5-2019, v2: 6-2-2020, v3: 9-3-2020, v4: 2-4-2020, v4 Fecha de aceptación:: 5-5-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [acuevas@correo.uady.mx](mailto:acuevas@correo.uady.mx)

Dirección postal: Silvia María Alvarez Cuevas. Universidad Autónoma de Yucatán. México

© 2020 Revista de Psicoterapia

### Abstract

*This paper developed from a unique case study, describes the experience of utilizing therapeutic writing and reading as contributing strategies to a therapeutic intervention, based on Narrative Therapy developed by White and Epston (1993). Luis requests a therapeutic process due to a break-up with his partner Martha, as he considered the dissolution of the relationship as an unjust situation which affected different areas of his life. Throughout 12 intervention sessions conducted through Narrative Therapy the theory elements provided by this approach, the narrative practice, and the role played by the therapeutic reading and writing were made evident. A content analysis was used as research method (López Noguero, 2002) throughout the whole of the therapeutic process to illuminate and describe the changes Luis made in his discourse as the sessions progressed. Highlighted among the results, were the use of these narrative practices as means that contribute the consultant to reflect upon his own identity, the relationships he establishes with others, his capacities, interests, and priorities, as well as the meaning he gives to his life experiences.*

**Keywords:** *Narrative Therapy, therapeutic writing, narrative practices, identity, language.*



*“La vida no es la que uno vivió,  
sino la que uno recuerda  
y cómo la recuerda para contarla”.*  
Gabriel García Márquez.

El trabajo que se desarrolla a continuación, parte del interés de las autoras de vincular campos que pueden ser afines, complementarios y mutuamente enriquecedores: la Terapia Narrativa y la Literatura, a través de textos literarios y la producción de escritos terapéuticos. Para progresar en esta argumentación, hemos organizado el documento en cuatro apartados: el primero estará encaminado a realizar una revisión teórica que permita vincular la Terapia Narrativa con el campo de la escritura terapéutica; en un segundo momento se describirá la utilización de la lectura de textos literarios y la producción de escritos terapéuticos en el marco de las conversaciones llevadas a cabo dentro de un proceso de Terapia Narrativa. Posteriormente se realiza un análisis sobre la utilidad de la escritura con fines terapéuticos en las sesiones implementadas desde la Terapia Narrativa. Y finalmente, se incluye un análisis crítico sobre la escritura terapéutica como técnica coadyuvante en un proceso de Terapia Narrativa.

### **Terapia Narrativa y escritura terapéutica, una revisión teórica**

La Terapia Narrativa, desarrollada por Michael White y David Epston (1993), es un enfoque terapéutico que reconoce el papel primordial del lenguaje como productor de significados y creador de la realidad social. Entender que el lenguaje es un conjunto de discursos que compiten entre sí para generar significados y ordenar el mundo, hace de éste un elemento para la exploración de la subjetividad de las personas dentro de un contexto específico, histórico y local (Richardson y Adams St. Pierre, 2005).

La Terapia Narrativa plantea que la gente busca terapia cuando no puede incorporar algo que le ha ocurrido en su vida, a su historia personal. El proceso terapéutico busca entonces, desestabilizar la historia y retar a la persona a incorporar o generar nuevos significados para dichos eventos difíciles, asumiendo nuevas posiciones ante los mismos (Schaefer, 2014). Reflexionar sobre las razones que tenemos para elegir el matiz que le damos a los relatos que contamos y que construyen la identidad de quien los narra, es un elemento central que la Terapia Narrativa pone al servicio del consultante. A partir de las conversaciones terapéuticas se revisan los significados que se asignan a las experiencias, buscando construir nuevos significados y/o experiencias que favorezca una narración más rica, acorde a la versión preferida de vida que la persona desea (White y Epston, 1993). Desde esta posición, los relatos que las personas realizan sobre ellas mismas, y las palabras que utilizan para hacerlo, construyen la identidad (Bruner, 1990; Polkinghorne, 1991, McAdams, 1993), misma que es continuamente revisada e influida por el contexto para convertirse nuevamente en una narración (Taylor, 2008).

La Terapia Narrativa se aproxima a las historias narradas en función a qué tanto un problema puede saturar las narraciones e impedir generar nuevas versiones para las otras historias que también podrían contarse, descripción saturada de problemas (White, 1997, 2009). A partir de un lenguaje externalizador, que separa al problema de la identidad de la persona, se realiza la intervención transmitiendo la idea de que el problema tiene un efecto sobre la vida de la persona y no que es una condición que existe dentro o de forma intrínseca en ésta (Payne, 2006). La intervención se nutre a partir de la reflexión generada mediante diversos tipos de preguntas (panorama de acción, de conciencia, de tipo relacional, de influencia relativa, orientadas a la reflexión), recuperando la influencia que la persona ha tenido y tiene en la vida del problema, enfatizando sus recursos e identificando en las historias, los logros aislados dentro de secuencias temporales. A lo largo de la intervención se exploran las relaciones que contribuyeron a que se gesten y distribuyan las historias dominantes que cobraron vigencia en el contexto de la vida de la persona. A través de las preguntas que surgen en las conversaciones que tienen lugar en la sala de terapia, se construyen mapas que cuestionan la realidad y llevan a los consultantes a emprender viajes que coadyuvan en la construcción de nuevas identidades, redefinidas, fortalecidas y cambiadas (White, 2007). Otros recursos que igual nutre a la conversación terapéutica son las metáforas, el uso de testigos externos, así como la utilización de distintos documentos escritos (Payne, 2006; White, 1997, 2009; Epston, 2019; Montesano y Ness, 2019).

Para la Terapia Narrativa un testigo externo es una tercera persona que es invitada a la conversación terapéutica, que puede o no, ser cercana al círculo social de la persona consultante, con la finalidad de facilitar reflexiones que permitan ampliar su declaración de identidad. En el proceso de trabajo con los testigos externos el terapeuta genera preguntas encaminadas a ampliar la definición que la persona consultante realiza sobre sí misma. Desde dicha posición, el terapeuta asume una especial responsabilidad al elegir aquellas preguntas que pudieran facilitar reflexiones enriquecedoras (Payne, 2006). Las prácticas con testigos externos, al realizarse ante una audiencia significativa que valida la historia preferida que la persona desea construir sobre sí misma, autentifica la identidad de las personas, desafía el aislamiento y la individualización que resulta como consecuencia de los problemas (White y Epston, 1993) y favorece el sentido de realidad y autenticidad que se construye a partir de la narración ante una audiencia (Carey y Russell, 2003).

Otra práctica que se incorpora de manera puntual dentro de la Terapia Narrativa consiste en la utilización de documentos escritos, que al permanecer físicamente en el tiempo, pueden generar mayor impacto gracias a la posibilidad de que la persona regrese a la revisión de los mismos en momentos diversos (White y Epston, 1993). Entre los distintos tipos de documentos escritos que se pueden incorporar dentro del marco de la Terapia Narrativa, para ampliar el modo preferido de ser de la persona, se encuentran: diplomas, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos, certificaciones, reflexiones y cuentos, sean éstos escritos por el terapeuta o por

el consultante (Payne, 2006; Montesano y Ness, 2019). Cuando los documentos escritos son desarrollados por las personas como medios para reflexionar sobre sí mismas y sus experiencias desde un punto de vista distinto al habitual, el proceso de escritura se convierte en terapéutico (Bolton, 2005). La escritura se convierte en una estrategia que puede ser tan importante para el lector y el escritor, así como para el terapeuta y el consultante, quienes se convierten, a partir de la conversación terapéutica, en re-editores de las narraciones plasmadas por escrito (White y Epston, 1993; Epston, 2019).

La escritura con finalidad terapéutica, pone el énfasis en el proceso de escribir más que en el resultado del producto y la calidad literaria del mismo, enfatizando los significados asignados a las experiencias. Para ser terapéutica, la escritura desde sus inicios debe ser presentada como una experiencia personal, privada, libre de críticas y limitaciones en cuanto a gramática, sintaxis y forma (Bolton, 2005). La escritura con fines terapéuticos no se limita a la descripción de un solo tipo de experiencias, pensamientos o emociones y es una actividad en donde se pueden incorporar diálogos como medios para la reflexión (Field, 2006). La producción escrita, al permanecer tangiblemente en el tiempo, permite que la persona pueda releer algo que había escrito con anterioridad, generando nuevas reflexiones. Las re-ediciones de los materiales escritos también proveen nueva información para quién lo escribió (Bolton, Field y Thompson 2011).

Al ser la psicoterapia y la escritura procesos transformadores, ambas actividades se pueden entrelazar. La escritura terapéutica puede usarse como medio para: ganar conciencia acerca de las luchas personales, sanar heridas emocionales, motivar el desarrollo personal, el entendimiento de las propias necesidades y la exploración de la creatividad (Keeling y Bermudez, 2006; Lepore y Smyth, 2002). Bolton (2005, 2006) señala que el proceso de escritura terapéutica debe realizarse de manera acompañada por un facilitador, terapeuta, tutor o maestro, que priorice el proceso de expresión sobre el producto, evitando la generación de juicios externos. Este autor sugiere que el proceso de escritura debe realizarse por momentos. Al principio, la persona escribe lo primero que piensa o siente, para posteriormente, reflexionar sobre lo escrito, ambas etapas tienen potencial terapéutico.

Experiencias previas sobre la utilización de la escritura terapéutica reportan diversos beneficios entre los que se encuentran: el alivio del estrés y la ansiedad (Anderson y MacCurdy, 2000), la mejora en el estado de ánimo, el bienestar y el entendimiento del sí mismo (Burton y King, 2004), un mejor control de las acciones, una mayor conciencia de los significados personales y de las conexiones con otros (Hilse, Griffiths y Corr, 2007). Igualmente se ha utilizado como herramienta en el campo de la psicología o con poblaciones dentro de instituciones de salud para ganar *insight* acerca de luchas personales y para sanar heridas emocionales al propiciar el entendimiento de las necesidades propias y la exploración de la creatividad individual (Vaandrager y Pieterse, 2008). Por su parte Newman (2008) considera que cuando las personas escriben están llevando a cabo una acción que

tiene impacto directo sobre sus recuerdos, los significados asignados y sobre su propia identidad.

La investigación de la escritura como una técnica terapéutica ha logrado beneficios para un amplio espectro de condiciones de salud y en diversas poblaciones (Yagelsky, 2009). Se ha demostrado que escribir acerca de situaciones emocionalmente estresantes o eventos traumáticos puede contribuir al incremento tanto de la salud física como de la salud mental (Fair, Connor, Albright, Wise y Jones, 2012). Escribir le permite al individuo que sus emociones y problemas sean más manejables y da la sensación de que se puede tener un mayor control sobre los resultados de las situaciones por las que se atraviesa (Mazzeo, 2012). Pennebaker (2004) explica que el proceso de escribir ocurre en múltiples niveles cognitivo, emocional, social y biológico, haciendo difícil que se esboce una sola teoría que explique todo su funcionamiento de manera unificada.

Para la Terapia Narrativa los relatos orales o escritos, que las personas realizan tanto en su diálogo interior, como con otras personas en comunicaciones sociales, son oportunidades para desarrollar la narración preferida que tienen, acorde con sus valores y visión del mundo (White y Epston, 1993). Desde esta postura, la función del terapeuta en el intercambio comunicativo consiste en facilitar prácticas de reintegración que identifiquen los saberes y habilidades para la vida del consultante que contribuyan a una descripción más rica y que le permita el surgimiento de nuevas posibilidades para la acción (White, 2002). Habiendo expuesto las ideas anteriores, este trabajo incorpora la experiencia del uso de escritura terapéutica como estrategia coadyuvante a un proceso de Terapia Narrativa con la intención de favorecer la narración preferida del consultante, acorde con sus valores y su experiencia, en torno a su motivo de consulta.

### **Describiendo el proceso de la escritura terapéutica durante las conversaciones de Terapia Narrativa de Luis**

Desde una aproximación metodológica cualitativa que prioriza describir la experiencia de los participantes a partir del uso natural que realizan de su lenguaje para describir su realidad (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2010), y utilizando como técnica investigativa el análisis de contenido, este trabajo utiliza las sesiones terapéuticas de un caso clínico para enmarcar el proceso investigativo.

A lo largo de todo el proceso terapéutico, implementado desde la Terapia Narrativa, se realizó un análisis de contenido de las conversaciones durante las sesiones y de los escritos terapéuticos realizados por el consultante. Todos estos fueron vinculados a conceptos teóricos provenientes de la Terapia Narrativa tales como: historia saturada de problemas, discursos dominantes y alternativos, deconstrucción, metáforas, lenguaje externalizador, distintos tipos de preguntas (acción, conciencia, relación), testigos externos entre otros.

La terapeuta que facilitó las conversaciones en el contexto de un centro de

atención a estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), fue la Licenciada en Psicología Jael. La atención la brindó mientras estudiaba la Maestría en Psicología Aplicada en el Área Clínica para Adultos recibiendo la supervisión, en cuanto a la conducción narrativa del caso, por parte de la Doctora Silvia, y retroalimentaciones en aspectos de escritura formal del trabajo de la Doctora Dora. Ambas doctoras forman parte del personal docente de la Facultad de Psicología de la UADY y acompañaron a Jael en su proceso formativo. Dado que la metodología cualitativa lo permite, y con la intención de propiciar una lectura más agradable, a partir de este momento se escribirá en primera persona, narrando Jael su experiencia conduciendo el caso.

El protagonista de este trabajo fue un adulto joven de 21 años a quien se le llamará Luis. El solicita proceso psicoterapéutico a raíz de la ruptura de su relación amorosa con Martha, ya que se sentía mal por tal evento, y consideraba el término de la misma como una situación injusta. A lo largo de las conversaciones llevadas a cabo con Luis, como terapeuta, cuidé mantener los principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia (França-Tarragó, 2005). Para mantener la confidencialidad del consultante modifiqué los nombres reales y aquella información que pudiera identificarlo. Para fomentar la horizontalidad del proceso, al finalizar cada sesión le pregunté a Luis si se sintió cómodo, respetado y escuchado durante la sesión y si la conversación le fue de utilidad. Conviene aclarar que todos los correos electrónicos que recibí de Luis como parte de la intervención, fueron enviados a mi correo personal y una vez leídos los eliminé. La misma situación ocurrió con los registros de voz que fueron audiograbados durante las sesiones y posteriormente transcritos. Como terapeuta evité manifestar juicios en torno a su idea del amor y hacia sus escritos; y tuve la precaución de utilizar las palabras que el usaba para hablar sobre la situación que le motivó a solicitar el proceso psicoterapéutico evitando categorías diagnósticas. De igual forma el consintió que yo hiciera uso de su experiencia con finalidad investigativa.

La técnica de la lectura de textos literarios y la escritura terapéutica que planteo en este trabajo ocurrió como una invitación a la cual el aceptó. Yo fui la persona que eligió aquellos textos que a mi juicio consideraba pudieran ser de utilidad dado el contenido de lo que hablábamos durante las sesiones. Me resulta importante aclarar que al plantear la utilización de los mismos, lo realicé desde una posición de facilitación, en la cual proponía la actividad como algo que pudiera o no ser de utilidad para Luis y a lo cual el podría o no acceder.

El proceso terapéutico con Luis tuvo una duración total de 12 sesiones semanales de 55 minutos aproximadamente, implementadas a lo largo de 5 meses. Las sesiones fueron conducidas siguiendo los planteamientos teóricos y las prácticas de la Terapia Narrativa (White y Epston, 1993). Para enmarcar el proceso terapéutico como una investigación, lo dividí por fases. La primera, que se extendió por 2 sesiones, tuvo el objetivo de explorar junto con Luis la historia saturada de problemas y plantearle la posibilidad de utilizar la experiencia de la escritura

terapéutica y la lectura de textos literarios, como material para incorporar en las conversaciones. La segunda fase comienza en la tercera sesión a partir de que se inicia con la escritura terapéutica y la lectura de textos literarios en las sesiones de Terapia Narrativa. Esta fase se extendió por 9 sesiones, y a lo largo de las mismas, las lecturas y las reflexiones escritas que Luis me enviaba por correo electrónico, se convirtieron en elementos que se incorporaron a la conversación durante las sesiones de psicoterapia, con la finalidad de contribuir a la generación de una nueva historia. La tercera fase, sesión 12, tuvo el propósito de realizar junto con el consultante, un análisis crítico en relación a la utilidad que tuvo el proceso de leer y escribir durante el proceso terapéutico.

Quisiera detenerme ahora a explicar la forma en la cual acordamos el trabajo de escritura terapéutica y cómo elegí los textos literarios que se incorporaron en las sesiones. En relación a la escritura terapéutica, acordamos que posterior a cada sesión presencial él escribiría un texto donde plasmaría su reflexión sobre los temas que habíamos conversado y que me los enviaría por correo electrónico antes de nuestro siguiente encuentro, de modo que yo tuviese tiempo para leer su producción, y así, pudiera generar preguntas de reflexión al respecto. Dicho proceso me permitiría seleccionar algún texto literario relacionado con lo que Luis manifestara en su escrito y, en el siguiente encuentro, hablaríamos sobre su experiencia en el proceso de escribir, revisaríamos sus reflexiones escritas, y le compartiría algunas preguntas o reflexiones que me hubieran surgido a partir de la lectura de su producción. Finalmente leeríamos y conversaríamos sobre el texto que yo había elegido para la sesión.

Abordando ahora la elección de los textos literarios, la realicé a partir de mi aficionado conocimiento de literatura, y lo que como psicóloga consideraba que podría ser de utilidad para engrosar la historia preferida de Luis. Los textos que elegí para incluir en las conversaciones terapéuticas compartían ideas acerca de terminar relaciones amorosas y empezar de nuevo. Consideré que la experiencia escrita por los autores podría incorporarse al proceso terapéutico como una voz más que pudiera enriquecer la historia que Luis planteaba, emulando la técnica de *testigos externos* de la Terapia Narrativa, donde otras personas, en este caso los autores literarios, cuentan sus experiencias en torno a un hecho compartido. Si bien la elección de los autores y sus textos surgió de mi propia experiencia literaria, éstos fueron presentados a Luis como una posibilidad de lectura y no como una obligación, partiendo de un encuadre en el que las experiencias narradas por los autores literarios podrían incorporar o no nuevas experiencias a su relato. Las preguntas sobre los textos literarios estuvieron orientadas a deconstruir significados en torno al amor y contribuir a generar la narración preferida de Luis en torno a las relaciones amorosas. Los textos que leímos durante las sesiones fueron: el poema *Soledades* (Benedetti, 1974/2000); un fragmento de la novela *El momento en que todo cambió* de Douglas Kennedy (2014); un fragmento de la novela *La emoción de las cosas* de Ángeles Mastretta (2013); un escrito de la columna de Mary Sch-

mich (1991) denominado *Wear sunscreen* traducido como Usa protector solar; y, el poema *Ítaca* de Constandinos P. Cavafis (1911/2015).

### **Terapia Narrativa, lectura, escritura y conversación**

En este apartado, las autoras queremos presentar una revisión del proceso conversacional sustentado en la Terapia Narrativa, realizado por Luis y facilitado por Jael. Para analizar el mismo, se puntualizan a lo largo de las sesiones, aquellos elementos teóricos, y prácticas narrativas, que fueron más significativos a juicio de las autoras. De igual forma se presta especial atención al papel que tuvo la experiencia de la escritura terapéutica y la lectura de los textos literarios, como estrategias coadyuvantes en este proceso.

Al inicio de las conversaciones, Luis narró lo que en Terapia Narrativa se denomina historia saturada de problemas, es decir, un relato con una atención y memoria selectiva que describe a la persona negativamente y que configura los pensamientos y la conducta de manera desfavorable (Freeman, Epston y Lobovits, 2001). El joven manifestó que el hecho de que su novia hubiera finalizado su relación con él le generaba confusión ya que era algo que no esperaba y que lo había sorprendido porque para él, una relación estable, como la que tenía, no se termina abruptamente. Dentro de la historia saturada de problemas que relata Luis a partir de su rompimiento, se evidencia la experimentación de emociones desagradables para el consultante y manifestaciones somáticas: *“me siento decaído y un poco confundido frente al rompimiento. Cuando Martha me pidió que terminásemos me sentí muy triste, perdí el apetito y evité hablar del acontecimiento con mi familia y otras personas cercanas”* (Luis, sesión 1, septiembre 2). Esta historia estaba rodeada y alimentada de confusión e incertidumbre; mientras experimentaba esto, se aferró a ideas sobre la justicia que lo limitaron para considerar otros puntos de vista: *“yo suponía que la relación tenía mucho futuro y que era muy formal y muy seria. Me siento frustrado por las dudas que Martha expresa y porque me parece que las razones que me ha dado para no estar conmigo son insuficientes, de alguna manera siento que la situación es injusta para mí”* (Luis, sesión 1, septiembre 2).

El hecho de que Luis considerara su relación como algo fuerte y estable deja ver el discurso dominante que había sostenido su vida previamente y que le permitía funcionar adecuadamente: *“esperaba que la relación que tenía con Martha pudiese ser algo recíproco, con un compromiso establecido, con confianza y respeto, una relación con mucha madurez donde ambos miembros fuéramos capaces de respetar los gustos y la independencia de cada uno, que se tratara de estar juntos con el objetivo de tener un futuro que incluyese además la idea de algo por siempre”* (Luis, sesión 1, septiembre 2). Sin embargo, al cambiar su experiencia, el discurso dominante que manifestaba que las relaciones eran para siempre, dejó de ser representativo para su vida, empezó a causarle malestar y a cuestionar lo que el amor significaba para él: *“el amor es extraño, ya que pareciera que el amor te lo da todo y de pronto no tienes nada, el hecho de que dos personas están juntas y*

*después simplemente dejan de estarlo”* (Luis, sesión 3, septiembre 23).

A lo largo de la conversación, mientras iba explorando la historia saturada de problemas, como terapeuta tomaba nota mental sobre aquellos elementos de la historia que podrían considerarse como recursos de Luis para ser utilizados posteriormente. En este sentido, pude apreciar que es un joven muy unido a su familia, tiene un círculo sólido de amigos, es una persona responsable y organizada, además de ser alguien que aprecia valores como la honestidad, la unión y el amor dentro de sus relaciones interpersonales (Jael, autoregistros de las sesiones 1 y 2). De igual forma, es un joven que tiene metas personales y planes a futuro, tal y como pude apreciar en su siguiente comentario: *“tengo interés por seguir teniendo una vida amorosa, ya sea con Martha o con alguna otra persona en el futuro, y en realidad pienso que por el momento puedo usar la terapia para hablar de mí en el amor”* (Luis, sesión 2, septiembre 9).

En el primer ejercicio de escritura terapéutica Luis escribió detallando como se sentía ante la situación que vivía y que lo llevó a consulta: *“mi duda es qué hacer, porque realmente no sé qué pasó. Mi espíritu me dice que puedo ayudar a reparar las piezas, pero quizás algunas no están, la verdad es que no lo sé ... me he sentido como la persona que va en un barco, y de repente por alguna razón, éste falla y ya no puede seguir avanzando, como si de repente hubiera golpeado algo a la embarcación tan fuerte y estable”* (Luis, ejercicio escrito, sesión 2, septiembre 9). En este fragmento se puede apreciar como la técnica de la escritura terapéutica permitió que Luis, de manera espontánea, hiciera alusión a una metáfora para describir su experiencia: *“... entonces tengo que saltar hacia el agua, con absolutamente nada conmigo, pues no me esperaba eso. Ya en el agua me encuentro una balsa de emergencia, y me subo a ella”* (Luis, ejercicio escrito, sesión 2, septiembre 9). Durante la sesión presencial, Luis regresa a la metáfora elaborada en su escrito, para ampliar la descripción de cómo se siente y lo que hace ante la situación: *“sé y estoy consciente de que el mar avanza, pero no por eso la dejo y anhelo regresar a esa parte de mi vida en la que me encontraba. Ha sido muy difícil, y a la vez muy complicado todo. Pero no bajo los brazos y sigo fuerte en muchos sentidos”* (Luis, sesión 2, septiembre 9).

La experiencia escrita por Luis, me permitió como terapeuta preparar para la sesión 3, el poema *Soledades* (Benedetti, 1974/2000). Una vez que el poema fue leído en consulta le pregunté: *“¿qué mensaje consideras que el autor podría estar aportando a una situación de rompimiento de pareja?”* (Jael, sesión 3, septiembre 23). Luis reflexionó y contestó: *“me hace pensar en que es real eso de que la felicidad con Martha no es para siempre, me doy cuenta que estamos solos, pero al mismo tiempo no lo estamos. Tiene sentido para mí el hecho de que en una relación amorosa cada quien puede estar pasando un proceso diferente. Es como estar juntos... pero no juntos físicamente, independientemente de lo que vaya a pasar después”* (Luis, sesión 3, septiembre 23). Al recurrir a la voz del autor del texto como testigo externo que es invitado a la conversación (Payne, 2006; White,

1997, 2009), se agregó una nueva perspectiva de la situación: *“imagino que Mario Benedetti me diría que lo que está pasando es normal, que le pasa a cualquier persona y que, así como él escribió en ese poema, nadie sabe cómo va a acabar una historia amorosa...”* (Luis, sesión 3, septiembre 23).

El proceso de deconstrucción de las ideas y significados de Luis en torno al amor y las relaciones de pareja, le permitió identificar otros relatos alternativos dentro de su discurso, es decir, aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante y que constituyen una fuente de riqueza para la propia persona (White y Epston, 1993): *“me doy cuenta que cuando uno inicia una relación, uno está esperando algo y que las cosas no siempre salen como uno espera y a veces cuesta aceptarlo y que quizás no siempre es justa la forma en que se desarrollan las cosas y te desilusionas pero que tienes que aprender a manejar tus sentimientos y aunque el amor me sigue pareciendo extraño empiezo a darme cuenta de cosas que nunca había pensado antes, como por ejemplo la relación entre el amor y la soledad, no una soledad llena de tristeza o por abandono, sino ese hecho de que aunque uno esté con alguien, de todas maneras uno está solo y tiene que procesar muchas cosas por su cuenta”* (Luis, sesión 3, septiembre 23). Estas ideas de Luis en relación a lo mucho que puede cambiar el significado del amor se siguen retomando en las sesiones subsecuentes con la intención de engrosar una historia alternativa en relación a la experiencia del amor.

En el ejercicio de escritura realizado previo a la sesión 4, él manifiesta su experiencia en torno al amor describiéndolo como una situación extraña: *“El amor es extraño, lo pienso por la inconstancia. En eso de que una persona puede estar, después irse y después regresar... a veces pienso que siento eso, que el amor debería ser para siempre. Me sigue costando trabajo pensar que alguien pueda quererte un día y después dejar de quererte”* (Luis, ejercicio escrito, sesión 4, octubre 16). Otro elemento relevante que surgió de la experiencia de escritura fue la capacidad de evidenciar sus luchas personales y motivaciones: *“Pero es ahí donde descubrimos de qué estamos hechos, de dónde viene nuestra verdadera fuerza y la capacidad para seguir sale a la luz. Estando solos aprendemos tanto de nosotros, esto yo creo porque tenemos tiempo de pensar sobre nosotros mismos, nuestros intereses y prioridades que no pueden quitarse por situaciones adversas”* (Luis, ejercicio escrito, sesión 4, octubre 16).

Para continuar ampliando el significado del amor, introduje la externalización en la conversación al utilizar el nombre Amor Extraño para referirme a cómo es su experiencia entorno al amor. La externalización insta al consultante a personificar y/o cosificar los problemas con la intención de poder hablar de ellos desde una posición distinta, en la que las cualidades o atributos asignados a las dificultades se hacen menos constantes y restrictivos (White y Epston, 1993). Al referirme a la situación de Luis como Amor Extraño, generamos una conversación en la que exploramos la vivencia de Luis en torno a su experiencia: *“[refiriéndome a su escrito] ...pensé especialmente en esa idea de todo o nada. Cuando describiste al Amor*

*Extraño hablaste de algo que te derriba porque te lleva de tener todo a tener nada. Hiciste referencia al amor como algo perfecto que te da vida, seguridad y te hace invencible pero que también te deja impaciencia, angustia, miedo y desesperanza cuando lo pierdes. Y mencionaste esa idea del amor irrompible que te hace fuerte y de cómo cuando esto no es así te sientes desilusionado, impotente y vulnerable y de hecho caes en una noche que no amanece”* (Jael, reflexión sesión 4, octubre 16). Al poner en claro la versión problemática de la historia de Luis a partir de la externalización, se favoreció la deconstrucción de una visión totalizadora que le impedía considerar otros significados del amor: *“De verdad me sentí así pero ahora voy entendiendo un poco más lo extraño del amor. Que no todo es precisamente de un modo u otro, así tan fatalista, con tanta intensidad”* (Luis, sesión 4, octubre 16).

Continuando la construcción de la historia alternativa en relación a la experiencia del amor, indagué como había sido esto para otras personas significativas en su vida: *“ahora que lo pienso en realidad, no hay relaciones amorosas cercanas que me gustaría repetir o tener una similar a ellas. Mi abuelo era muy machista y creo que no siempre trató bien a mi abuela y mi tío, por ejemplo, él engañó a mi tía... eso hace que piense que el amor es extraño y también difícil. Al hablar de las relaciones de mi familia veo que todas tienen algo, infidelidad, machismo, desgaste, aunque estén juntos... hay esas cosas. Eso me da miedo, que porque el amor sea permanente se pueda seguir con alguien y que un día esa persona se dé cuenta que ya no quiere estar conmigo o que ya no me ama o que lleguemos a algo como las personas de mi familia”* (Luis, sesión 4, octubre 16). A través del análisis del discurso familiar sobre el amor, observé que en el entorno más cercano a Luis existe la idea de “permanecer” con la pareja a pesar de todo; sin embargo, a partir de la conversación, surge la idea de que la permanencia en una relación no debe ser a toda costa. La idea dominante de Luis sobre la permanencia en la relación como una expresión total e incuestionable del amor empezó a modificarse y a incluir otras posibilidades.

Para continuar engrosando la historia alternativa de que las relaciones amorosas pueden terminar, leí un fragmento de la novela *El momento en que todo cambió* de Douglas Kennedy (2014), el cual habla sobre cómo las personas deciden seguir caminos separados después de estar en una relación amorosa. Nuevamente, recurriendo a la técnica de testigos externos le pregunté a Luis qué pensaba que el autor del fragmento le diría en función de esos momentos cuando el amor se acaba, a lo que contestó: *“Creo que me hablaría de cómo el amor puede terminar aun cuando amas a alguien tanto como él la amaba a ella. Eso fue justo lo que llamó mi atención, que al final de cuentas, él tuvo que seguir su camino porque las cosas se complicaron tanto y creo que me diría que esas cosas pasan. No sé si me hablaría de culpables, pero creo que me hablaría de que esas cosas suceden en el amor, que a veces te toca continuar tu camino por tu cuenta y a la otra persona también”* (Luis, sesión 4, octubre 16). En la reflexión anterior se evidencia una ampliación del discurso de Luis en relación al amor, al enfatizar que las relaciones

pueden terminar por otras razones distintas a la falta de amor.

La deconstrucción de la historia saturada del problema y del discurso dominante, dio paso a una nueva descripción del amor que le permitió a Luis comparar su discurso inicial centrado en una sola perspectiva, con un nuevo discurso que abrió el camino a nuevas posibilidades en cuanto al amor: *“Creo que desde el amor utópico sería ver el amor como un sueño, como algo perfecto, como algo que no termina, que es eterno y que es muy romántico. Y desde el amor en primera persona es como entender que el amor es más bien un sentimiento, algo que pasa en la vida y que tiene cosas buenas y malas, que no tiene que ser tan duradero”* (Luis, sesión 5, octubre 21).

La capacidad que tienen los textos escritos de brindar la oportunidad de reflexionar sobre uno mismo en el tiempo, es decir, ampliar el panorama de conciencia, se hizo evidente: *“...la verdad es que cuando terminé con Martha pensaba, pensaba mucho, mientras comía o por las noches y ahora sigo pensando, aunque creo que ahora pienso cosas diferentes, por ejemplo, me puse a releer las cosas que he escrito para enviarte y la verdad es que sé que muchas suenan exageradas pero en ese momento así lo sentía y me doy cuenta que soy muy apasionado y muy romántico, y no es que he dejado de serlo, pero ahora estoy aprendiendo a entender mejor el amor y las cosas que pueden pasar”* (Luis, sesión 5, octubre 21). De igual forma, para ampliar la conciencia sobre uno mismo, las preguntas de panorama de conciencia: *“¿Qué tendrías que saber de ti mismo para que te des la oportunidad de creer o no en el amor en un momento determinado?”*, y las de carácter relacional: *“¿Y qué tendrías que saber de la otra persona para darte la oportunidad con ella?”* (Jael, sesión 5, octubre 21) son medios para construir una nueva versión del amor, como una experiencia en donde las personas toman decisiones propias y las cosas no suceden simplemente de manera azarosa e inesperada.

El ejercicio de escritura que realizó Luis y que llevó a la sesión 6 generó una mayor conciencia sobre sí mismo: *“Me di cuenta que sí soy una persona apasionada y que me apego mucho, me involucro en las cosas, me preocupo y me entrego a aquello que me importa y no sólo en el amor. Cuando escribía esto me di cuenta que me estaba sirviendo para conocerme... soy una persona apasionada y es verdad que también quiero estar en una relación pero... no puedo darle todo solo a esa relación porque entonces puedo olvidarme de las cosas que yo quiero también. Es como que necesito entender que no tengo que cambiar al Luis apasionado que soy, pero sí modificar algunas cosas”* (Luis, sesión 6, octubre 28). Al reflexionar sobre sí mismo, Luis empezó a vislumbrar una nueva versión de él y una identidad más a fin a su narración favorita de él mismo.

Cuestionar la historia dominante permitió también que Luis reflexionara sobre su papel dentro de la relación, saliendo de la perspectiva única que lo victimizó y que perpetuaba el malestar en su vida: *“puedo darme cuenta de mi responsabilidad y de qué no se trata solamente de lo que yo pensaba, sino de cómo ella se estaba sintiendo con lo que pasaba. Y también el hecho de que tienes que tomar en cuenta*

*al otro en una relación, no sólo ver lo que tú sientes”* (Luis, sesión 6, octubre 28)

Utilizando nuevamente la lectura dentro de las sesiones, me decidí a proponerle a Luis la lectura de un fragmento de la novela *La emoción de las cosas* de Ángeles Mastretta (2013); con la intención de generar una reflexión sobre las ideas que él pensaría que podría tener la escritora, a partir de conocer su experiencia en el amor. La intención de esta propuesta fue generar un diálogo entre él y la escritora, ambas personas apasionadas de la vida. De esta conversación quisiera resaltar el siguiente comentario: “...*creo que se trata de ser apasionado y de no dejar ninguna cosa de la vida de lado... que hay que hacer un manifiesto de compromiso de esta manera de ser apasionado... (mi manifiesto diría) que ahora sé que pase lo que me pase en la vida no me dejaré vencer, que si caigo no me quede ahí. Que puedo comprometerme a perdonar y a entender a los otros y que puedo no cerrarme a ver las ideas de los otros. Y lo más importante que puedo ser yo y no cambiar por otra persona, sino incluir en mi vida a la otra persona y saber que tampoco puedo pretender cambiarla*” (Luis, sesión 6, octubre 28).

Un aspecto relevante de las conversaciones con Luis radicó en detectar los acontecimientos extraordinarios, es decir, de aquellos aspectos de la experiencia vivida (sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc.) que quedan fuera del relato dominante y que se convierten en terreno fértil para el engrosamiento de la nueva narración (White y Epston, 1993). Para la sesión 7, como terapeuta pude apreciar un acontecimiento extraordinario a partir del cambio en el lenguaje de Luis, quien para este momento se expresaba cada vez más en primera persona y en activo. Para ampliar lo anterior, como terapeuta me enfoqué en evidenciar estas diferencias a partir de preguntas de panorama de la conciencia: “*¿Qué te dice de ti mismo dentro de este proceso, que ahora puedas hablar de las cosas que vas a hacer y no sólo de las cosas que a veces te suceden?*” (Jael, sesión 7, noviembre 4). A partir de la respuesta de Luis, pude apreciar la reafirmación de su capacidad para notar la influencia de sus propias acciones sobre las relaciones interpersonales que establece: “*Pues que a veces uno atribuye cosas a las personas con las que estás y sólo ves esa parte de la situación, y que, a través de un proceso como éste vas dándote cuenta de la influencia que tú tienes en la relación. Y no sé... también te das cuenta de que el amor acaba y que no acaba porque tiene que acabar, sino que las personas toman decisiones y pasan por procesos y si niegas que el amor se acaba, más te aferras a él y te lastimas*” (Luis, sesión 7, noviembre 4).

En la comunicación digital establecida con Luis previa a la sesión 8, le planteé la posibilidad de que elaborara, como ejercicio de escritura, una carta de su yo actual a su yo del futuro, y que éste último le respondiera al yo actual. Posteriormente, en la sesión presencial, conversamos sobre su experiencia en este proceso, en el que se ubicó como un hombre 10 años mayor: “...*reflexioné y decidí cuando estaba escribiendo, que aunque sí quería hablar de tener pareja, que era más acertado no hablar de vivir felices por siempre o solo centrarme en las promesas amorosas porque al final pensar de ese modo me lastima mucho... todo eso del amor para*

*siempre y como muy utópico fueron ideas que yo tenía y que aplicaba a mi relación con Martha, ahora que me doy cuenta que el amor no necesariamente tiene que ser así para ser una experiencia real, me doy cuenta que es verdad que una ruptura puede doler y ser difícil pero que las ideas que tienes sobre el amor lo pueden convertir en algo todavía más difícil, creo que por eso, para mí, antes de la terapia el panorama seguía tan nublado”* (Luis, sesión 8, noviembre 11). La intervención durante esta sesión contribuyó a fortalecer la historia alternativa del amor en la vida de Luis al nutrirla de sus propias reflexiones. Así, la conversación no sólo contribuyó a ampliar la visión de Luis sobre los acontecimientos que lo llevaron a terapia, sino también generó una revisión del papel de los discursos familiares y sociales, como elementos que construyen y deconstruyen esta experiencia: *“creo que saber cómo la relación con mi familia influye en mis relaciones amorosas es una forma de hacer más realista el amor”* (Luis, sesión 8, noviembre 11).

Las sesiones posteriores sirvieron para seguir engrosando la historia alternativa a partir de distintos tipos de preguntas: de influencia relativa *“...ahora que sabemos que siempre habrá discursos de personas importantes que pueden influirnos ¿cómo crees que podrías contrarrestar la influencia de estos discursos cuando no te resulten tan útiles para ampliar o cambiar tu perspectiva?”*; de tipo relacional *“¿Te sorprendió que tu abuela te apoyara?”* (Jael, sesión 9, noviembre 18); o incluso mis propias reflexiones: *“O sea, que se trata más bien de flexibilizar el pensamiento y no tener expectativas tan deterministas. Es como si la gente todavía puede sorprendernos”* (Jael, sesión 9, noviembre 18). La columna de Mary Schmich (1991) que incluyó su escrito denominado *Wear sunscreen*, traducido como Usa protector solar, que leímos durante la sesión 9, permitió la reflexión sobre los temas que las personas consideran significativos y cómo deciden o no escucharlos.

Conforme avanzaba el proceso, el discurso de Luis se muestra más flexible, al tiempo que él se va sintiendo más cómodo con esta nueva narración de vida preferida: *“Creo que tiene que ver con el hecho de reconocer que todos hacemos eso, todos queremos dominar, todos luchamos por aprender a lidiar con eso y que todos sentimos tristeza si perdemos, o todos queremos ganar. Y eso no nos hace malas o buenas personas, sólo somos personas y vamos aceptando eso en nosotros y en los otros... el amor nos ayuda a que una persona sea más una persona y a que te des cuenta que en una relación dos seres individuales se unen, ninguno pertenece al otro y tienes que respetar y aceptar eso para estar más tranquilo, para disfrutarlo más”* (Luis, sesión 10, noviembre 25).

Las preguntas orientadas a la reflexión coadyuvaban la construcción de la nueva historia:

*“¿Qué sucedió para que asumieras la responsabilidad de tus decisiones y ahora te sientas más libre y menos culpable con respecto a ellas?”* (Jael, sesión 10, noviembre 25).

*“Me ayudó mucho el cuestionar, dudar de las cosas. Creo que yo estaba, como ya he dicho antes, enfocado en una sola cosa y cuando empecé a darme cuenta de*

*lo que yo había hecho o no había hecho y de lo que pensaba y de donde venía todo eso, empecé a darme cuenta que podía salir de ese camino que como que ya tenía trazado y podía empezar a elegir por mí mismo, porque ya me sentía más seguro sobre lo que estaba pensando y tenía más claridad de la situación, sobre todo de mí mismo y lo que quiero”* (Luis, sesión 10, noviembre 25).

En el ejercicio escrito que se retomó en la sesión 11, Luis habló sobre su experiencia y aprendizajes durante el proceso psicoterapéutico y sobre los aspectos de su identidad que se mantuvieron y que se modificaron en las conversaciones. De igual forma, como una voz más, yo también manifesté mis reflexiones: *“Revisé el texto que escribiste donde hablabas de todo lo que aprendiste durante este proceso. Muchas cosas me llamaron la atención y aunque reconocí cambios de pensamiento, de actitudes y de comportamientos, sigo reconociendo a ese Luis apasionado que asume la vida con intensidad”* (Jael, sesión 11, diciembre 2). Esta reflexión permitió incluir en la descripción personal aspectos que antes Luis no consideraba: *“Sí, creo que sigo siendo esa persona apasionada, solo que ahora puedo controlar el apasionamiento pues ahora pienso más las cosas, no me relajo simplemente y me quedo con mis ideas, sino que reflexiono más”* (Luis, sesión 11, diciembre 2).

El poema griego “Ítaca” de Constandinos Cavafis (1911/2015) el cual toma como base la historia del viaje de Odiseo en la obra de literatura clásica “La Odisea”, y compara, metafóricamente, la vida con un viaje, permitió aproximar el proceso terapéutico al cierre. Con este texto como inspiración, orienté mis preguntas a la búsqueda del mensaje que Luis construyó a partir de su participación en este proceso terapéutico:

Jael: *“Como dice el poema. ¿Qué último mensaje te dejaría este texto final”*

Luis: *“Que la vida o el amor o todo en esta vida es un viaje, que al principio puede que no sepas mucho lo que va a pasar, pero que en el camino aprendes, disfrutas, sufres, sigues, que no se trata de lo que uno imagina que será sino de lo que es y lo mucho que puedes crecer y como cuando ya has pasado todo, lo que realmente es valioso es lo que sucedió y te dio aprendizajes, las experiencias que pueden cambiarte y hacerte mejor”* (sesión 11, diciembre 2).

### **Análisis crítico de la estrategia de la escritura terapéutica y la lectura, durante el proceso de Terapia Narrativa**

Continuando con el espíritu del documento que enfatiza la horizontalidad en la relación terapéutica, e incorpora la voz del consultante en el proceso de evaluación del mismo (White y Epston, 1993), en este apartado se revisa la experiencia de Luis en torno al proceso de lectura y escritura terapéutica. Para lograr lo anterior se retoman los comentarios íntegros, expresados por Luis durante la última sesión del proceso terapéutico (sesión 12, diciembre 9), mis propias reflexiones y la de teóricos que han abordado el área.

Retomando mi propia experiencia como participante y testigo de las con-

versaciones terapéuticas, quisiera retomar las ideas de Pennebaker (2004), quien explica que el proceso de escribir ocurre en múltiples niveles (cognitivo, emocional, social y biológico) haciendo difícil que se esboce una explicación de todo su funcionamiento de manera unificada. Este impacto multinivel pude apreciarlo en Luis a través del siguiente comentario: *“Escribir me ayudó a ordenar mis ideas, mientras escribía y también al leer lo que escribí me daba cuenta de lo que en realidad estaba pensando, además me servía para calmarme y desahogarme cuando me sentía muy saturado por mis sentimientos. Pero lo más importante es reflexionar sobre cómo soy, quién soy en el amor y en mis relaciones con otras personas, el ser apasionado, pero también ser capaz de reflexionar y controlar o cambiar lo que siento o pienso”*.

Las estrategias de lectura y de escritura, implementadas a lo largo de estas conversaciones sustentadas desde el enfoque teórico de la Terapia Narrativa, comparcieron la utilización del lenguaje como medios que contribuyeron a la construcción de la nueva identidad a partir de las narraciones (Payne, 2006; Bruner, 1990; Field, 2006; Bolton, 2005) En este proceso se evidenció que el sentido de identidad que, como plantea Taylor (2008), se construye y puede cambiar: *“[escribir me permitió reflexionar sobre cómo soy, quien soy en el amor y en mis relaciones con otras personas, el ser apasionado pero también ser capaz de reflexionar y controlar o cambiar lo que siento o pienso”*.

La estrategia de usar la lectura para enriquecer las sesiones permitió que Luis contrastase su experiencia con la de otras personas, y que pudiera reflexionar sobre la diferencia entre ambas experiencias: *“me ayudó a darme cuenta que no está mal sentirte así pero además me di cuenta que hay muchas otras perspectivas sobre el amor y que son cosas que cada quien va viviendo de acuerdo a su edad o sus experiencias, pero que es una experiencia más y que es algo que ahora soy capaz de ver así”*. Las reflexiones al respecto favorecieron la deconstrucción de su discurso amoroso unitario y las voces de los autores literarios, enriquecieron su narrativa permitiéndole identificar nuevos significados ante las experiencias y opciones de cambio (Payne, 2006).

Las lecturas de los textos literarios que se fueron integrando al proceso terapéutico permitieron que Luis pudiese pensar sobre su situación de una forma diferente. Luis fue construyendo una historia alternativa en la que emergió una nueva forma de ver y hablar sobre su motivo de consulta: *“...me fue útil [escuchar opiniones de otros autores] porque para empezar podía identificarme con lo que ellos habían escrito y de alguna manera saber que otras personas, especialmente personas con cierto estatus o personas famosas hayan pasado por algo similar, me hacía sentir como más normal, porque es darte cuenta que a todos les puede pasar algo así”*. El comentario anterior recuerda lo planteado por Keeling y Bermúdez (2006, en Vaandrager y Pieterse, 2008), al afirmar que el proceso de escritura se convierte en un medio para tomar conciencia sobre el proceso de vida y sanar las heridas personales.

En cuanto a la estrategia de usar documentos literarios que relatan las experiencias de otros autores, esta actividad generó que Luis aumentase su perspectiva de la situación vivida, tal y como se evidencia en el siguiente comentario: “[refiriéndose al proceso de lectura] *me ayudó a darme cuenta que no está mal sentirte así pero además me di cuenta que hay muchas otras perspectivas sobre el amor y que son cosas que cada quien va viviendo de acuerdo a su edad o sus experiencias, pero que es una experiencia más y que es algo que ahora soy capaz de ver así*”. Como puede apreciarse, esta experiencia favoreció la deconstrucción de su discurso sobre lo que es el amor al obtener una visión más amplia de sus experiencias, y las voces los autores literarios generaron una influencia sobre su propia narrativa (Payne, 2006).

Finalmente, puedo decir que esta intervención que utilizó las estrategias de la escritura terapéutica y la lectura de textos, evidencia lo que Newman (2008) plantea, que ambas estrategias coadyuvan a construir significados desde un papel activo, actuando de forma directa sobre los recuerdos y los significados de la vida y ampliando la identidad de las personas. Lo anterior se evidencia en el siguiente comentario de Luis: “[hablando sobre su experiencia con el amor a partir de la terapia] *Al ir escribiendo me di cuenta que [todo] es una experiencia y que el amor es algo que compartimos por etapas con otras personas y que, si se acaba y alguien se va, no se lleva el amor que tienes, el amor se queda contigo, es algo que está dentro de ti. La verdad es que releí lo que escribí y pude notar que al principio sentía que el amor era algo muy intenso, algo muy catastrófico, pero luego me di cuenta que fui cambiando de idea, fui aceptando las cosas como van pasando y me di cuenta que uno conserva el amor, aunque las personas se vayan*”.

### **Reflexiones finales**

Al fundamentar este proceso terapéutico desde la Terapia Narrativa, asumí que el lenguaje es el vehículo que construye la realidad (White y Epston, 1993) y la identidad (Bruner, 1990; Taylor, 2008). Durante las conversaciones terapéuticas acompañé a Luis en la construcción de una historia alternativa que le permitió integrar nuevos significados a su experiencia del amor, entender que las relaciones que mantenemos afectan los significados que construimos y que este proceso es bidireccional (Payne, 2006).

Al concluir con la fase de intervención se puede observar que la historia alternativa que Luis construyó, evidencia la deconstrucción de los discursos familiares, sociales y personales en relación al amor. A partir de las reflexiones deja de buscar “buenos” y “malos” dentro de las historias, y la nueva descripción que hace del amor lo posiciona como una experiencia más de la cual hay que aprender. Esta nueva versión del amor, le permitió adaptarse a los cambios en su relación y le permite de alguna forma predecir, que este aprendizaje le acompañará en el viaje personal que significa amar y ser amado.

La estrategia de la lectura y escritura terapéutica que se describieron en este documento le permitió hacer conexiones entre lo que ya sabía y la nueva

información. El ejercicio de la escritura le otorgó a Luis mayor poder para editar y re-editar su narración al reflexionar sobre sí mismo, sus relaciones y los discursos familiares y sociales sobre el amor. A partir de los mismos pudo integrar las voces de los autores que, como testigos externos, aportaron nuevas perspectivas que fortalecieron la deconstrucción de la historia saturada del problema (discurso dominante) y que enriquecieron la historia alternativa del amor en la vida de Luis, con sus experiencias y sus argumentos.

Para finalizar este trabajo, retomo ahora la voz de Luis, quien a partir de una metáfora describe su experiencia de lo que significó para él su paso por un proceso terapéutico que construyó y fortaleció su conocimiento sobre él mismo en esta nueva historia: "...*el mapa es lo que marca el camino y creo que conocerme a mí es el camino. Estoy seguro que si no hubiera venido al psicólogo no hubiera pensado diferente sobre toda esta situación. En este proceso te conoces, te quieres y creces. Ese es el camino que te guiará*" (Luis, ejercicio de escritura, sesión 7, noviembre 4).

### Referencias bibliográficas:

- Anderson, C. M. y MacCurdy, M. M. (2000). *Writing and Healing: Toward an Informed Practice*. Urbana, IL: The National Council of Teachers of English.
- Benedetti, M. (2000). *Antología Poética*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana (Trabajo original publicado en 1974).
- Bolton, G. (2005). Introduction: writing cures. En G. H. Bolton, *Writing cures. An introductory handbook of writing in counselling and therapy* (pp. 1-4). Londres, Reino Unido: Taylor & Francis.
- Bolton, G. (2006). Introduction: What this book offers and why. En G. F. Bolton, *Writing works. A resource handbook for therapeutic writing workshops and activities* (pp. 13-18). Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- Bolton, G., Field, V. y Thompson, K. (2011). Preface. En G. F. Bolton, *Writing routes: A Resource Handbook of Therapeutic Writing* (pp. 11-16). Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid, España: Alianza editorial.
- Burton, C. M. y King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38(2), 150-163. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00058-8](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00058-8)
- Carey, M. y Russell, S. (2003). Outsider-witness Practices: Some Answers to Commonly Asked Questions. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 1, 3-16. Recuperado de: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=632633307962561;res=IELIND>
- Cavafis, C. P. (2015). *Ítaca*. Madrid, España: Nordica Libros (Trabajo original publicado en 1911).
- Epston, D. (2019). Moral Character, Moral Agency and the Genres of the Representation of Others. *Revista De Psicoterapia*, 30(114), 171-194. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.325>
- Fair, C., Connor, L., Albright, J., Wise, E. y Jones, K. (2012). "I'm positive. I have something to say": Assessing the impact of a creative writing group for adolescents living with HIV. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 383-389. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.06.010>
- Field, V. (2006). Introduction: running groups. En G. F. Bolton, *Writing works. A resource handbook for therapeutic writing workshops and activities* (p. 17). Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- França-Tarragó, O. (2005). *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética* (5ª ed.). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Una aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona, España: Paidós.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México, México: Mc.Graw-Hill Interamericana.

- Hilse, C., Griffiths, S. y Corr, S. (2007). The impact of participating in a poetry workshop. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(10), 431 – 438. <https://doi.org/10.1177%2F030802260707001004>
- Keeling, M. L. y Bermudez, M. (2006). Externalizing Problems Through Art and Writing: Experience of Process and Helpfulness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 405-419. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01617.x>
- Kennedy, D. (2014). *El momento en que todo cambió*. México, México: Booket.
- Lepore, S. J. y Smyth, J. M. (2002). *The writing cure: An overview*. Washington, DC: American Psychological Association.
- López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, 21(4), 167-179.
- Mastretta, A. (2013). *La emoción de las cosas*. México, México: Seix Barral Biblioteca Breve.
- Mazzeo, T. J. (2012). *Writing creative nonfiction. Course guidebook*. Chantilly, VA: The Great Courses.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: personal myths and the making of the self*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Montesano, A. y Ness, O. (2019). La carta relacional en terapia de pareja: Un recurso narrativo para la reconstrucción de la ética y el bienestar interpersonal [The relational letter in couple therapy: A narrative resource for the reconstruction of interpersonal ethics and welfare]. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 107-128. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.323>
- Newman, D. (2008). Rescuing the said from the saying of it: living documentation in narrative therapy. *The International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 3, 24-34. Recuperado de: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=023577376445778;res=IELHEA>
- Payne, M. (2006). *Narrative Therapy. An introduction for counsellors*. Londres, Reino Unido: SAGE publications.
- Pennebaker, J. W. (2004). Theories, therapies, and taxpayers: On the complexities of the expressive writing paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 138–142. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph063>
- Polkinghorne, D. E. (1991). Narrative and self-concept. *Journal of Narrative and Life History*, 1(2-3), 135-153. <https://doi.org/10.1075/jnlh.1.2-3.04nar>
- Richardson, L. y Adams St. Pierre, E. (2005). Writing. A method of inquiry. En N. K. Denzin (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 959-978). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schaefer, A. H. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(3), 177-184. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300005>
- Schmich, M. (1991, junio 1). Advice, like youth, probably just wasted on the young. *Chicago Tribune*. Recuperado de: <https://www.chicagotribune.com/columns/chi-schmich-sunscreen-column-column.html>
- Taylor, J. A. (2008). *The construction of identities through narratives of occupations* (Tesis Doctoral, Universidad de Salford). Recuperada de: <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/1946/>
- Vaandrager, C. y Pieterse, H. (2008). The pen and the couch: possibilities for creative writing and narrative therapy in South Africa. *The Social Work Practitioner-Researcher*, 20, 391-406.
- White, M. (1997). *Guía para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York, NY: Norton.
- White, M. (2009). Narrative Therapy. En N. Murdock, *Theories of counseling and psychotherapy: a case approach* (pp. 490-513). Londres, Reino Unido: Pearson.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós
- Yagelsky, R. P. (2009). A thousand writers writing: seeking change through the radical practice of writing as a way of being. *English Education*, 42(1), 1-28.



# PRÁCTICA DELIBERADA DE PSICOTERAPIA EN EL PROGRAMA DE PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE ESPAÑOL

## DELIBERATE PRACTICE OF PSYCHOTHERAPY IN THE SPANISH RESIDENT INTERN PSYCHOLOGIST PROGRAM

**Pau Sánchez Rotger**

Psicólogo clínico, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2730-8454>

**Ignacio Serván García**

Psicólogo clínico, director del Centro Especializado en Psicoterapia y Apego (CEPA).  
Madrid, España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9837-5630>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez Rotger, P. y Serván García, I. (2020). Práctica Deliberada de Psicoterapia en el Programa de Psicólogo Interno Residente Español. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 247-261.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.346>

### Resumen

*Apesar de la eficacia de la psicoterapia, existe evidencia sobre sus limitaciones y posibilidades de mejora. Atendiendo al factor del terapeuta, parece que la experiencia clínica, la supervisión tradicional o la formación en tratamientos empíricamente validados no son en sí mismos y por separado una garantía de mayor eficacia. Se han diseñado instrumentos de monitorización rutinaria del resultado de la psicoterapia que pueden incrementar su eficacia. El uso de estos métodos es relevante dentro de un contexto de práctica deliberada. Este tipo de práctica se caracteriza por el establecimiento de objetivos y el entrenamiento en habilidades que exceden el nivel actual del practicante. Dentro del campo psicoterapéutico, la práctica deliberada puede contribuir a un aumento de la eficacia del terapeuta a lo largo del tiempo. Este artículo realiza una revisión de estos conceptos y propone un modelo de práctica deliberada aplicable al contexto del programa PIR español, justificando su pertinencia y enfatizando el empleo de sesiones grabadas en video junto con instrumentos de monitorización del resultado.*

Palabras clave: Psicoterapia, PIR, Monitorización, Práctica, Deliberada, Entrenamiento.

### Abstract

*Despite the effectiveness of psychotherapy, there is evidence about its limitations and possibilities for improvement. Attending to the therapist it seems that clinical experience, traditional supervision and training in empirically supported treatments are not in themselves and separately a guarantee of greater efficacy. Measures of routine outcome monitoring in psychotherapy have been designed and can increase its effectiveness. The use of these methods is relevant within a context of deliberate practice. This type of practice is characterized by setting goals and training in skills that exceed the current level of the practitioner. Within the psychotherapeutic field, deliberate practice can contribute to an improvement in the effectiveness of the therapist over time. This paper makes a review of these concepts and proposes a model of deliberate practice that can be applied to the Spanish PIR program context, justifying their relevance and emphasizing the use of video recording of sessions and instruments for outcome monitoring.*

Keywords: Psychotherapy, PIR, Monitoring, Practice, Deliberate, Training.

Fecha de recepción: 4 de febrero de 2020. Fecha de aceptación: 3 de mayo de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [pau.sanchez.rotger@hotmail.com](mailto:pau.sanchez.rotger@hotmail.com)

Dirección postal: Pau Sánchez Rotger. Calle Churruga, 2, 8 20, 28004 Madrid, España

© 2020 Revista de Psicoterapia



## Contexto

Según un meta-análisis reciente sobre la eficacia de la psicoterapia para pacientes con problemas de salud mental, el paciente que recibe psicoterapia mejora en término medio más que el 80% de aquellos que no la reciben (Wampold e Imel, 2015). No obstante, nos encontramos con un amplio margen de mejora en los resultados. Esto se justifica en dos hechos: el primero es que la eficacia no se ha incrementado desde el primer meta-análisis que evaluó los resultados de la psicoterapia (Smith y Glass, 1977), aún a pesar de la investigación, entrenamiento y aplicación de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (Asociación de Psicología Americana, 2012); y el segundo es que es común encontrar que hasta un 50% de los pacientes no experimentan mejoría o incluso empeoran durante el tratamiento (Lambert, 2013). Además, uno de cada cuatro pacientes abandona prematuramente la psicoterapia antes de obtener resultados positivos (Swift y Greenberg, 2012).

Atendiendo a las variables relacionadas con el contexto de intervención, se ha encontrado que cuando se comparan tratamientos activos y estructurados que provienen de distintos modelos teóricos, estos son igualmente eficaces, lo que también se conoce como efecto del “pájaro dodo” (Wampold et al., 1997). Sin embargo, cuando se comparan unos terapeutas con otros las diferencias explican un mayor porcentaje de la variabilidad de los resultados de la psicoterapia (Baldwin e Imel, 2013; Saxon y Barham, 2012; Wampold y Brown, 2005).

Los programas de formación en psicoterapia parten generalmente del supuesto de que la experiencia clínica, la supervisión o la formación en tratamientos empíricamente validados conducen a una mejoría en los resultados del psicoterapeuta. Sin embargo, hay estudios que cuestionan una relación inequívoca entre la eficacia y la experiencia del terapeuta (Goldberg et al., 2016a; Owen, Wampold, Kopta, Rousmaniere y Miller, 2015). Respecto a la supervisión, a pesar de ser considerada como una variable central en la práctica clínica (Orlinsky, Botermans y Rønnes-tad, 2019), existe escasa literatura sobre su papel en la eficacia de la psicoterapia (Watkins, 2001; Rousmaniere, Babins-Wagner, Whipple y Barzins, 2014). Por último, un meta-análisis de 28 ensayos clínicos encontró que ni la adherencia a un tratamiento eficaz, entendida como ajuste a su protocolo de intervención, ni la competencia, entendida como la habilidad para implementarlo según los expertos en dicho tratamiento, se relacionaban de un modo significativo con una mayor eficacia de la psicoterapia (Webb, DeRubeis y Barber, 2010).

El programa de psicólogo interno residente (PIR) español tiene el objetivo, entre otros, de formar psicólogos clínicos capaces de llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas eficaces en un amplio rango de pacientes y dispositivos asistenciales (Olabarriá y García, 2011). Para ello, el aspirante al programa PIR tiene que superar en primer lugar una exigente prueba tipo test de conocimientos relacionados con la psicología, especialmente en lo relativo a los tratamientos eficaces para trastornos psicológicos. Tras aprobar el examen de acceso, el PIR debe superar los cuatro años de residencia, a lo largo de los cuales rota por distintos dispositivos de

la red de salud mental del sistema nacional de salud español. Uno de los aspectos centrales del programa es la práctica psicoterapéutica supervisada por psicólogos clínicos con mayor formación y experiencia, así como la formación continuada en aspectos relacionados con el ejercicio profesional. Así, el PIR dedica gran parte de las 37.5 horas semanales de trabajo a estos aspectos, habiendo acumulado un gran número de horas de práctica supervisada al final de su periodo formativo (para una revisión de la historia y el programa PIR, ver Prado-Abril, Sánchez-Reales, Gimeno Peon y Aldaz-Armendáriz, 2019).

Teniendo en cuenta la evidencia, parece que ninguna variable de las mencionadas conduce por sí misma y de forma inequívoca a una mejora en los resultados en psicoterapia. De este modo, el presente artículo propone una revisión de dos factores que han sido objeto de reciente investigación: la monitorización de los resultados y la práctica deliberada. Para ello, se defiende el contexto del sistema de residencia PIR como el adecuado para introducir estas variables, y se propone un modelo de práctica deliberada en base a la experiencia real en un hospital español.

### **La monitorización de los resultados en psicoterapia**

En los últimos años se han creado sistemas que miden el progreso de la psicoterapia en tiempo real. Se trata de incluir en las sesiones de psicoterapia instrumentos de sencilla aplicación y que evalúan los resultados sesión a sesión, junto con otros aspectos relevantes del proceso terapéutico, como la alianza de trabajo. Esta práctica es conocida por sus siglas en inglés ROM (Routine Outcome Monitoring, o monitorización rutinaria del resultado) (Lambert, 2010). De entre los múltiples sistemas de monitorización del progreso del paciente que surgen en los últimos años, los instrumentos más utilizados en ensayos clínicos hasta la fecha son el Outcome Questionnaire System (OQ; Lambert et al., 1996) y el Partners for Change Outcome Management System (PCOMS; Miller, Duncan, Sorrel y Brown, 2005), ambos con propiedades psicométricas contrastadas (Bringhurst, Watson, Miller y Duncan, 2006; Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, 2003; Reese, Toland y Kodet, 2012; Vermeersch et al., 2004).

-El OQ System contiene el instrumento OQ-45, una medida de auto-evaluación de 45 ítems que se emplea a sesión a sesión, evaluando el funcionamiento del paciente en las dimensiones de *sintomatología* (especialmente ansiedad y depresión), *problemas interpersonales* y *desempeño social*, junto con una subescala de *calidad de vida*.

-El PCOMS, por su parte, incluye dos escalas breves de cuatro ítems: a) el Outcome Rating Scale (ORS), cuyos ítems evalúan mediante un continuo las mismas dimensiones que el OQ; y b) el Session Rating Scale (SRS), cuyos ítems evalúan del mismo modo la alianza de trabajo, mediante las dimensiones de calidad en la *relación con el terapeuta*, satisfacción con las *metas o temas* abordados, con el *enfoque o método* empleado, y a nivel *global*, acorde con la conceptualización de alianza de trabajo de Bordin (Bordin, 1979).

Un meta-análisis reciente de 24 estudios en los que se evaluaba la eficacia de estos instrumentos, encontró que en dos tercios de los estudios el grupo tratado con ROM mejoraba respecto al tratamiento habitual, con tamaños de efecto en el rango pequeño a moderado. El efecto fue mayor en aquellos pacientes a quienes se les pronosticaba un mal resultado, de forma que dentro de este grupo los tratados con ROM mejoraban hasta el doble respecto a los que no se les aplicaba el ROM (Lambert, Whipple y Kleinstäuber, 2018).

Una de las explicaciones sobre cómo el ROM puede incrementar la eficacia de la psicoterapia es que ayuda al profesional a ajustar sus impresiones sobre el progreso de sus pacientes mediante la observación rutinaria. De este modo, se ha encontrado que la capacidad de los terapeutas para predecir el progreso de sus pacientes es muy inferior a lo que estos creen (Hannan et al., 2005). Además, tienden a sobreestimar su propia eficacia en relación con sus pares. Walfish encontró que ninguno de 129 terapeutas que fueron encuestados se autoevaluó por debajo de la media, y hasta el 25% estimaban su propia pericia en el percentil 90 (Walfish, McAlister, O'Donnell y Lambert, 2012).

Otra explicación complementaria a la anterior hace referencia a la importancia de la alianza de trabajo. Se trata de uno de los factores que más investigación ha suscitado en la contribución a los resultados de la psicoterapia. De hecho, un meta-análisis de 190 estudios mostró que la alianza de trabajo explicaba hasta el 8% de la variabilidad en los resultados. Este porcentaje era consistente entre estudios en los que se empleaban distintas fuentes, instrumentos y momentos de medida de la alianza, así como al seleccionar estudios cuyos autores la consideraban a priori un factor de importancia residual (Horvath, Del Re, Fluckiger y Symonds, 2011). Se ha encontrado además que es la contribución del terapeuta a la alianza de trabajo uno de los principales factores que explica la diferencia entre la eficacia de los terapeutas (Baldwin, Wampold e Imel, 2007). De este modo, es probable que aquellos terapeutas más eficaces lo sean en gran parte por su capacidad para establecer una sólida alianza de trabajo con un amplio rango de pacientes. En este caso, el ROM actuaría como medida de contraste ante la percepción del terapeuta, sujeta a los sesgos descritos, y la evolución real del progreso del paciente y la alianza de trabajo, permitiendo observar la diferencia entre ambas percepciones e introducir los cambios oportunos en el tratamiento de un modo colaborativo.

No obstante, es importante señalar que el ROM no contribuye en todos los casos a un aumento de la eficacia de la psicoterapia, como se evidencia en que hasta en un tercio de los estudios del meta-análisis mencionado no se encontraron diferencias favorables al ROM respecto al tratamiento habitual (Lambert et al., 2018). Otro meta-análisis en el que se incluyeron 18 estudios en los que se evaluaba la eficacia únicamente del sistema PCOMS, encontró un efecto nulo en aquellos estudios que tenían lugar en contextos psiquiátricos y con pacientes de mayor gravedad (Østergård, Randa y Hougaard, 2018). Una de las hipótesis de que la eficacia del ROM sea mayor en marcos comunitarios y con pacientes ambulatorios es que,

en el contexto ambulatorio la colaboración y la alianza de trabajo son un factor central de la psicoterapia, mientras que en contextos psiquiátricos el tratamiento tiende a ser más estructurado y menos flexible a modificaciones. Esto también es aplicable a nivel del terapeuta: el ROM puede ser una herramienta útil en manos de un profesional abierto y responsivo a información que contradiga sus impresiones.

### **Práctica deliberada en psicoterapia**

La práctica deliberada se define como “un entrenamiento individualizado en actividades especialmente diseñadas para mejorar aspectos concretos del rendimiento a través de la repetición y el refinamiento sucesivos” (Ericsson, 1996, pp. 278-279). Se diferencia de la práctica rutinaria de una disciplina en que su foco está en la adquisición de objetivos y habilidades por encima del nivel actual del individuo. Para ello, la práctica deliberada incluye el uso de medidas que objetiven que el progreso ha tenido lugar. De este modo, la práctica rutinaria facilita la automatización de las habilidades, aun siendo éstas mejorables. En contraste, la práctica deliberada se centra en flexibilizar y mejorar las habilidades actuales en base a un criterio de excelencia. Se ha investigado y aplicado la práctica deliberada en numerosas disciplinas como en música o medicina, y muchas de ellas cuentan actualmente con un método de práctica deliberada y evidencia sobre su papel en la mejora del rendimiento (para una revisión sobre el tema ver Ericsson, 2006).

La evidencia de la práctica deliberada en el campo de la psicoterapia es relativamente reciente pero con resultados favorables. Un estudio sobre la interacción entre las características de 69 terapeutas y sus diferencias en eficacia encontró que aquellos más eficaces dedicaban más tiempo a la mejora de aspectos específicos de su práctica psicoterapéutica, mediante por ejemplo el visionado de videos de sus sesiones (Chow et al., 2015). En otro estudio se obtuvo una interacción significativa entre la eficacia de una muestra de 70 terapeutas y sus autoevaluaciones en *auto-cuestionamiento profesional* (“professional self-doubt”). Concretamente, aquellos terapeutas que mostraban altos niveles de auto-cuestionamiento profesional junto con altos niveles de auto-afirmación eran consistentemente más eficaces (Nissen-Lie et al., 2015). Así, estos datos sugieren que para que el psicoterapeuta pueda reflexionar sobre sus aspectos a mejorar de una forma continuada y constructiva, es importante reforzar los aspectos positivos del self, y para ello cobra especial relevancia que el aprendizaje tenga lugar en un contexto seguro.

A pesar de la evidencia de la contribución de la práctica deliberada a la mejora del rendimiento en otras disciplinas, la psicoterapia ha tardado en adaptar y elaborar un método de este tipo de práctica en este campo. Esto se debe probablemente a varias razones. En primer lugar, a diferencia de otras disciplinas, la psicoterapia tiene lugar generalmente en la intimidad del despacho, de forma que el trabajo de los psicoterapeutas no suele ser objeto de observación y evaluación. Así, el método tradicional de supervisión consiste en que el supervisor expone el caso al supervisor atendiendo al contenido de su memoria y, en el mejor de los casos, a

anotaciones en la historia clínica. Por tanto, el material de trabajo ya se encuentra sujeto a omisiones, distorsiones y adiciones respecto a lo ocurrido en la sesión. En segundo lugar, en psicoterapia no hay un estándar de excelencia fácilmente reconocible por parte de la comunidad, como puede haberlo en música, deportes o cirugía. De hecho, como se ha visto anteriormente, no hay evidencia de que los que son considerados expertos en un determinado modelo obtengan consistentemente mejor resultado con sus pacientes (Webb et al., 2010). Por último, el objeto de trabajo psicoterapéutico es la propia díada paciente (o pareja, familia) y terapeuta implicada en el proceso. Es por tanto un trabajo en el que intervienen muchas variables pertenecientes a cada una de las partes y a la interacción. De este modo, resulta más complejo establecer una rutina de práctica deliberada en solitario, en comparación por ejemplo con una simulación quirúrgica o con el ensayo de un instrumento musical.

A pesar de las limitaciones descritas, Rousmaniere introdujo un modelo de práctica deliberada aplicable a la psicoterapia, que se estructura en estos cinco aspectos (Rousmaniere, 2016):

- 1) Observar el trabajo psicoterapéutico y establecer una línea base de la propia eficacia.
- 2) Conseguir supervisión por parte de un experto.
- 3) Ponerse metas cercanas al propio nivel de habilidad.
- 4) Practicar repetidamente.
- 5) Evaluar de forma constante el progreso.

Se ha realizado un estudio prospectivo sobre el cambio en la eficacia del terapeuta a lo largo del tiempo (Goldberg et al., 2016b), similar al mencionado anteriormente (Goldberg et al., 2016a). Sin embargo, en este estudio se aplicaron sistemáticamente las recomendaciones descritas en el modelo propuesto por Rousmaniere y otros autores (Tracey, Wampold, Lichtenberg y Goodyear 2014). El análisis de 153 psicoterapeutas que atendieron un total de 5128 pacientes durante siete años mostró, contrariamente al estudio anterior, una mejoría en la eficacia media a nivel de la organización de salud mental y de los terapeutas, con un incremento en el tamaño del efecto de  $d = 0.034$  cada año (Goldberg et al., 2016b).

### **Práctica deliberada en el programa PIR español**

Como se ha expuesto, la superación del programa de residencia PIR conlleva haber adquirido unos conocimientos teóricos y experiencia práctica supervisada que son de gran valor para el psicólogo clínico, y garantiza unos mínimos de atención de calidad de cara al trabajo psicoterapéutico. Además, la experiencia de residente durante cuatro años aporta conocimientos teóricos y prácticos de gran utilidad en otros aspectos no directamente relacionados con la psicoterapia, como por ejemplo en el ámbito de la toma de decisiones clínicas en el contexto del sistema nacional de salud. No obstante, se ha expuesto que ni el entrenamiento en tratamientos empíricamente validados, ni la experiencia ni la supervisión constituyen por sí

mismas condiciones suficientes para un aumento de la eficacia en la psicoterapia. Paralelamente, se ha resumido la evidencia disponible en lo que respecta al ROM y a la práctica deliberada en psicoterapia, y su contribución al aumento de su eficacia. La práctica deliberada en el programa PIR español ha sido objeto reciente de reflexiones (Prado-Abril, Sánchez-Reales e Inchausti, 2017; Prado-Abril, Gimeno Peón, Sánchez-Reales, 2019; Revenga Montejano y Martín García, 2019).

De hecho, los autores del presente artículo defienden que el contexto de trabajo supervisado a lo largo de cuatro años del programa PIR es el indicado para plantear propuestas de práctica deliberada por varias razones: en primer lugar, el hecho de que el residente rote por distintos dispositivos y con pacientes con distinta problemática obliga a una continua revisión y ajuste de las propias habilidades terapéuticas en contextos diversos; en segundo lugar, la supervisión por distintos terapeutas facilita que el residente reciba un feedback variado acerca de su propio desempeño y distintos modelos de trabajo, lo cual contribuye a estimular su autorreflexión; y en tercer lugar, los espacios de docencia reglada proporcionan las condiciones para estimular esta práctica dada su integración en la jornada laboral y práctica psicoterapéutica.

A continuación se propone una adaptación del modelo de práctica deliberada de Rousmaniere (Rousmaniere, 2016) aplicable al contexto del programa de residencia PIR, atendiendo a cada uno de sus aspectos:

- 1) *Observar el trabajo psicoterapéutico y establecer una línea base de la propia eficacia.* Para poder mejorar es necesario conocer de dónde se parte. El residente no suele tener información sobre su nivel de eficacia al iniciar, por ejemplo, su rotación en un Centro de Salud Mental. Para ello, la incorporación del ROM a la práctica diaria puede ayudarle a contrastar el grado en que sus casos progresan según lo esperado. Como se ha expuesto, sistemas como el PCOMS proporcionan medidas breves y sencillas de aplicar sobre el resultado de la psicoterapia y la alianza de trabajo.
- 2) *Conseguir supervisión por parte de un experto.* En relación con este punto y el anterior, el residente tampoco suele tener información sobre su propio desempeño dentro de la sesión, salvo solo a través de su memoria. Se han comentado las limitaciones de la supervisión tradicional en tanto que se parte de lo percibido y recordado por el propio supervisando. La grabación de las sesiones clínicas y la supervisión de las mismas puede ofrecer información al residente y a su supervisor sobre su actuación desde otra perspectiva. Este método de supervisión en vídeo debería incorporarse junto a la supervisión tradicional y la formulación de caso en los espacios de supervisión y docencia del período de formación PIR. Una alternativa al vídeo es la grabación en audio de la sesión, que puede resultar más sencilla y menos ansiógena tanto para el terapeuta como para el paciente, a la vez que recoge gran parte de la información conversacional relevante

de cara a la supervisión.

En este punto también es necesario reflexionar sobre quién constituye un experto en psicoterapia. Dada la insuficiencia de datos sobre el desempeño real de los psicoterapeutas, una posibilidad es seleccionar a un supervisor en función de la consideración del residente sobre su habilidad psicoterapéutica, junto con los criterios de accesibilidad y disponibilidad inherentes al programa de residencia. Es común en los residentes la impresión de que determinados profesionales cuentan con un repertorio de conocimientos y habilidades muy superiores a las propias, y quizás estos sean elegibles en la labor de supervisor.

Una variable relevante en este sentido es el estilo personal del terapeuta, definido como “un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a operar de una manera particular en su trabajo” (Fernández-Álvarez y García, 1998). Se trata de un constructo multidimensional que incluye el modo de establecer el encuadre, la expresividad emocional, el grado de compromiso con su trabajo, el modo de atender o seleccionar la información en la sesión y las acciones o intervenciones específicas. Se evalúa mediante el cuestionario de estilo personal del terapeuta (EPT-C) (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003), recientemente validado en población española (Prado-Abril et al., 2020). Se ha comparado el estilo personal del terapeuta en función de la escuela psicoterapéutica (Quiñones y Ugarte, 2019) o experiencia atendiendo a un tipo de problemática (Casari e Ison, 2019). Una hipótesis a contrastar sería que un supervisor cuyo estilo terapéutico fuese similar al del residente favoreciese su aprendizaje, a través de un marco compartido de actitudes y conductas respecto a la supervisión y el proceso terapéutico. En tal caso podría considerarse este criterio en la selección del supervisor.

3) *Ponerse metas cercanas pero superiores al propio nivel de habilidad.*

En el espacio de supervisión en vídeo, el supervisor puede seleccionar una o varias escenas clínicas relevantes, ya sea por su importancia en el proceso psicoterapéutico o porque ilustran una habilidad concreta que el residente puede mejorar. Tras exponer esta habilidad y la justificación de su pertinencia, puede tener lugar un role-playing en el que el supervisor muestre la habilidad interpretando el papel de terapeuta, para que después el residente practique esta habilidad y reciba las correcciones pertinentes.

Es importante seleccionar habilidades que se encuentren dentro de la zona de desarrollo próximo del residente (Vygotsky, 1978), y en un contexto cálido, seguro y que facilite el aprendizaje.

4) *Practicar repetidamente.* Una vez realizada la supervisión según el formato mencionado, el residente tiene oportunidades para practicar las habilidades aprendidas, tanto en sesiones posteriores con sus pacientes, como en role-playing o incluso en solitario, ayudándose del vídeo como estímulo con el que interactuar. Como guía de habilidades a practicar, en una muestra de 25 terapeutas se observó que aquellos que tenían altas puntuaciones en las llamadas habilidades de facilitación interpersonal obtenían mejores

resultados con sus pacientes (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert y Vermeersch, 2009). Estas habilidades son la fluidez verbal, la expresión de un amplio rango de emociones, la capacidad de persuasión y esperanza, la calidez y empatía, la capacidad para formar una sólida alianza de trabajo y la orientación hacia el problema. La práctica de estas habilidades era especialmente relevante en situaciones clínicas complejas, como por ejemplo ante un paciente enfadado, retraído o autopunitivo (Anderson et al., 2009).

Por otra parte, existen clasificaciones sobre habilidades terapéuticas relacionadas con variables relevantes en la psicoterapia: con la estructura del tratamiento, por ejemplo, cómo cerrar una sesión o cómo elicitar feedback del paciente; con el fomento de expectativas de mejora, por ejemplo, cómo expresar confianza en el tratamiento o proporcionar una explicación al problema del paciente en términos adaptados; con la construcción de una alianza de trabajo, por ejemplo, cómo movilizar la preparación al cambio, promover un vínculo cálido o abordar una ruptura en la alianza; con lo relacionado con el self del terapeuta, por ejemplo, cómo manejar la contratransferencia, regular la propia ansiedad o emplear auto-revelaciones; y con las variables del propio paciente, por ejemplo, cómo reforzar sus fortalezas y adecuar el tratamiento a sus valores y creencias (Chow et al., 2015).

La práctica de éstas y otras habilidades de forma deliberada implica un proceso opuesto a la práctica rutinaria, ya que mientras ésta conduce a la progresiva automatización de la conducta del terapeuta, aquella está dirigida a la toma de conciencia y flexibilización del repertorio conductual de habilidades, para poder adaptarse a un amplio rango de situaciones clínicas y pacientes.

- 5) *Evaluar de forma constante el progreso.* Para lograr un incremento progresivo en la eficacia de la psicoterapia, es importante realizar una evaluación constante del propio desempeño. Sólo así se puede comprobar si las habilidades practicadas y los temas abordados en consulta contribuyen a una mejoría clínica, sin menoscabo de la importancia de los factores extraterapéuticos (Norcross y Goldfried, 2019). Para ello es fundamental incorporar el ROM a la práctica diaria. De hecho, se ha observado un incremento de la eficacia de una muestra de 20 terapeutas a lo largo de los años tras la introducción del ROM (Brattland et al., 2018).

Además, los instrumentos mencionados pueden complementarse con otros métodos que aporten una visión más amplia y rica sobre la perspectiva del paciente. Por ejemplo, se puede visionar el video de una sesión con el propio paciente y pedirle que señale los momentos más relevantes para él y sus motivos. Esto permite el acceso a su perspectiva momento a momento, una fuente de información de indudable valor en el proceso (Kagan, 1980; Bernard, 1989).

### Una experiencia piloto

Durante el curso 2018-19 se implementó dentro del programa de docencia para residentes de psicología clínica y psiquiatría del H.U. La Paz de Madrid un taller dirigido a la mejora de las habilidades como psicoterapeutas de los residentes, siguiendo el modelo de práctica deliberada descrito. Con frecuencia bimestral, se realizaron seis sesiones a lo largo del curso en formato grupal, incluyendo a todos los residentes disponibles. La duración fue de una hora, y la participación como supervisando voluntaria. Durante este primer año todos los voluntarios se encontraban en uno de los dos últimos años de residencia y trabajaron sobre entrevistas de psicoterapia de pacientes en seguimiento en ambulatorio. La estructura del taller se describe a continuación:

1. *Trabajo pre-sesión*: el supervisando envía la grabación de la entrevista al supervisor, indicándole los aspectos de la misma con los que no se siente satisfecho. El supervisor, por su parte, revisa la grabación, identifica una habilidad a mejorar y selecciona uno o varios fragmentos breves (no más de 2 minutos) en los que la ejecución de la misma era mejorable. Supervisor y supervisando acuerdan a partir de ese momento la habilidad a trabajar en la sesión. Pese a que no se incluía en la propuesta inicial, la revisión de las entrevistas llevó a que el supervisor decidiera seleccionar también algún fragmento breve que ilustrase habilidades terapéuticas bien ejecutadas en la misma sesión con intención de potenciar el componente motivador y disminuir el temor del profesional a la exposición grupal de sus dificultades en las sesiones.
2. *Trabajo en sesión*: la sesión comienza con el residente haciendo una muy breve contextualización del caso para el grupo, así como un resumen general de la entrevista y las dificultades que se le presentan. El supervisor introduce la habilidad a trabajar y la explica de forma resumida, ayudándose en ocasiones con elementos audiovisuales. Se realiza la visualización de los fragmentos de video y se señalan los aspectos de mejora. En este punto se hace una breve pausa por si hay necesidad de comentarios o aclaraciones y se pasa a la práctica de la habilidad. En formato de role playing, el supervisor ejerce el papel de terapeuta, modelando la ejecución de la habilidad, y el residente desempeña el rol de paciente. Si se dispone de tiempo, se invierten los papeles o se propone una práctica por parejas entre todos los miembros del grupo. La sesión concluye con un intercambio de impresiones respecto a lo trabajado y con indicaciones de práctica de la habilidad en su desempeño habitual.

En términos generales, la dificultad más habitualmente observada en los terapeutas en formación es una excesiva presión acerca de la propia ejecución y una elevada autofocalización por parte de los residentes, que les dificulta estar receptivos, presentes y centrados en las personas a las que atienden, factor en el que pueden pesar tanto variables estables como

la escasa experiencia o el competitivo entorno hospitalario, y variables situacionales como el contexto de grabación para la supervisión. Como habilidades más destacables se aprecian su capacidad para favorecer el vínculo, para el análisis de conflictos y una elevada disposición personal. Las habilidades trabajadas en las distintas sesiones de 2018-19 fueron:

- Trabajo con momentos de ambivalencia: tolerancia, exploración, formulación (Oliveira, Gonçalves, Braga y Ribeiro, 2016)
- Rupturas y reparaciones vinculares: detección y alternativas técnicas (Safran y Krauss, 2014)
- Trabajo sobre excepciones en narrativas dominantes (De Shazer, 1988)
- Mantenimiento de la distancia terapéutica y funcionamiento reflexivo trabajando con estilos de apego ambivalentes-resistentes (Baim, Morison y Hathaway, 2011)
- Intervención ante indicadores de evitación experiencial (Muller, 2010)
- Reconstrucción y despliegue de episodios conflictivos (Dimaggio, Montano, Popolo y Salvatore, 2015)

A modo de ejemplo detallaremos el trabajo con esta última habilidad: Durante la entrevista hay varios momentos en que la paciente hace un relato fragmentado, parcial, de episodios vitales recientes y se muestra poco receptiva a la exploración. La fragmentación narrativa parece esconder vivencias y afectos poco integrados en su conciencia, y probablemente relevantes en cuanto a sus conflictos principales. El terapeuta se maneja principalmente en un plano semántico, tratando de dotar de un sentido general a la experiencia, y prescriptivo, buscando soluciones a problemas poco definidos, pero se siente desarmado. Se propone y modela un trabajo alternativo focalizado en el despliegue detallado de los episodios y la autoobservación por parte de la paciente, con el objetivo de que pueda contactar con estas vivencias y la información relevante para su autoorganización que contienen, tal y como proponen técnicas como el Despliegue evocador sistemático (Rice y Saperia 1984), la Moviola (Guidano, 1995) o el despliegue de episodios en el trabajo con trastornos de personalidad (Dimaggio et al., 2015).

### 3. Trabajo post-sesión: los residentes practican en sus contextos profesionales, en un ambiente natural y revisan su experiencia en los entornos de supervisión de los que disponen.

Tras este primer bloque de trabajo y coincidiendo con la incorporación de los nuevos residentes al taller, se realiza un grupo de discusión sobre el funcionamiento del mismo. Los recién incorporados viven la posibilidad de exponerse con un elevado componente de temor, dada su escasa experiencia, mientras que los que han pasado por el proceso y han trabajado en sesiones anteriores transmiten una sensación de aprendizaje y tratan de transmitir una cultura de trabajo abierto y seguridad. Como posible elemento de mejora para próximas ediciones se plantean

las siguientes opciones:

- Aumentar el tiempo de duración en media hora para garantizar la práctica de todos los asistentes en los role playings.
- Dividir el grupo en dos, de modo que aumente la contención, disminuya el grado de exposición y se permita una mayor implicación de todos los participantes
- Valorar la posibilidad de hacer un trabajo diferenciado: habilidades generales de entrevista y facilitación interpersonal en los dos primeros años de residencia, y habilidades específicas con mayor contenido técnico en el tercer y cuarto año.

## Conclusiones

A pesar de la eficacia establecida de la psicoterapia para pacientes con problemas de salud mental, existe evidencia sobre su potencial de mejora. Además, parece que la diferencia entre terapeutas explica una mayor variabilidad en los resultados que la diferencia entre tratamientos. Al considerar las características del terapeuta, las variables como experiencia clínica, supervisión o formación en tratamientos basados en la evidencia no son condiciones suficientes para una mayor eficacia. En este sentido, la introducción de instrumentos de monitorización del progreso terapéutico o ROM puede contribuir a mejorar los resultados del tratamiento, al proporcionar información sesión a sesión que permita introducir modificaciones y adaptarse a las necesidades del paciente. El uso del ROM debe tener lugar en un contexto de práctica deliberada, un tipo de práctica específicamente centrada en el establecimiento de objetivos y práctica de habilidades que se encuentren en un nivel superior al actual. De este modo, el programa PIR constituye una oportunidad única para la práctica deliberada, al tratarse de un contexto seguro con numerosos espacios para la reflexión y supervisión. Además, en numerosas ocasiones la residencia coincide con el inicio de la práctica profesional en la psicología clínica, cobrando de este modo especial importancia realizar una práctica reflexionada y centrada en los aspectos a mejorar. La grabación de sesiones clínicas, la supervisión y práctica de habilidades terapéuticas, junto con el uso del ROM son aspectos que deberían incorporarse a los programas de residencia PIR español, con el objetivo de contribuir a una mayor eficacia en las habilidades psicoterapéuticas del psicólogo clínico durante y después del período de residencia.

## Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association (2012, agosto 9). Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness. Recuperado de: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert M. J. y Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>

- Baim, C., Morrison, T. y Hathaway, J. (2011). *Attachment-based Practice with Adults: Understanding Strategies and Promoting Positive Change: A new practice model and interactive resource for assessment, intervention and supervision*. Brighton, Reino Unido: Pavilion.
- Baldwin, S. A. e Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 258–297). Nueva York, NY: Wiley.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2013). Untangling the alliance–outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Bernard, J. M. (1989). Training supervisors to examine relationship issues using IPR. *The Clinical Supervisor, 7*(1), 103–112. [https://doi.org/10.1300/J001v07n01\\_08](https://doi.org/10.1300/J001v07n01_08)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland O., Grave, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M. ... Iversen, V. C. (2018). The effects of routine outcome monitoring (ROM) on therapy outcomes in the course of an implementation process: A randomized clinical trial. *J Couns Psychol, 65*(5), 641–652. <https://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Bringhurst, D. L., Watson, C. W., Miller, S. D. y Duncan, B. L. (2006). The reliability and validity of the Outcome Rating Scale: A replication study of a brief clinical measure. *Journal of Brief Therapy, 5*(1), 23–30. Recuperado de: <https://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/JBTORSReplication.pdf>
- Casari, L. e Ison, M. S. (2019). Estilo Personal del Terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general [Therapist Personal Styles: A Comparison Between Professionals Working in Drug Addiction Institutions and Professionals Working in the General Clinical Area]. *Revista Costarricense de Psicología, 38*(1), 57–73. <https://doi.org/10.22544/rcps.v38i01.04>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. y Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. Londres, Reino Unido: WW Norton & Co.
- Ericsson, K. A. (2006). The Influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. En K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich y R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp. 683–704). Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El Estilo Personal del Terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp.76-84). Pelotas, Brasil: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assesment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*(2), 116–125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. y Wampold, B. E. (2016a). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Goldberg S. B., Babins-Wagner R., Rousmaniere T., Berzins S., Hoyt W. T., Whipple J. L. y Wampold B. E. (2016b). Creating a climate for psychotherapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy, 53*(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Guidano, V. (1995). A constructivist outline of human knowing processes. En Mahoney, M. J. (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 89–102). Nueva York, NY: Springer.
- Hannan, C., Lambert, M., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. y Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Kagan, N. (1980). Influencing human interaction-Eighteen years with IPR. En A.K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice* (pp. 262–283). Nueva York, NY: Wiley
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6ª ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: JohnWiley.

- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V. J., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. y Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the outcome questionnaire* (OQ 45.2). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. y Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *PsychoTherapy* 55(4), 520-537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. y Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analogue measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100. Recuperado de: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTv2n2.pdf>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R. y Brown, G. S. (2005) The partners for change outcome management system. *J Clinical Psychology*, 61(2), 199-208. <https://doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Muller, R. T. (2010). *Trauma and the avoidant client: Attachment-based strategies for healing*. Nueva York, NY: WW Norton & Company.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. y Monsen, J. T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology, Psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C. y Goldfried, M. R. (2019). *Handbook of Psychotherapy Integration* (3ª ed.). Nueva York, NY: Oxford University press.
- Olabarría, B. y García, M. A. (2011). Acerca del proceso de construcción de la Psicología Clínica en España como Especialidad Sanitaria [On the construction of clinical psychology in Spain as a health specialty]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 223-245. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10363>
- Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. y Ribeiro, A. P. (2016). Cómo lidiar con la ambivalencia en psicoterapia: un modelo conceptual para la formulación de caso [How to deal with ambivalence in psychotherapy: a conceptual model for case formulation]. *Revista de psicoterapia*, 27(104), 83-100. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.122>
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F. y Rønnestad, M. H. (2001). Towards an Empirically Grounded Model of Psychotherapy Training: Four Thousand Therapists Rate Influences on Their Development. *Australian Psychologist*, 36(1), 139-148. <https://doi.org/10.1080/00050060108259646>
- Østergård, O. K., Randa, H. y Hougaard, E. (2018). The effect of using the partners for change outcome management system as feedback tool in psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(2), 195-212. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1517949>
- Owen, J., Wampold, B. E., Kopta, M., Rousmaniere, T. y Miller, S. D. (2015). As good as it gets? Therapy outcomes of trainees over time. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/cou0000112>
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2020). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-149. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Expertise, therapist effects and deliberate practice: The cycle of excellence. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Gimeno Peón, A. y Aldaz-Armendáriz, J. A. (2019). *Clinical Psychology in Spain: History, Regulation and Future Challenges*, 1(4), 1-12. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. e Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>
- Quiñones, Á. y Ugarte, C. (2019). Investigación del estilo personal del terapeuta post-racionalista: Una revisión [Research of the personal style of the post-rationalist therapist: a review]. *Revista De Psicoterapia*, 30(112), 7-15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.281>
- Reese, R. J., Toland, M. D. y Kodet, J. (2012, Agosto). *Validity of a psychotherapy outcome measure: The Outcome Rating Scale*. Sesión de Póster presentado en The annual meeting of the American Psychological Association, Orlando, FL.
- Revenge Montejano, S. y Martín García, A. (2019). Reflexiones sobre la formación en Psicología Clínica: el camino hacia la Pericia. *Revista clínica contemporánea*, 10(3), 1-15. <https://doi.org/10.5093/cc2019a19>
- Rice, L. N. y Saperia, E. (1984). A task analysis of the resolutions of problematic reactions. En L. N. Rice y L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 29-66). Nueva York, NY: Guilford press.
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate Practice for Psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Nueva York, NY: Routledge.

- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L. y Barzins, S. (2014). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice. *Psychotherapy Research*, 26(2), 196-205. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>
- Safran, J. D. y Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Saxon, D. y Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 535-546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. y Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M. y Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Is it sensitive to changes in counseling center clients? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 38-49. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.38>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: the Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Pres.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. (2012). An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers. *Psychological reports*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. y Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Clinical Psychology and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The evidence for What makes Psychotherapy Work*. Nueva York, NY: Routledge.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Watkins, C. E. (2001). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering 30 years of research. *The clinical supervisor*, 30(2), 235-256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>



# TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y TERAPIA GESTALT: FACTORES DE CONVERGENCIA

## ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY AND GESTALT THERAPY: CONVERGENCE FACTORS

**Raquel Ayala Romera**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad de Málaga. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9967-4544>

**María Carmen Rodríguez Naranjo**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad de Málaga. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9102-9479>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ayala Romera R. y Rodríguez Naranjo, M. C. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Gestalt: Factores de Convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263-278.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>

### Resumen

*Dada la pujanza con que las terapias del enfoque contextual se presentan en el panorama psicoterapéutico actual, y la incorporación de elementos de la terapia humanista como algo natural en el proceso de surgimiento y desarrollo de este enfoque (Hayes, 2012), el objetivo de este artículo es identificar y desarrollar los ingredientes específicos que denotan una convergencia entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Gestalt, las cuales se constituyen en exponentes significativos del enfoque contextual y humanista, respectivamente. En tanto que la Terapia de Aceptación y Compromiso es una Terapia Contextual que se apoya en la Teoría de los Marcos Relacionales, la Terapia Gestalt fue elaborada por Fritz Perls, quien aglutinó en este enfoque el conocimiento existente en su época y dio lugar a una terapia con gran repercusión en la práctica clínica. Tras presentar los fundamentos teóricos de ambos enfoques, en este artículo se identifican una serie de principios teóricos y prácticos en los que estos coinciden a pesar de haber seguido recorridos diferentes para llegar a ellos, y que son útiles tanto para la comprensión de los problemas psicológicos como para el desarrollo e implementación de prácticas clínicas eficaces, desde una perspectiva contextual-funcional. Se realiza, por último, un análisis crítico de las repercusiones de esta convergencia en la investigación futura sobre los procesos responsables de la eficacia en psicoterapia.*

*Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Gestalt, Factores de Convergencia.*

Fecha de recepción: v1: 12-3-2020. Fecha de recepción v2: 10-4-2020. Fecha de aceptación: 21-5-2020

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [raquelayala@uma.es](mailto:raquelayala@uma.es)

Dirección postal: Raquel Ayala Romera. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. Facultad de Psicología. Campus de Teatinos, s/n. 29071. Málaga. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



### **Abstract**

*Given the strength with which the therapies of the contextual approach are presented in the current psychotherapeutic scene, and the incorporation of elements of humanistic therapy as something natural in the process of emergence and development of this approach (Hayes, 2012), the objective of this article is to identify and develop the specific ingredients that denote a convergence between Acceptance and Commitment Therapy and Gestalt Therapy, which constitute significant exponents of the contextual and humanistic approach, respectively. While Acceptance and Commitment Therapy is a Contextual Therapy based on the Relational Frame Theory, Gestalt Therapy was developed by Fritz Perls, who brought together in this approach the existing knowledge of his time and gave rise to a therapy with great impact on clinical practice. After presenting the theoretical foundations of both approaches, this article identifies a series of theoretical and practical principles in which they coincide despite having followed different paths to reach them, and which are useful both for the understanding of psychological problems and for the development and implementation of effective clinical practices, from a contextual-functional perspective. Finally, a critical analysis is made of the impact of this convergence on future research into the processes responsible for effectiveness in psychotherapy.*

**Keywords:** *Acceptance and Commitment Therapy, Gestalt Therapy, Convergence Factors.*

En la corta historia de la ciencia psicológica, los distintos enfoques de la psicoterapia se han mantenido enfrentados por las diferencias entre los principios epistemológicos que guiaban sus intervenciones. Desde una perspectiva integradora, Frank (1974) analizó los factores comunes como ingredientes efectivos de la psicoterapia en un intento por explicar la eficacia de los distintos enfoques, lo que mantiene plena vigencia en la actualidad (Wampold, 2015). En este artículo se identifican y desarrollan los ingredientes específicos que denotan una importante afinidad entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante por sus siglas en inglés) y la Terapia Gestalt (TG en adelante), lo que puede tener repercusiones importantes en la futura investigación sobre la eficacia de la psicoterapia y, por ende, en la práctica clínica. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante) surge a finales del siglo pasado de la mano de Steven C. Hayes como heredera del conductismo radical de Skinner y bajo el marco teórico del análisis funcional del lenguaje y la cognición humana aportado por la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT; Hayes Barnes-Holmes y Roche, 2001). Por su parte, el nacimiento de la TG se data en 1951, con la publicación del libro “*Gestalt Therapy: Excitement and Growth in Human Personality*”, de Fritz Perls, Paul Goodman y Ralf Hefferline, donde se recogen las bases teóricas de esta tradición terapéutica. Este último fue miembro de la Facultad de Psicología Experimental de Columbia y conocido conductista radical dentro de la tradición skinneriana (Knapp, 1986), lo que revela un punto de encuentro entre la tradición gestáltica y el conductismo radical ya en los orígenes de la TG. Un elemento esencial que diferencia a estos de otros enfoques es que tanto ACT como TG se definen como algo más que un conjunto de técnicas o enfoque terapéutico. Así, la ACT es un “enfoque multidimensional vinculado a un modelo básico y aplicado y un enfoque del desarrollo científico que se aplica a los terapeutas y a los clientes” (Hayes, Stroschal y Willson, 2014, p. 56). Y Claudio Naranjo, evitando una definición conceptual de la TG, se refiere a ella como la forma de hacer terapia de Fritz Perls, y no la entiende como la aplicación de un cuerpo de teoría, sino más bien como una “actitud, una manera de estar en el mundo”, o un “intuicionismo que se reconoce como tal” (Naranjo, 2017, p. 17 y 34). Se ofrece a continuación una síntesis de los fundamentos teóricos de ambos enfoques y se identifican aquellos factores que denotan una convergencia.

### **Terapia de Aceptación y Compromiso**

La base de ACT es el Contextualismo Funcional, como filosofía pragmática de la ciencia, el cual deriva del Conductismo Radical de Skinner (Luciano, 2016). Contextualismo como enfoque holístico en el que lo importante es la totalidad de lo que está ocurriendo, entendida más en relación al contexto que a los elementos que la forman. Y funcional en tanto que la función de un determinado acontecimiento es más relevante que su topografía. Por otro lado, el principal aporte del conductismo radical es considerar los pensamientos como conducta verbal, y no como causa u origen de otras conductas, reconociendo que pueden ser irracionales y alejados de la

realidad sin por ello ser patológicos y normalizando el que las acciones no siempre tienen que ser congruentes con ellos. Se rompe así con el modelo de causalidad lineal inherente a las Terapias de Segunda Generación, cuya finalidad es eliminar los síntomas intentado modificar esquemas cognitivos o suprimir pensamientos como causas últimas de la conducta y, por ende, responsables del malestar psicológico (Hayes, 2004). Si en la reestructuración cognitiva el objetivo es la confrontación con las ideas irracionales del paciente, en ACT el objetivo no es modificarlas, sino cambiar la función de las mismas, es decir, las consecuencias conductuales que tiene la presencia de determinados eventos internos, así como la relación que la persona mantiene con ellos (Hayes, Pistorello y Levin, 2012). Y por último, la RFT proporciona el marco explicativo y aplicado de la intervención terapéutica en ACT. Es una teoría analítico-abstractiva que se ocupa de la descripción e investigación experimental básica de las respuestas relacionales inherentes a la conducta verbal, dando cuenta de la abstracción relacional y del uso paradójico y sumatorio del lenguaje (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2015).

En contraste con el modelo médico, que defiende que lo normal es la salud y lo anormal es la enfermedad, entiende el sufrimiento como alteración de la salud psicológica y busca sus causas para encontrar una solución que lo haga desaparecer, el objetivo en ACT no es suprimir el malestar en sí mismo, sino que la persona pueda llevar una vida acorde con sus valores. Para ello, diferencia dos tipos de dolor: el limpio y el sucio. En tanto que el dolor limpio es el inherente a los avatares de la vida y está ligado a la existencia humana, el dolor sucio es el que se origina cuando se intenta evitar el limpio. Es lo que en budismo se conoce como dolor y sufrimiento (Hayes et al., 2014). Así, en ACT no se intenta evitar el dolor limpio ni entre sus objetivos terapéuticos está que desaparezca cualquier malestar, sino que pone el foco en las conductas con las que se intenta eliminar éste, que son las que terminan generando problemas mayores al intentar controlar o suprimir los eventos privados aversivos (pensamientos, sensaciones y emociones) y los contextos que los ocasionan como supuestos responsables del malestar (Gómez-Martín, López-Ríos y Mesa-Manjón, 2007). Los intentos de control tienen un efecto paradójico, de modo que en lugar de hacer desaparecer o disminuir los síntomas que se desean evitar, estos aumentan en intensidad, frecuencia y contexto, abarcando cada vez un número mayor de situaciones y dando lugar al Trastorno de Evitación Experiencial (TEE en adelante) (Wilson y Luciano, 2002). Se asume, por tanto, que los problemas se originan en cómo aprenden las personas, a través de su historia personal, a reaccionar ante los propios eventos internos, permitiendo identificar, a su vez, las interacciones básicas en las que hay que intervenir con el fin de producir cambios (Luciano, 2016). Un concepto clave en ACT para este fin, como indica Luciano, es la *flexibilidad psicológica* entendida como clase funcional de conductas que operan en respuesta a la propia conducta del individuo en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica-YO.

Hayes y cols. (2014) identifican seis procesos psicológicos relacionados entre

sí y que conforman el *hexaflex*, como una representación con finalidad didáctica de la *flexibilidad psicológica*: aceptación, defusión, atención al momento presente, yo como contexto y compromiso con la acción. Sin embargo, la dificultad de aislarlos como procesos de cambio terapéutico independientes ha hecho que, actualmente, estos procesos queden recogidos desde la RFT en una serie de estrategias orientadas a la práctica clínica. En síntesis, dichas estrategias consisten, primero, en ayudar al cliente a identificar las clases actuales de conducta en que está implicado, discriminando aquellas que generan consecuencias problemáticas y están en una relación de coordinación con el deíctico-YO; y, segundo, en establecer un marco jerárquico que le ayude a construir un repertorio alternativo, contactando con las consecuencias deseables, construidas verbalmente, y vinculadas a este nuevo comportamiento (Luciano, 2016; Tornøke et al., 2015).

### Terapia Gestalt

Las influencias que recibió Perls y que trasladó a este enfoque terapéutico son múltiples y heterogéneas: el Psicoanálisis, el teatro de Reinhardt, la filosofía del Tao, la Teoría del Punto Cero o Indiferencia Creativa de Friedlander, la Teoría de Campo de Lewin, el Budismo, la Psicología de la Gestalt, el Psicodrama de Moreno y el Existencialismo, entre otras (Boris, Melo y Moreira, 2017). El aporte fundamental de la TG fue la integración creativa y armónica del conocimiento existente en un enfoque terapéutico en el que el todo es mayor que la suma de sus partes. La relevancia de la TG se manifiesta en su presencia explícita en otros enfoques psicoterapéuticos surgidos con posterioridad, como la Terapia Centrada en las Emociones (Greenberg, Rice y Elliot, 1993), la Terapia Centrada en los Esquemas (Young, 1999) o la Terapia de Exposición Dialógica (Butollo y Karl, 2012).

Perls (1998) señala tres pilares básicos de la TG: el darse cuenta, el aquí y ahora y la responsabilidad, los cuales son el hilo conductor de la intervención terapéutica en este enfoque. En primer lugar, el darse cuenta o *awareness* es el objetivo principal de la terapia, que se define como “el proceso de restauración de la salud, entendiendo que la neurosis es un oscurecimiento de la capacidad del percibir” (Peñarrubia, 2008, p. 114). En él se distinguen tres zonas: la interna, la externa y la zona intermedia o de fantasía. La zona interna es todo lo que ocurre de piel para adentro, son las sensaciones físicas y emociones. La zona externa es el mundo que nos rodea, lo obvio. Aquello que cualquier otra persona que esté con uno describiría de la misma manera. Y la zona intermedia es donde se produce la actividad mental que transcurre más allá del presente: explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc. Esta zona impide el contacto de la persona consigo misma y con la realidad externa y es el caldo de cultivo de la neurosis. En segundo lugar, en TG se valora el aquí y ahora o actualización como única realidad frente al pasado, que ya no existe, y el futuro, que aún no ha llegado (Perls, 2007). Si el conflicto que aparece hace referencia a alguna experiencia del pasado o situación futura, se actualiza en el momento y la

situación actual hablando en primera persona y en presente. Y, en tercer lugar, la responsabilidad entendida no en sentido moral, sino existencial: somos responsables de nosotros mismos a pesar nuestro. Si bien la herencia y el ambiente determinan lo que uno es, siempre se tiene la capacidad de responder: responsabilidad (Perls, 2008). Así, darse cuenta de la necesidad propia proporciona a la persona la capacidad de seleccionar la respuesta más adecuada a sus intereses en el aquí y el ahora: darse cuenta permite elegir.

Otro concepto clave en TG es el ciclo gestáltico o de satisfacción de necesidades. También conocido como ciclo de autorregulación, refleja la certeza de que cada ser humano cuenta con los recursos necesarios para desarrollar su potencial, lo cual es un elemento clave del enfoque humanista. El ciclo describe paso a paso el proceso que acontece cuando una necesidad emerge pugnando por su satisfacción, esto es, la formación de la figura o *gestalt*. Es un proceso dinámico en el que en cada momento hay solo una necesidad que, cuando es satisfecha, pasa a segundo plano dejando espacio para que pueda surgir otra. Si, por el contrario, existe un mal contacto con la necesidad y el ciclo no se completa, se crea un conflicto interno entre ésta y un patrón de respuestas fijas que no atienden al entorno cambiante, y es responsable de que la *gestalt* inconclusa aparezca una y otra vez.

## **Conceptos clave y prácticas clínicas que contribuyen a una convergencia**

### **Salud y enfermedad**

ACT afirma que el sufrimiento forma parte de la vida y es intrínseco a la condición humana, ya que surge de procesos en los que está implicado el lenguaje (Hayes et al., 2014). Y en TG, el concepto de salud implica desarrollar las potencialidades de la persona. Así, la neurosis no se entiende en términos clínicos, sino en función de un menor grado de conciencia, “síntoma de una maduración incompleta” (Perls, 2008, p. 33), lo que conduce a un enfoque terapéutico dirigido al crecimiento, más que a eliminar una patología. En este sentido, también “la ACT asume que cada cliente dispone de cuanto necesita para vivir una vida rica y significativa” (Hayes et al., 2014, p. 432). Así, tanto en ACT como en TG, la persona no acude a terapia por estar enferma, sino porque necesita ampliar su repertorio conductual según la ACT, o ayuda para conseguir el auto-apoyo según la TG. Perls decía que “la terapia es demasiado beneficiosa para reducirla a los neuróticos” (Rams, 2013, p. 24.), al igual que “ACT describe un modelo unificado de cambio de comportamiento aplicable a los seres humanos en general, no sólo a aquellos que cumplen con ciertos criterios diagnósticos” (Hayes et al., 2014, p. 978).

Tal como sucede a la TG, las Terapias Contextuales son críticas con el modelo médico y su reflejo en la Psicología Basada en la Evidencia. Así, abogan por un sistema transdiagnóstico y por la Terapia Basada en Procesos (Hayes y Hoffman, 2017), en la que el método de intervención no está acotado por un protocolo específico para cada problema psicológico definido por los síntomas de su categoría

diagnóstica, sino por un modelo práctico que se sustenta en una serie de procesos basados en la evidencia, que se adapta a las necesidades de las personas (Hayes, 2019). Ni en ACT ni en TG se identifica al individuo como enfermo ni se asume que haya algo en él que funcione mal y, por tanto, no lo coloca en un papel pasivo, en el que la enfermedad es causa última y ajena de su malestar. Por el contrario, ambas enfatizan el papel activo de la persona y ninguna de las dos tiene como objetivo la reducción de los síntomas, aunque sea una consecuencia del proceso. Y la salud se refleja en el hecho de que el cliente sea capaz de tener una vida buena o valiosa –orientada a sus valores– en ACT, posible gracias a la práctica de la *flexibilidad psicológica*, que implica responder de forma sensible al contexto (Hayes, 2019), o que llegue a la maduración en TG, entendida como el auto-apoyo resultante de una clara conciencia de sus propias necesidades y su satisfacción (Naranjo, 2017).

### **El concepto de realidad**

El Contextualismo Funcional defiende un concepto de verdad que depende del contexto, en el que la realidad de un objeto está determinada por la función que cumple, lo que implica al entorno y a la persona con sus intenciones. En ACT se habla del *acto en contexto*, de forma que el criterio de verdad del mismo viene determinado por el análisis de la función que cumple, esto es, la consecución de un objetivo (Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012). Así, la conducta se tiene que entender en su contexto y su significado verdadero se encuentra en función de si obtiene o no el objetivo que persigue, definiéndose ACT como a-ontológica al rechazar la idea de una realidad objetiva (Hayes et al., 2014).

Por su parte, en TG se define la manera en que la persona percibe el entorno, no como la totalidad caótica de estímulos inmersos en él (fondo), sino como la interacción de estos con los intereses o necesidades particulares en ese momento, resultando un conjunto de estímulos significativos (*gestalt* o figura). Consecuentemente, la TG niega la existencia de una realidad objetiva independiente de la percepción de cada persona y se refiere a realidades subjetivas determinadas por la aparición de la figura condicionada por la necesidad imperante en cada momento (Perls, 2007). La TG es un modelo clínico orientado funcionalmente que se centra “en la importancia de la adaptación de la persona al entorno y a las distintas situaciones de la vida de una manera sana [...], creando nuevas respuestas a nuevas situaciones (ajustes creativos)” (Raffagnino, 2019, p. 70). Es esta inclusión del entorno, frente a un modelo de pensamiento individualista con la psique como objeto primordial de estudio como ocurre en Psicoanálisis, lo que hace de la TG un enfoque holístico no solo en la integración cuerpo-mente, sino también organismo-entorno. Así, lo que importa son las relaciones entre las partes y se prima la experiencia global del sujeto inmerso en un contexto. Mientras que en TG estas relaciones vienen determinadas por la formación de la figura en el ciclo de necesidades –la necesidad organísmica más relevante en un momento concreto– (Perls, 2007), la RFT como marco teórico de la ACT expone que es el conjunto de

redes relacionales derivadas entre estímulos verbales, fruto de la experiencia y la historia personal, lo que define la realidad vivida (Gómez-Martín et al., 2007). En definitiva, tanto el Contextualismo Funcional en ACT como la Teoría de Campo de la Gestalt coinciden en la importancia del contexto, no como una realidad objetiva e independiente, sino desde la experiencia de la persona que lo está vivenciando y las relaciones que establece con él desde sus circunstancias e historia personal. Es este enfoque funcional común la convergencia más notable entre ACT y TG, ya que permite el análisis y comparación del resto de elementos de forma coherente bajo el mismo prisma.

### **La experiencia del yo**

La ACT distingue tres tipos de experiencia del yo: el yo-concepto, el yo-proceso y el yo-contexto. El yo-concepto engloba las descripciones que hacemos de nosotros mismos. El yo-proceso es la capacidad de darnos cuenta de lo que estamos haciendo, que Hayes et al. (2014) definen como un “continuo de conciencia”. Y el yo-contexto es el yo observador de las tradiciones orientales; esto es, la “conciencia del proceso flexible y continuo de la actividad verbal en la que se esté implicado” (Wilson y Luciano, 2002, p. 209). Sin evaluar los pensamientos, ni añadir ni quitar nada, sería la conciencia del yo-proceso. Es la aparición de una relación jerárquica entre el deíctico-YO y los eventos internos la que permite que aparezca esta perspectiva (Luciano, 2017). En la medida en que las personas están apegadas a su yo-concepto, dentro de un marco de coordinación entre el deíctico-YO y los pensamientos sobre mí, aparece la rigidez comportamental que restringe la capacidad de reacción al contexto para hacer frente a los requerimientos de la experiencia presente o se reinterpreta la realidad si no es congruente con la imagen que se tiene de uno mismo (Hayes et al., 2014).

Desde el modelo gestáltico, el yo-concepto coincide con el auto-concepto, que “consiste en seleccionar interesadamente algunos aspectos de nuestra personalidad, identificarnos con ellos y mostrarnos así de limitados y previsibles ante el mundo” (Peñarrubia, 2008, p. 127). La sobre-identificación con el yo-concepto, en terminología de ACT, se corresponde con el mecanismo neurótico de la introyección en TG. El introyecto se define como material psíquico que la persona se traga sin digerir, quedándose aislado como un cuerpo extraño dentro del organismo, haciendo una analogía entre el metabolismo del sistema digestivo y el metabolismo mental. Los introyectos están plagados de juicios morales o *debeísmos* (debería ser amable, no se debe llorar), con los que perdemos de vista lo que somos (Peñarrubia, 2008). Así, Perls (2007) describe el yo neurótico como un conjunto de introyecciones –identificaciones permanentes que coartan y encorsetan la manera de actuar de la persona–, en tanto que en el yo sano coexistirían identificaciones cambiantes en función de la necesidad del organismo, la cual está mediatizada a su vez por el contexto. En este sentido, uno de los procesos clave en ACT inherentes a la *flexibilidad psicológica* es la “conciencia del yo-contexto”. Esta es la experiencia del

yo como una conciencia presente a lo largo de su vida, como un contexto seguro, intransferible y permanente en el que experimentar el distanciamiento de los eventos privados. Al no identificarse con determinados atributos ni con sus sensaciones, la persona puede responder a las situaciones vitales con mayor flexibilidad y de forma adaptada al contexto, aumentando así su repertorio conductual (Hayes et al., 2014). De forma similar, en TG se busca alcanzar la *autenticidad* frente a la rigidez impuesta por el auto-concepto. El terapeuta gestáltico no pretende que se produzca ningún cambio, sino que mantiene un “genuino interés en lograr que el paciente sea lo que es” (Naranjo, 2017, p. 45). Es la teoría paradójica del cambio en TG, que “se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es” (Fagan y Sheperd, 2005, p. 15). Al abandonar el deseo de ser otra cosa, desaparece la rigidez y la necesidad se satisface, permitiendo así que se complete la *gestalt* interrumpida por la alienación de partes propias de la personalidad. Como puede verse, las afinidades entre el yo-concepto de ACT y el auto-concepto gestáltico son evidentes, y también las implicaciones de este constructo en la explicación del malestar psicológico y en las metas de la terapia de ambos enfoques.

### **El dar razones y el porqué de la conducta**

La RFT como marco teórico de la ACT señala el dar razones (o búsqueda de coherencia) y el control como dos de los contextos socio-verbales inherentes al lenguaje humano responsables del sufrimiento (Gómez-Martín et al., 2006). El primero se encarga de ordenar o dar sentido a nuestra actividad. La razón siempre tiene razón, luego siempre encontrará un motivo para justificar una conducta o para crear relaciones simbólicas causa-efecto entre dos eventos arbitrarios con asombrosa facilidad. El inconveniente surge cuando se aplica este modelo causal a los estados internos para explicar la conducta y, al darles veracidad, estas explicaciones pueden ser parte del problema en lugar de la solución. Este fundamento queda especialmente reflejado en uno de los objetivos terapéuticos de la ACT, generar *desesperanza creativa*, mediante la que se pretende que el cliente experimente que las reglas verbales con las que explica su realidad son disfuncionales, al ser las que le originan malestar, tal como se expone más adelante.

Por su parte, la TG rechaza la causalidad lineal y desprecia las explicaciones, interpretaciones, justificaciones y la actividad conceptual en general como una manera de evitación de la experiencia presente, reconduciendo el foco de atención, desde el *porqué*, hacia el *para qué* y el *cómo*. Según Perls (1998, p. 56), el porqué es el modo infantil de explicación, que no lleva a la comprensión y “solo conduce a interminables investigaciones acerca de la causa de la causa de la causa”. Así, en ambos enfoques se fomenta la experimentación frente a la cognitivización: probar, sentir y hacer antes que anticipar, fantasear y teorizar. Esto es, coinciden en que es más saludable guiar la conducta en función de las contingencias experimentadas que por reglas verbales, las cuales fomentan unas expectativas que recurrentemente

no se cumplen, y generan, por tanto, sufrimiento en la persona.

### **La evitación experiencial en la explicación de los problemas psicológicos**

Desde el sistema transdiagnóstico propuesto por las terapias contextuales, el TEE es un elemento común en la mayoría de los trastornos recogidos en los sistemas de clasificación clásicos (Luciano, 2016). De hecho, la propuesta de intervención en ACT se basa en potenciar la aceptación frente a la evitación (Hayes et al., 2014). Wilson y Luciano (2002, p. 74) establecen que “el TEE está presente cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas vividas aversivamente (sean éstas estados o sensaciones de su cuerpo, pensamientos, recuerdos o predisposiciones conductuales), y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de dichas experiencias como las condiciones que las generan”. Así, las conductas cuya finalidad es la evitación de eventos internos desagradables terminan convirtiéndose en sí mismas en un problema, ya que condicionan la vida de la persona y la alejan de la experiencia presente.

Por su parte, la neurosis en TG se explica por el hecho de que el ciclo gestáltico no se completa satisfaciendo la necesidad que lo originó, al ser interrumpido por los mecanismos neuróticos. Perls (2007) describe hasta 22 formas de evitación, concluyendo que ésta está presente en todos los mecanismos neuróticos, también denominados mecanismos de evitación. La definición de neurosis que Perls ofrece es bastante congruente con el TEE: “Perls entiende la neurosis (...) como una estrategia de evitación del dolor psíquico que lo transforma, paradójicamente, en sufrimiento crónico. La enfermedad mental empieza cuando uno decide ‘...esto no lo pensaré, esto no lo sentiré o no lo haré... porque produce dolor, desagrado o disforia... y esto o así no soy yo’” (Rams, 2013, p. 30). En definitiva, la evitación experiencial está presente en ambos enfoques como elemento nuclear en la aparición de los problemas psicológicos.

### **Prácticas clínicas**

La *desesperanza creativa* queda plasmada en la primera de las estrategias terapéuticas expuestas por Tornøke y cols. (2015), al identificar las clases actuales de conducta y sus consecuencias problemáticas, y se alcanza cuando el cliente se da cuenta de que todo lo que ha hecho hasta ahora para solucionar su problema no le ha servido, de modo que es capaz de renunciar a sus respuestas habituales incluso cuando aún no sabe si dispondrá de otros recursos para afrontar la situación (Hayes et al., 2014).

Por su parte, Perls (1998, 2008) diferencia una serie de capas en la estructura neurótica de la persona, las cuales se van atravesando hasta llegar al núcleo del yo auténtico. La primera capa es la de los clichés. Consiste en los comportamientos que se tienen con alguien en un encuentro casual. Detrás está la capa donde se representan roles, cuyo objetivo es influenciar al otro y están relacionados con el apego de la persona a su auto-concepto. Al atravesar esta capa, esto es, cuando la

persona deja de actuar conforme a su auto-concepto, se vivencia la nada, la vaciedad, la frustración, que se corresponde con el *impasse*. A continuación, surge la capa implosiva o de muerte, en la que la persona se contrae, se comprime, se rompe hacia adentro hasta lograr un contacto verdadero con lo muerto. Esta implosión se convierte en explosión, como nexo auténtico de la persona, que es capaz de vivenciar y expresar sus emociones.

Así, se puede establecer un paralelismo entre la *desesperanza creativa* en ACT y las fases de *impasse* e implosión en TG, ya que ambas requieren que la persona abandone lo conocido y sea capaz de experimentar el vacío que supone, por una parte, la desidentificación con las estrategias o roles utilizados hasta ahora y, por otra, la asunción basada en su experiencia de que ni las unas ni los otros han sido eficaces para solucionar su malestar. En ambos enfoques, esta fase, aunque no sea agradable para el cliente, es insalvable y primordial en el proceso terapéutico, ya que proporciona la experiencia necesaria para empezar a ampliar el repertorio conductual o, al menos, dejar de actuar de forma automática.

Por otra parte, tanto ACT como TG coinciden en la importancia de la experiencia del cliente en la sesión terapéutica, y lo que ocurre durante el desarrollo de la misma, frente a las técnicas utilizadas. Ni la una ni la otra cuenta con protocolos de tratamiento, y en ambos enfoques es el terapeuta, ya sea como exponente de *flexibilidad psicológica* en ACT, o con su actitud de presencia, conciencia y responsabilidad en TG, el que sirve de modelo al cliente, resultando las técnicas inseparables de quien las utiliza. Es un punto común en el que se pone de manifiesto la dificultad que entraña para el terapeuta el ejercicio de su labor, ya que por encima de las técnicas utilizadas lo que se pretende es transmitir una actitud. Así, el reto del terapeuta en ACT es practicar la *flexibilidad psicológica*, que incorpora como persona y no como experto, siendo capaz de exponer sus sensaciones negativas (por ejemplo, si siente ansiedad ante un determinado tema) como un elemento más de la terapia para servir de modelo al paciente y fortalecer la relación terapéutica (Hayes et al., 2014). De igual forma, en TG se fomenta la expresividad física y emocional del terapeuta, incluso revelando asuntos personales si cree que puede servir a la terapia (Peñarrubia, 2008). Se dice que el terapeuta es su propio instrumento (Polster y Polster, 1991) y la técnica básica es el *continuum de conciencia*, mediante el cual se descubre y aprehende cada experiencia. En ella, el cliente hace una referencia continua a la experiencia presente, de forma que llegue a surgir la situación inconclusa más importante para ser atendida. Para ello se usa la primera persona del singular como una manera de asumir la responsabilidad, reconociéndose la persona como sujeto de sus propios actos, emociones y sentimientos, y no como víctima pasiva frente a un lenguaje impersonal (Perls, 1998, 2007). Esta técnica también es usada en ACT con el mismo nombre (Hayes et al., 2014).

ACT se caracteriza por utilizar cualquier herramienta que sea útil (pragmatismo funcional), cualquiera que sea su procedencia, incluso si es inventada por el clínico, siempre que esté orientada a promover los procesos de *flexibilidad psicológica* en el

cliente. Así, el uso de las técnicas nunca es un fin en sí mismo. Las más utilizadas en ACT son los ejercicios experienciales, junto con paradojas, metáforas y revisión del lenguaje, además de las técnicas clásicas conductuales como exposición, ensayo o modelado. En cuanto al uso del lenguaje, Hayes y cols. (2014) instan a: (a) experimentar directamente en lugar de hablar “acerca de”; (b) cambiar la expresión “tengo que” por “decido”; y (c) evitar el uso del “pero”, sustituyéndolo por “y”. Estas tres especificaciones son también características del uso del lenguaje en TG, con la salvedad de que, en TG, la expresión “tengo que” se cambia por “quiero”.

Dado el enfoque experiencial que se asume en ACT, muchos de los ejercicios que se utilizan están en consonancia con los de tradición gestáltica, cuando no han sido incorporados tal cual y aparecen en estudios de caso de ACT como herramientas terapéuticas (Barraca, 2009). Sirva como ejemplo la técnica más emblemática de la TG, conocida como silla caliente o vacía indistintamente. Es un ejercicio que, desde el punto de vista gestáltico, tiene como objetivo la integración, ya sea entre dos partes enfrentadas de uno mismo, entre el cliente y su síntoma, o para cerrar alguna *gestalt* inconclusa con otra persona. El método consiste en que el cliente pasa de una silla a otra, interpretando en cada una de ellas una de las partes que están en conflicto y, finalmente, a una tercera posición que es capaz de integrarlas (Naranjo, 2017). Según ACT, esta herramienta establece un marco deíctico que describe la relación que surge entre marcos relacionales, la cual sirve para hacer un trabajo de toma de perspectiva, potenciando los procesos del yo-contexto, la aceptación y la defusión. Otro ejercicio gestáltico clásico que se incorpora en ACT para promover la defusión es el de la *fisicalización* y consiste en dar cualidades perceptuales a las emociones o síntomas (Hayes et al., 2014).

Por su parte, Naranjo (2017) agrupa las técnicas gestálticas en tres tipos: supresivas, expresivas e integrativas. Las supresivas son las orientadas a detener la evitación del cliente, entre las que se encuentran: (a) experimentar la nada; (b) evitar el *acercadeísmo* y el *debeísmo*, las manipulaciones, las preguntas; y (c) expresar vivencias en vez de hacer demandas o pedir permiso. El experimentar la nada, conocido también como *vacío fértil* en terminología gestáltica, se relaciona con la fase de *impasse* en TG y la *desesperanza creativa* en ACT. Las técnicas expresivas favorecen los contenidos de la conciencia genuina mediante la expresión de los impulsos, sentimientos y acciones auténticamente organísmicos, como iniciar la acción, completar la expresión, ser directo, repetir, exagerar, identificarse y actuar. Por último, las técnicas integrativas facilitan la escucha y asimilación de las voces conflictivas internas: encuentro interpersonal, asimilación de proyecciones y la técnica de la silla vacía, entre otras (ver Peñarrubia, 2008, para una descripción de las técnicas).

Puede afirmarse, en definitiva, que cualquiera de estas técnicas sería útil en ACT siempre que estuviera orientada a promover la *flexibilidad psicológica*. Específicamente, las técnicas supresivas servirían para la eliminación de los comportamientos de evitación presentes en el TEE y facilitarían los procesos de

aceptación y *desesperanza creativa*; las expresivas estarían al servicio de la acción comprometida y las integrativas a favor de la defusión y el yo-contexto. Y todas enmarcadas en el aquí y ahora de la experiencia presente. Del mismo modo, casi cualquier metáfora o ejercicio experiencial de ACT es congruente con el proceso terapéutico gestáltico de presencia, conciencia y responsabilidad.

## Discusión

Hayes (2012) argumenta que en ACT se recuperan elementos de las terapias humanistas, lo que nos ha llevado a profundizar en la TG al tratarse de un claro exponente de estas, poniéndose de manifiesto la existencia de una clara convergencia entre ambas tanto a nivel teórico como de la práctica clínica. Esta convergencia indica la existencia de factores comunes como probables mecanismos responsables de la eficacia terapéutica, propiciando así la apertura de un campo de investigación potencialmente fructífero. Entre los puntos de convergencia de ACT y TG, encontramos que ambas se definen como algo más que un enfoque terapéutico, postulan que el ser humano posee los recursos necesarios para llevar una vida plena, se centran más en los procesos que en los contenidos, en la experiencia en el aquí y ahora frente a la producción mental y defienden un encuadre holístico frente a la segmentación. A su vez, ambas se alejan del enfoque mecanicista y la causalidad lineal, subrayan la importancia del terapeuta como modelo y de la relación terapéutica frente a las técnicas utilizadas, y la meta principal es que la persona tenga una vida plena y acorde a sus propios valores más allá del contexto social. Así, si bien la finalidad en TG es que la persona sea auténtica y alcance el auto-apoyo, no siguiendo más deberías que los suyos propios (Naranjo, 2017), en ACT es que sea capaz de clarificar y actuar en dirección a sus valores personales, ampliando para ello su repertorio conductual (Hayes et al., 2014). Nos encontramos, en definitiva, más que con una complementariedad, con dos enfoques convergentes tanto en fines como en los modos de conseguirlos. Se evidencia una concordancia no sólo en base a principios epistemológicos comunes y técnicas específicas que se aplican en la práctica clínica, sino también en las actitudes básicas del terapeuta y el desarrollo de la sesión, en la que no existe un protocolo previo y se trabaja con lo que el cliente trae, viendo procesos y funciones en lugar de contenidos en las intervenciones de ambos enfoques terapéuticos, y con el objetivo último de ampliar la percepción del cliente fomentando un contacto más real con la experiencia en el aquí y ahora.

Es necesario tener en cuenta que la TG, de marcado carácter fenomenológico y experiencial, adolece de la falta de un cuerpo teórico extenso (Boris et al., 2017), siendo también escasos los estudios sobre su eficacia, lo cual ha contribuido a que haya sido tradicionalmente (auto)excluida de la psicología académica. Probablemente esta marginación haya sido la principal causa de que los terapeutas gestálticos se hayan mantenido muy cercanos al *art-making* psicoterapéutico, y ello a pesar de que la TG se constituya en un exponente primordial de los enfoques humanista y fenomenológico, que aúnan la tradición más genuina de la psicología (Pérez-Álvarez,

2019). Sin embargo, se está despertando recientemente un interés creciente por la validación de esta forma de terapia, siendo la figura más destacada la australiana Madelaine Fogarty, quien ha elaborado una escala de fidelidad al tratamiento como un primer paso para llevar a cabo estudios basados en la evidencia sobre la eficacia de la TG (Fogarty, Bhar y Theiler, 2019). Se podría prever que, dadas las afinidades previamente expuestas, los terapeutas gestálticos y los de ACT se parezcan en su práctica clínica, y esta escala permite evaluar la adhesión a la TG de un terapeuta. Por otro lado, resulta lógico inferir que una intervención de TG aumente la *flexibilidad psicológica* y disminuya la evitación experiencial, lo que se puede comprobar empíricamente mediante el uso de cuestionarios como el AAQ-II (Bond et al., 2011). De hecho, así se muestra en un estudio cuasi-experimental realizado sobre padres con ansiedad en el que, tras una intervención de cuatro sesiones de TG grupal de dos horas, disminuye la evitación de experiencias internas, medida con este cuestionario (Leung y Khor, 2017). El que ya se estén utilizando herramientas de ACT para medir los resultados en intervenciones de TG evidencia que la afinidad entre estos dos enfoques se da por hecho, si bien hasta este momento no ha sido explicitada en la literatura científica. Así, la práctica-como-investigación podría ser especialmente útil en el análisis de los actos psicoterapéuticos en los que ACT y TG coinciden y, por ende, en la identificación, formulación y/o revisión de una serie de procesos que subyacen a ambos enfoques y son útiles en la superación de los problemas psicológicos.

En conclusión, en este trabajo se ha puesto de manifiesto una clara convergencia entre los principios teóricos y prácticos de ACT y TG. Estas afinidades son suficientes para promover un acercamiento en términos de integración bajo el prisma del enfoque contextual, cuyo avance desde la investigación empírica en este ámbito proporcione mejores resultados que los que ofrece cada una de las terapias de las que se parte. Se mantiene plenamente vigente la histórica afirmación de Luborsky, Singer y Luborsky (1975) de que, tal como advertía el pájaro Dodó en *Alicia en el País de las Maravillas*, es imposible comparar lo incomparable cuando se persiguen metas distintas, pudiéndose solo comparar técnicas que se muevan en el mismo marco de referencia. Como se ha puesto de manifiesto, ACT y TG comparten presupuestos meta-teóricos respecto a las metas de la intervención y las formas de conseguirlas, siendo su pretensión fundamental ayudar a la persona a alcanzar una vida apoyada en aquellos valores que le dan sentido y cuya búsqueda apela a la autenticidad. Se abre así una posibilidad de integración que se sustenta en la importancia que ambas otorgan al contexto y la función de las conductas en el abordaje de los problemas psicológicos, apuntando de este modo hacia un planteamiento transterapéutico entre ambos enfoques en línea con la visión transdiagnóstica defendida actualmente (Hayes y Hoffman, 2017) y la perspectiva ideográfica que caracteriza al enfoque contextual (Hayes, 2004). En definitiva, los factores de convergencia identificados en este trabajo pretenden ser el punto de partida para un diálogo que se fundamenta en la investigación situada en la interfaz

entre ACT y TG, el cual conduce al enriquecimiento mutuo de ambos enfoques y, por ende, a una visión más amplia de los procesos de cambio terapéutico y de la condición humana.

## Referencias bibliográficas

- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 2(2), 109-117.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behaviour Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Boris, G. D. J. B., Melo, A. K. y Moreira, V. (2017). Influence of phenomenology and existentialism on Gestalt therapy. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(4), 476-486. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400004>
- Butollo, W. y Karl, R. (2012). *Dialogische Traumatherapie. Ein Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung* Stuttgart, Alemania: Klett-Cotta.
- Fagan, J. y Shepherd, I. L. (2005). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Frank, J. D. (1974). Therapeutic components of psychotherapy. A 25-years progress report of research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159(5), 325-342. <https://doi.org/10.1097/00005053-197411000-00003>
- Fogarty, M., Bhar, S. y Theiler, S. (2019). Development and validation of the Gestalt Therapy Fidelity Scale. *Psychotherapy Research*, 30(4), 495-509. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1571688>
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2012). Humanistic Psychology and Contextual Behavioral Perspectives. *Psychotherapy*, 49(4), 455-460. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027396>
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-227. <https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20626>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes y Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C. y Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. <https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20442>
- Hayes, S. C., Pistorello, J. y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Stroschal, K. y Willson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Knapp, T. J. (1986). Ralph Franklin Hefferline: The Gestalt therapist among the Skinnerians or the Skinnerian among the Gestalt therapists? *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 22(1), 49-60. [https://doi.org/10.1002/1520-6696\(198601\)22:1%3C49::AID-JHBS2300220106%3E3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1520-6696(198601)22:1%3C49::AID-JHBS2300220106%3E3.0.CO;2-K)
- Leung, G. S. M. y Khor, S. H. (2017). Gestalt Intervention Groups for Anxious Parents in Hong Kong: A Quasi-Experimental Design. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 183-200. <https://doi.org/10.1080/023761407.2017.1311814>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Luciano, C. (2017). The self and responding to the own's behavior. Implications of coherence and hierarchical framing. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(3), 267-275.

- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must have Prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <http://doi.org/b3nrh5>
- Naranjo, C. (2017). *Terapia Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateoórico*. Barcelona, España: La Llave.
- Peñarrubia, F. (2008). *Fundamentos de Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del psicólogo*, 40(1), 1–14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Perls, F. (1998). *Sueños y existencia*. Buenos Aires, Argentina: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (2007). *Yo, hambre, y agresión*. Madrid, España: Los libros del CTP.
- Perls, F. (2008). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Buenos Aires, Argentina: Cuatro Vientos.
- Polster, M. y Polster, E. (1991). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal Of Social Sciences*, 7(6), 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>
- Rams, A. (2013). *Clínica gestáltica*. Barcelona, España: La Llave.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering). En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254-272). Nueva Jersey, NJ: WileyBlackwell.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Young, J. (1999). *Reinventing Your Life*. Nueva York, NY: Plume.

# INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

## DISSATISFACTION WITH BODY IMAGE AND NUTRITIONAL STATUS IN UNIVERSITY STUDENTS

### Valeria Acuña Leiva

Programa de Magister en Psicoterapia Cognitiva Post-racionalista. Facultad de Psicología.  
Universidad San Sebastián. Chile  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7415-4833>

### Consuelo Niklitschek Tapia

Programa de Magister en Psicoterapia Cognitiva Post-racionalista. Facultad de Psicología.  
Universidad San Sebastián. Chile  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1153-1881>

### Álvaro Quiñones Bergeret

Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián. Chile  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6993-0324>

### Carla Ugarte Pérez

Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián. Chile  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8130-131X>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Acuña Leiva, V., Niklitschek Tapia, C., Quiñones Bergeret, A. y Ugarte Pérez, C. (2020). Insatisfacción De La Imagen Corporal y Estado Nutricional En Estudiantes Universitarios. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 279-294. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.344>



## Resumen

*La imposición del modelo estético en las sociedades actuales, excesivamente delgado en las mujeres y musculoso para los hombres, lleva a que la representación corporal se vea muy influida por estos estándares externos, generando insatisfacción con el propio cuerpo, lo que puede desencadenar conductas alimentarias poco saludables. Los jóvenes universitarios son un grupo vulnerable debido a los cambios propios de la juventud. El objetivo del estudio fue describir el grado de insatisfacción con la imagen corporal, y su relación con el estado nutricional objetivo, el percibido y la concordancia en hombres y mujeres universitarios. Para ello se realizó un estudio transaccional de tipo cuantitativo con alcance descriptivo-correlacional. La muestra fue de 120 estudiantes universitarios (44 hombres y 76 mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y 28 años. Se calculó el IMC, y se aplicaron los instrumentos Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ), la sub-escala "Insatisfacción corporal" del Eating Disorders Inventory en su versión 2 (EDI-2), y un cuestionario sociodemográfico. El 17,5% (n = 21) de la muestra sobreestimó su estado nutricional. De estos, un 90,5% (n = 19) fueron mujeres. El IMC se asoció significativamente con la insatisfacción de la imagen corporal ( $r = .45$ ;  $p < .001$ ). Los estudiantes que sobreestimaron su estado nutricional presentaron mayores niveles de preocupación por el peso ( $F = 13,37$ ;  $p < .001$ ) e insatisfacción con la imagen corporal ( $F = 7,24$ ;  $p = .001$ ) que los estudiantes que lo subestimaron o concordaron. La sobreestimación del estado nutricional se asocia a una mayor insatisfacción con la imagen corporal y una menor evaluación positiva de la apariencia. Ello podría desencadenar conductas alimentarias problemáticas, y trastornos de la conducta alimentaria, que permitiesen no autoperibirse tan distante del ideal estético cultural.*

Palabras clave: Imagen corporal, Insatisfacción con la imagen corporal, Escalas de valoración, Índice de masa corporal.

## Abstract

*The imposition of the aesthetic model in today's societies, excessively thin in women and muscular for men, leads to the body representation being greatly influenced by these external standards, generating dissatisfaction. The objective this study was describe the degree of dissatisfaction with body image, and relationship with objective nutritional status, perception and concordance in university men and women. This was done transactional study of quantitative type with descriptive-correlational scope. The sample was 120 university students (44 men and 76 woman) whit ages between 18 and 28 years. BMI was calculated, and The Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ), the "Body Dissatisfaction" sub-scale of the Eating Disorders Inventory in version 2 (EDI-2), and a sociodemographic questionnaire were applied. 17.5% (n = 21) of the sample overestimated their nutritional status. Of these, 90.5% (n = 19) were women. BMI was directly and significantly associated with body image dissatisfaction ( $r = .45$ ;  $p < .001$ ). The overestimation of nutritional status is significantly associated with concern about weight ( $p < .05$ ) and dissatisfaction with body image ( $p = .001$ ). Overestimation of nutritional status is associated with greater dissatisfaction with body image and less positive evaluation of appearance. This could trigger problematic eating behaviors, and eating disorders, which would make it possible to avoid making oneself so distant from the cultural aesthetic ideal.*

Keywords: Body image, Body image dissatisfaction, Assessment scales, Body mass index.

## Introducción

La imagen corporal es la representación mental que cada persona construye en relación a su cuerpo y la vivencia en términos de sentimientos, conductas y actitudes que se tienen hacia el propio cuerpo (Baile, 2003; Raich, 2004; Rodríguez, Oudhof, González-Arratia y Unikel-Santocini, 2010). Se considera un constructo multidimensional complejo y dinámico (Baile, 2003). Además, la imagen corporal está conformada por tres componentes: perceptual, cognitivo-afectivo y conductual (Botella, Ribas y Benito, 2009; Kirszman y Salgueiro, 2015; Raich, 2004; Wertheim y Paxton, 2011). Para ser más específico, la distinción alude al modo en que el sujeto percibe, imagina, siente y actúa en relación a su propio cuerpo. En tal dirección, Slade (1994, p.502) señala *“la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos, que varían con el tiempo”*.

Desde una perspectiva evolutiva, la imagen corporal se va construyendo en la integración de cómo se siente y vive el cuerpo, a partir de cómo nos vemos y somos vistos desde niños (Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2020; Pallan, Hiam, Duda y Adab, 2011). De hecho, se dispone de estudios que muestran que tanto niñas como niños entre los 5 y 7 años, reportan insatisfacción, preocupación y percepción inexacta de la imagen corporal (Pallan et al., 2011) la que se ha observado incluso desde los tres años (Tremblay, Lovsin, Zecevic y Larivière, 2011).

Por otra parte, la imagen corporal influye en el procesamiento de la información. A saber, la manera en cómo percibimos el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos acerca de nuestro propio cuerpo, pudiendo sentirnos satisfechos o insatisfechos con esa imagen (Baile, 2003). Más aún, según Pruzinsky y Cash (1990), Cash (2004) y Cash y Smolak (2011), existirían varias imágenes corporales interrelacionadas: una imagen perceptual, una imagen cognitiva y una imagen emocional. Es de destacar que la imagen emocional incluye los sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Según el metanálisis de Cash y Deagle (1997), la imagen corporal perceptiva representa la precisión con la que una persona puede juzgar las dimensiones físicas de su propio cuerpo. La autopercepción se ha catalogado como correcta (coincide con los datos objetivos de IMC o volumen corporal), subestimada (se autopercebe con un menor IMC del que tiene, o un menor volumen corporal) y sobrestimada (se autopercebe con un mayor IMC del que tiene, o mayor volumen corporal); y el tipo de valoración podría generar satisfacción o insatisfacción corporal. Existen autores que consideran que la distorsión perceptiva es la alteración de la percepción que se manifiesta por una incapacidad para estimar con exactitud el tamaño corporal (Contreras, Gil-Madrona, Garcia-Lopez, Fernández-Bustos y Pastor-Vicedo, 2012).

En relación a la insatisfacción con la imagen corporal, algunos estudios longitudinales han informado una mayor insatisfacción con la imagen corporal en

adultos jóvenes que en adolescentes (Bearman, Presnell, Martinez y Stice, 2006; Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2013).

Desde una perspectiva de investigación en estudiantes universitarios (adulto emergente) (Arnett, 2000; Barrera-Herrera y Vinet, 2017), mencionaremos algunos estudios que nos parecen pertinentes. Un estudio realizado en España por Míguez, De la Montaña, González y González (2011) en una muestra 145 universitarios, cuyo objetivo fue detectar posibles alteraciones de la conducta alimentaria mediante la autopercepción de su imagen corporal, encontró que más de la mitad de las mujeres y de los hombres que comprendió la muestra (55% de las mujeres, y el 63% de los hombres) se percibió de manera distinta respecto a los valores del índice de masa corporal (IMC), observándose que los hombres subestimaron su peso y las mujeres subestimaron y sobreestimaron su peso. Además, este estudio encontró que las mujeres que estaban más insatisfechas con su imagen corporal presentaron sobrepeso o bajo peso y las más preocupadas por adelgazar se encontraron en el límite superior del normopeso. En relación a los hombres, los que presentaron sobrepeso y obesidad fueron los más insatisfechos y los más obsesionados por adelgazar. En otro estudio desarrollado en el mismo país y dirigido por Soto et al. (2015), cuyo objetivo consistió en describir la percepción de la imagen corporal de 1162 estudiantes universitarios, se encontró que el 55,6% tuvo una percepción de imagen corporal que no se correspondía con los datos objetivos (IMC). El 9,7% de los hombres y el 58,1% de las mujeres sobreestimaron su IMC. Los autores también encontraron que un porcentaje importante de estudiantes presentaron alteraciones en la percepción de su imagen corporal, siendo estas más frecuentes en mujeres. Específicamente, encontraron que las mujeres tenían una mayor tendencia a sobreestimar su IMC en comparación con los hombres, cuya tendencia fue a subestimarlo.

En cuanto a las investigaciones realizadas en Chile, merece especial mención el estudio realizado por Mujica et al. (2009), con una muestra de 1007 sujetos, cuyo objetivo fue determinar la concordancia entre el estado nutricional y la autopercepción del estado de peso en adultos entre 18 y 74 años. Se obtuvo como resultado que el 73% de los sujetos tenían sobrepeso u obesidad y el 44% subestimó su estado nutricional. El 60% de los sujetos con un IMC entre 25 y 26 kg/m<sup>2</sup>, se percibieron a sí mismos como normales. Se observó una mayor subestimación en sujetos con obesidad, en individuos con sobrepeso, en hombres y en personas de 45 a 59 años. Este último grupo presentó un 70% más de riesgo de subestimar su estado nutricional al ser comparado con el grupo etario de 18 a 29 años. Los autores concluyeron que cerca de la mitad de la población estudiada tuvo una autopercepción errónea del peso, principalmente debido a la subestimación.

Más recientemente en nuestro país, Cruzat-Mandich et al. (2016, 2017) han investigado la imagen corporal y su insatisfacción en distintas muestras de jóvenes. En una muestra de 1438 adolescentes y jóvenes de los cuales el 68,3% tenía entre 18 y 25 años, las investigadoras encontraron que el 70% de las adolescentes y jóvenes de sexo femenino querían estar más delgadas, mostraban mayor preocu-

pación por el peso y presentaban mayores niveles de insatisfacción de la imagen corporal que sus pares masculinos (Cruzat et al., 2016). En otro estudio Cruzat et al. (2017a) en 376 jóvenes de 18 a 25 años con normopeso y malnutrición por exceso, encontraron que los jóvenes con sobrepeso/obesidad presentaron mayor insatisfacción con la imagen corporal ( $p < 0.001$ ), peor evaluación de su condición física ( $p < 0.05$ ) y mayor preocupación por el peso ( $p < 0.001$ ) que los jóvenes en el rango de normopeso respecto al IMC (Cruzat et al., 2017a).

En un estudio intercultural entre estudiantes universitarios chilenos y panameños, Durán et al. (2013) buscaron determinar la asociación entre el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal en una muestra de 792 estudiantes. Los resultados señalaron que el IMC percibido fue sobreestimado en el 60% de los chilenos. En cambio, en la muestra panameña la sobreestimación es inferior al 50%. En ambos países, solo un 20% de los sujetos se percibió como realmente son. En la muestra chilena, específicamente se encontró que existe concordancia entre el IMC y la imagen corporal en la mitad de los hombres chilenos y un tercio de las mujeres chilenas. Sin embargo, se observa una mejor concordancia en estudiantes con sobrepeso (69% en hombres; 90.5% en mujeres). En cambio, en los panameños, se observa una concordancia del 40% en hombres y del 19.9% en mujeres. En síntesis, en ambas muestras universitarias, los estudiantes en el rango de normopeso presentan una tendencia a la sobreestimación. Sin embargo, los estudiantes con obesidad tienden a subestimar su peso.

Debido a las características de prevalencia de desórdenes alimentarios y obesidad en Chile, destacamos los siguientes estudios, a modo de contextualizar con mayor precisión la información.

Por una parte, los estudios en general en muestras de personas jóvenes y adultas, la insatisfacción con la imagen corporal se encuentra entre los factores más relevantes que condicionan la ingesta de alimentos y el peso corporal (Cáceres, 2005; Fehrman-Rosas et al., 2016; Gismero González, 2020; Ramos, Rivera y Moreno, 2010; Ramos, Rivera, Pérez, Lara y Moreno, 2016; Williamson et al., 2000). De igual manera, puede conducir a prácticas alimentarias de riesgo (Treasure y Schmidt, 2013) y puede ser un factor predisponente y precipitante para el desarrollo de una distorsión de la imagen corporal, criterio diagnóstico y psicopatológico de trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos como la anorexia y la bulimia (5.ª Ed.; DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2013; Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003; Mölbert et al., 2017). En este sentido, la detección precoz de la insatisfacción de la imagen corporal y sus componentes, puede tener también un papel relevante en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, diversos estudios también muestran que la insatisfacción con la imagen corporal es mayor en personas con malnutrición por exceso (Cruzat-Mandich et al., 2017; Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez, 2010; Streeter, Milhausen y Buchholz, 2012). Tanto a nivel mundial como local, el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud de relevancia mundial (OMS, 2018; MINSAL, 2017a).

Específicamente, Chile hasta el año 2016 poseía el segundo lugar de malnutrición por exceso a nivel mundial, con un 34,4% de obesidad en población adulta (FAO, 2017). Es más, la última Encuesta Nacional de Salud mostró que el sobrepeso y la obesidad siguen en aumento a nivel nacional (MINSAL, 2017a), ello pese a la implementación de la Ley 20.606 (MINSAL, 2017b) y diversos programas como “elije vivir sano” que han intentado mitigar esta situación. Además en nuestro país, el número de cirugías bariátricas tanto en el sector privado como en el sector público ha ido aumentando año tras año (Csendes, 2015; Guzmán et al., 2013). No obstante, todas estas intervenciones no han tenido el impacto esperado en relación a frenar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, que sigue en aumento (Ugarte, Quiñones y Vicente, 2019).

El presente estudio tiene como propósito abordar la relación entre la imagen corporal y la insatisfacción con la imagen en relación al estado nutricional objetivo según IMC, el estado nutricional percibido y la concordancia entre ambos.

### **Objetivo**

El objetivo de este estudio fue describir el grado de insatisfacción con la imagen corporal entre hombres y mujeres, y su relación con el estado nutricional objetivo, el percibido y la concordancia entre estos, en estudiantes de Psicología de la Universidad San Sebastián.

### **Método**

Se realizó un estudio cuantitativo de alcance descriptivo-correlacional, mediante diseño no experimental sobre la base de una encuesta transversal. La muestra estuvo conformada por 120 estudiantes (44 hombres y 76 mujeres) de la carrera de Psicología de la Universidad San Sebastián, sede Concepción. Se incluyeron estudiantes de los cursos comprendidos entre 1° y 5° año, seleccionados en base a un muestreo no probabilístico por accesibilidad a la muestra.

Los criterios de inclusión fueron ser estudiante universitario mayor de 18 años y sin discapacidad visual. Y los de exclusión, presentar limitaciones senso-perceptivas (particularmente limitación visual) que impidiesen el desempeño en las pruebas.

Los participantes respondieron en forma auto-administrada un cuestionario que incluía datos sociodemográficos construido especialmente para esta investigación. Además, de las escalas “Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)”, y la subescala “Insatisfacción corporal” del “Eating Disorders Inventory en su versión 2 (EDI-2)”.

### **VARIABLES DE RESULTADO**

Estado nutricional objetivo: se determinó por medio del cálculo de IMC. Este índice se calculó dividiendo el peso por la talla al cuadrado ( $IMC = \text{peso en Kg} / \text{talla}^2$  en metros). De esta forma, el estado nutricional se clasificó según las normas de la Organización Mundial de la Salud como: bajo peso  $< 18.5 \text{ Kg/m}^2$ , normal 18.5 a 24.9

Kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso 25 a 29.9 Kg/m<sup>2</sup> y obesidad IMC  $\geq$  30 Kg/m<sup>2</sup>. Para el cálculo del IMC, se utilizó una balanza marca Seca 762, la cual es una báscula mecánica con fina graduación, con una capacidad máxima de 150 kg y un margen de error de  $\pm$ 50 gramos. La talla se midió con un estadímetro móvil marca Seca 217, mide hasta una talla de 205 cm, con un margen de error de  $\pm$  1 mm.

Estado nutricional percibido: Fue evaluado a partir de la autopercepción del estado nutricional de los estudiantes. Para consignar su autopercepción nutricional, en el dossier de instrumentos se les realizó la pregunta “¿Cómo se considera usted en relación a su estado nutricional?” cuyas alternativas de respuesta posibles eran “con bajo peso”, “con peso normal”, “con sobrepeso”, “con obesidad”.

Concordancia entre estado nutricional objetivo y percibido: En relación al grado de concordancia entre el estado nutricional objetivo y el subjetivo (auto-percepción) se distinguieron tres posibilidades según la propia clasificación del sujeto. Primero: se consideró subestimación de peso cuando se clasificó en una categoría de estado nutricional inferior a la correspondiente según el criterio clínico (IMC). Segundo: se estableció como sobrestimación del propio peso cuando se clasificó en una categoría mayor a la correspondiente. Tercero: se estableció como concordancia cuando se clasificó en la misma categoría de estado nutricional según criterio clínico.

### **Instrumentos psicométricos**

*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ):* Cuestionario que evalúa aspectos actitudinales respecto a la imagen corporal y actitudes respecto de la propia apariencia física. Fue creado por Brown, Cash y Mikulka (1990), para evaluar los componentes de: satisfacción con el aspecto de uno mismo, preocupación por la imagen corporal, autopercepción de la forma física, evaluación del propio estado de salud/enfermedad, intención de seguir un estilo de vida saludable, preocupación por el peso, auto clasificación respecto al peso y satisfacción con varias zonas del cuerpo. Es un cuestionario autoaplicado que consta de 69 ítems que aluden a distintas actitudes hacia la imagen corporal, se responde en formato Likert de cinco puntos donde 1 es “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”, según el grado en que se sienta identificado con el ítem. Su versión en español fue validada por Botella, Rivas y Benito (2009), y en Chile fue validada por Cruzat et al. (2017b). La versión al castellano (Botella et al., 2009) obtuvo índices de consistencia interna superiores a  $\alpha = 0.7$  para todas las subescalas. El análisis factorial de la validación chilena Cruzat et al. (2017b), informó una estructura de siete factores. Factor I (Orientación y evaluación de la actividad física), Factor II (Evaluación de la apariencia), Factor III (Preocupación por el peso), Factor IV (Orientación hacia la apariencia), Factor V (Orientación hacia la salud), Factor VI (Evaluación de enfermedad) y Factor VII (Orientación hacia la enfermedad). Y la consistencia interna de los factores fue de  $\alpha = 0.92$  para *orientación y evaluación de la actividad física* (Factor I),  $\alpha = 0.91$  para *evaluación de la apariencia* (Factor II),  $\alpha = 0.70$  para *preocupación por el peso* (Factor III),  $\alpha = 0.84$  para *orientación*

hacia la apariencia (Factor IV),  $\alpha = 0.74$  para orientación hacia la salud (Factor V),  $\alpha = 0.70$  para evaluación de enfermedad (Factor VI), y  $\alpha = 0.70$  para orientación hacia la enfermedad (Factor VII).

*Sub-escala Insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory* en su versión 2 (EDI-2): La escala EDI-2 fue creada por David Garner en 1983. Es una escala que mide síntomas psicológicos asociados comúnmente a la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios. En población Chilena fue adaptada por Urzúa, Castro, Lillo y Leal (2009). La escala actual de EDI-2 evalúa 11 subescalas a través de 91 ítems. Para la presente investigación solo se utilizó la subescala “insatisfacción corporal” compuesta por 9 ítems, con un formato de respuestas en una escala tipo Likert de seis puntos: “siempre”, “casi siempre”, “frecuentemente”, “en ocasiones”, “rara vez” o “nunca”. Esta sub-escala ha mostrado buenos índices de fiabilidad en población chilena ( $\alpha = 0.77$ ).

*Cuestionario sociodemográfico.* Se construyó un cuestionario *ad hoc* para la presente investigación. Este cuestionario consignó datos como sexo, edad, año de carrera y antecedentes mórbidos.

### Análisis estadísticos

Las variables fueron descritas según normalidad de acuerdo al test de Shapiro Wilk. Se utilizó la prueba *t* de Student para estudiar la relación entre el sexo y la imagen corporal e insatisfacción con la imagen corporal. Para evaluar si los estudiantes presentaban diferencias en la insatisfacción con la imagen corporal según el grado de concordancia con su estado nutricional objetivo (concuerta, subestima, sobreestima) se utilizó ANOVA de un factor. Para evaluar la asociación entre las variables numéricas se utilizó el coeficiente de Pearson. Por último, para analizar la relación entre el género y el grado de concordancia se utilizó la prueba Chi Cuadrado.

*Consideraciones éticas:* Todos los participantes firmaron un Consentimiento Informado. Además, para esta investigación se realizó una revisión de los principales protocolos de principios éticos para la investigación en humanos, Declaración de Helsinkin en español 2013, Código de Núremberg y Normas de buenas prácticas clínicas (BPC), tanto en la recolección y codificación de los datos para el resguardo de la información de acuerdo a los requerimientos de ética correspondientes.

### Resultados

De la muestra un 37.2% ( $n = 44$ ) eran hombres y un 62.8% ( $n = 76$ ) mujeres. El promedio de edad fue de 21.4 años ( $DE = 2$ ), con un mínimo de 18 años y un máximo de 28 años.

El IMC promedio fue de 24.6 kg/m<sup>2</sup> ( $DE = 4.3$ ), con un mínimo de 17.4 kg/m<sup>2</sup> y un máximo de 44.9 kg/m<sup>2</sup>. En cuanto al sexo, se encontró que el promedio de IMC en hombres fue un 25.1 kg/m<sup>2</sup> y en mujeres 24.4 kg/m<sup>2</sup>.

En cuanto al estado nutricional objetivo un 60.8% de la muestra se clasificó

según su IMC en la categoría normopeso, un 27.5% en sobrepeso y un 11.7% en obesidad. Respecto al estado nutricional percibido, el 51.7% de los participantes se autoclasificó en una categoría de “con normopeso”, un 41.7% en “con sobrepeso” y un 6.6% en la categoría “con obesidad”. El detalle de la distribución por sexo se muestra en la Tabla 1.

En otro orden de cosas, el análisis de fiabilidad de los instrumentos para este estudio, indican un alfa de cronbach de  $\alpha = 0.83$  para la subescala de insatisfacción de imagen corporal del EDI-2. El alfa de Cronbach para los factores de la escala *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*, fue de  $\alpha = 0.91$  para el Factor I (Orientación y evaluación de la actividad física) y II (Evaluación de la apariencia),  $\alpha = 0.66$  para el Factor III (Preocupación por el peso),  $\alpha = 0.82$  para el Factor IV (Orientación hacia la apariencia),  $\alpha = 0.74$  para el Factor V (Orientación hacia la salud),  $\alpha = 0.71$  para el Factor VI (Evaluación de enfermedad), y  $\alpha = 0.51$  para el Factor VII (Orientación hacia la enfermedad).

Tabla 1. Distribución por sexo en estado nutricional objetivo y percibido.

Sexo	Estado nutricional objetivo			Estado nutricional autopercibido		
	Normopeso n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad n (%)	Normopeso n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad n (%)
Hombre	24 (54.5%)	14 (31.8%)	6 (13.6%)	27 (61.4%)	16 (36.4%)	1 (2.3%)
Mujer	49(64.5%)	19(25%)	8(10.5%)	35 (46.1%)	34 (44.7%)	7(9.2%)

Los análisis no muestran diferencias significativas entre el género y el estado nutricional objetivo ( $X^2 = 1.15$ ;  $p = 0.5$ ) y autopercibido ( $X^2 = 3.74$ ;  $p = 0.15$ ) cuando se analizan de forma diferencial.

Ahora bien, en relación al grado de concordancia entre el estado nutricional objetivo y autopercibido se encontró que el 69.2% ( $n = 83$ ) de los participantes se clasificó correctamente en su estado nutricional objetivo. Mientras que el 17,5% ( $n = 21$ ) sobreestimó su estado nutricional y el 13.3% ( $n = 16$ ) lo subestimó. De los 16 estudiantes que subestimaron su peso, el 62.5% ( $n = 10$ ) correspondió al sexo masculino. Mientras que de los 21 estudiantes que sobrestimaron su peso, el 90.5% ( $n = 19$ ) fueron de sexo femenino. Estas diferencias entre el grado de concordancia y el sexo fueron significativas ( $X^2 = 11.39$ ;  $p = 0.003$ ) y se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Grado de concordancia entre IMC objetivo y autopercibido y sexo.

Sexo	Grado de concordancia		
	Subestima n (%)	Concuera n (%)	Sobrestima n (%)
Hombre	10 (62.5%)	32 (38.6%)	2 (9.5%)
Mujer	6 (37.5%)	51 (61.4%)	19 (90.5%)
Total	16 (100%)	83 (100%)	21 (100%)

Respecto a la relación entre el sexo, imagen corporal e insatisfacción con la imagen corporal, se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres solo en los factores del MBSRQ “orientación y evaluación de la actividad física”, factor en que los hombres presentaron una media significativamente mayor ( $M = 56.2$ ;  $DE = 17.3$  versus  $M = 45.2$ ;  $DE = 12.7$ ;  $t = 4$ ;  $p < 0.001$ ), y “Orientación hacia la apariencia”, factor en el que la media de las mujeres es significativamente mayor ( $p < 0.05$ ). El tamaño del efecto fue de 0.72 (gran efecto) para el Factor I, y de 0.39 (efecto pequeño) para el Factor IV (Cohen, 1988) (véase tabla 3).

Tabla 3. Relación entre sexo, imagen corporal e insatisfacción con imagen corporal.

Variable	Hombre M (DE)	Mujer M (DE)	t	Cohen's d
Factor I (Orientación y evaluación de la actividad física)	56.2 (17.3)	45.2(12.7)	4***	0.72
Factor II (Evaluación de la apariencia)	44.7(15.8)	42.8(12.4)	0.73	-
Factor III (Preocupación por el peso)	11.16(4.9)	12.3(4.3)	-1.33	-
Factor IV (Orientación hacia la apariencia)	45.9(12.8)	50.0(8)	-2.16*	0.39
Factor V (Orientación hacia la salud)	24.1(8.6)	24.0(5.4)	0.05	-
Factor VI (Evaluación de enfermedad)	11.1(6)	12.6(4)	-1.6	-
Factor VII (Orientación hacia la enfermedad)	18.6(6.3)	17.3(4)	1.4	-
Sub-escala EDI-2 Insatisfacción con imagen corporal	21.4 (12.2)	12.2 (10.2)	-1.24	-

Nota. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ .

A continuación, el análisis de correlaciones mostró una asociación directa y significativa entre el IMC de los estudiantes y la insatisfacción de la imagen corporal, evaluada a través de la sub-escala del EDI-2 ( $r = 0.45$ ;  $p < 0.001$ ). Es decir, a mayor IMC mayores niveles de insatisfacción con la imagen corporal.

En cuanto a la asociación del IMC con las subescalas del MBSRQ, las correlaciones mostraron asociaciones significativas solo en los factores II y III. Se observó una asociación inversa entre el factor II (evaluación de la apariencia) y el IMC ( $r = -0.3$ ;  $p = 0.001$ ), y una asociación directa entre el IMC y el factor III (preocupación por el peso) ( $r = 0.38$ ;  $p < 0.001$ ). Por lo que a mayor IMC se observa una menor evaluación positiva de la apariencia y mayor preocupación por el peso.

En último lugar, se evaluaron las diferencias en imagen corporal e insatisfacción con la imagen corporal, según grado de concordancia con estado nutricional. En este caso se encontraron diferencias significativas en dos factores del MBSRQ, Factor III (preocupación por el peso) ( $F = 13.37$ ;  $p < 0.001$ ) y Factor IV (orientación hacia la apariencia) ( $F = 9.22$ ;  $p < 0.001$ ). En el factor VI (evaluación de enfermedad) las diferencias estuvieron cercanas a la significancia ( $F = 2.94$ ;  $p = 0.057$ ). Además, se encontraron diferencias en la insatisfacción de la imagen corporal ( $F = 7.24$ ;  $p$

< 0.001) (véase tabla 4).

Tabla 4. *Relación entre imagen corporal e insatisfacción con el grado de concordancia entre IMC objetivo y autopercibido.*

Variable	Subestima M(DE)	Concuerda M(DE)	Sobreestima M(DE)	F
Factor I (Orientación y evaluación de la actividad física)	50.7(12.8)	48.5(12.8)	46.8(13.8)	0.42
Factor II (Evaluación de la apariencia)	41(9.45)	43.9(11.5)	39.7(13.1)	1.32
Factor III (Preocupación por el peso)	12(2.4)	10.7(2.9)	15.2(5.5)	13.37***
Factor IV (Orientación hacia la apariencia)	47.5(8)	46.4(7.99)	54.3 (5.7)	9.22***
Factor V (Orientación hacia la salud)	23.8(6)	23.5(5.2)	24 (4.4)	0.068
Factor VI (Evaluación de enfermedad)	11.7(6)	11.4(4.1)	14.1(2.9)	2.94
Factor VII (Orientación hacia la enfermedad)	17.2(3.5)	17.6(3.9)	17.2(3.8)	0.11
Insatisfacción con imagen corporal (EDI-2)	22.7(8)	20.8(9.4)	29.4(9)	7.24**

Nota. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ .

Para analizar entre qué grupos específicamente se presentan las diferencias significativas, se realizó un análisis *post hoc* mediante la prueba Bonferroni. Los resultados mostraron que los estudiantes que sobrestimaron su estado nutricional presentaron mayores niveles de preocupación por el peso (diferencia de medias = 3.17;  $DE = 1.22$ ;  $p < 0.05$ ) y mayor orientación hacia la apariencia (diferencia de medias = 6.8;  $DE = 2.5$ ;  $p < 0.05$ ) que los que subestimaron su peso. También, los estudiantes que sobreestimaron su peso presentaron mayores niveles de preocupación por el peso (diferencia de medias = 4.4;  $DE = 0.87$ ;  $p < 0.001$ ) y mayor orientación hacia la apariencia que los que acertaron en su autopercepción (diferencia de medias = 7.97;  $DE = 1.8$ ;  $p < 0.001$ ). Finalmente, la insatisfacción con la imagen corporal fue significativamente mayor solo entre las personas que sobreestimaron su estado nutricional versus los que se autodefinieron correctamente (Diferencia de medias = 8.6;  $DE = 2.2$ ;  $p = 0.001$ ).

## Discusión

La presente investigación tuvo por objeto describir el grado de insatisfacción con la imagen corporal en hombres y mujeres y su relación con el estado nutricional objetivo, el percibido y la concordancia entre ambos en estudiantes universitarios.

Los resultados encontrados se discuten a continuación:

En primer lugar, se debe destacar que un 38.7% de la muestra presentó un IMC correspondiente a sobrepeso u obesidad. Este porcentaje de estudiantes con malnutrición por exceso confirma que las prevalencias del sobrepeso y la obesidad en estudiantes universitarios son elevadas (Durán, Valdés, Godoy y Herrera, 2014).

En segundo lugar, en cuanto a la autopercepción del estado nutricional, se encontró que casi un 70% de los participantes se autopercibió correctamente. Este

resultado encontrado en nuestra investigación, no concuerda con los porcentajes reportados en los estudios revisados (Durán et al., 2013; Mujica et al., 2008), los que reportan una autopercepción no concordante en población universitaria. específicamente el estudio de Durán et al. (2013) encontró mayores niveles de sobreestimación. Este hallazgo puede explicarse en función de la forma en que se consignó dicha información. Ello debido a que no se utilizó imágenes de modelos anatómicos para dicho fin, sino más bien se consignó a través de una pregunta y respuesta escrita.

Ahora bien, el 25.7% de la muestra que presentó un IMC menor a 25 sobreestimó su estado nutricional. Mientras que un 21.2% y un 64.3% de los estudiantes con IMC de sobrepeso u obesidad, lo subestimaron. Este resultado, sí concuerda con las investigaciones realizadas por Durán et al. (2013) respecto a la tendencia de las personas con normopeso a sobreestimar su estado nutricional, y la tendencia a la subestimación de los grupos con obesidad y sobrepeso (Mujica et al., 2008).

En tercer lugar, en relación a la asociación entre imagen corporal y sexo, nuestros resultados muestran que los hombres presentaron mayores puntuaciones en el área de la evaluación de la actividad física y las mujeres mostraron una mayor orientación hacia la apariencia. Esto fue coherente con los estudios que señalan que los hombres están más preocupados por el desarrollo muscular y las mujeres por la delgadez (Cruzat-Mandich et al., 2016; Tiggemann, Martins y Churchett, 2008).

En cuanto a la satisfacción con la imagen corporal, se observó que a mayor IMC mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor preocupación por el peso y una peor evaluación de la apariencia física. Este resultado es concordante con las investigaciones en el área, que evidencian que las personas con un mayor IMC presentan mayores niveles de insatisfacción en estas tres áreas (Cruzat-Mandich et al., 2017; Trejo et al., 2010; Streeter et al., 2012).

También los resultados obtenidos muestran que, los estudiantes que sobreestimaron su estado nutricional presentaron mayores niveles de preocupación por el peso, mayor orientación y preocupación por la apariencia y mayor insatisfacción con la imagen corporal que los estudiantes que se autopercebieron correctamente o subestimaron su estado nutricional. Este resultado es coherente y esperable de acuerdo a la literatura (Cruzat-Mandich et al., 2017; Trejo et al., 2010; Streeter et al., 2012). El estudiante al autopercebir su estado nutricional de forma sobreestimada, visualiza que su volumen corporal se distancia en mayor medida del ideal estético cultural, lo que incrementa la insatisfacción. La insatisfacción por tanto, en estos casos es independiente del estado nutricional real (IMC). Ello podría generar el deseo una silueta más delgada a la percibida (Díaz et al., 2019), y en consecuencia desencadenar conductas alimentarias no saludables y eventualmente un trastorno de la conducta alimentaria (Cruzat-Mandich et al., 2017; Díaz et al., 2019).

Para concluir, nuestros resultados en población universitaria, indican que la insatisfacción corporal está más relacionada con la percepción subjetiva del peso que con el peso objetivo. Nuestra interpretación es que la imagen corporal

percibida es más relevante en función de la imposición del modelo estético, excesivamente delgado en las mujeres y musculoso para los hombres, que es propio de las sociedades occidentales (Craig, Swinburn, Matenga-Smith, T., Matangi, y Vaughn, 1996; Craig, Halavatau, Comino y Catterson, 1999). Esto lleva a que la configuración y representación corporal se vea muy influida por estos estándares culturales, generando frustración e insatisfacción con la imagen corporal cuando no se ha alcanzado dicho estándar. Esto es un aspecto a tomar en consideración en salud pública, puesto que esta insatisfacción con la imagen corporal puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria alimentaria (Cruzat-Mandich et al., 2017; Díaz et al., 2019).

### Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio fueron el tipo de muestreo, el tamaño muestral pequeño y una muestra predominante de mujeres.

### Líneas futuras de investigación

Se sugiere realizar estudios aleatorios con muestras más grandes, de distintas carreras, que permita generalizar los resultados al grupo de edad. Asimismo, evaluar la presencia y relación entre los constructos evaluados y los síntomas de trastornos alimentarios en este tipo de población.

### Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (5ª ed.). Washington, DC: APA.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades Cuadernos del Marqués de San Adrian*, 2, 53-72. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/135873>
- Barrera, A. y Vinet, E. (2017). Adultez Emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 35(1), 47-56. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E. y Stice E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 229-241. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9010-9>
- Beato-Fernández, L. y Rodríguez-Cano, T. (2020). Identidad y Proceso Emocional de Cambio en los Trastornos del Comportamiento Alimentario [Identity and Emotional Process of Change in Eating Disorders]. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 17-31. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.333>
- Botella, L., Ribas, E. y Benito, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(3), 253-264. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775006.pdf>
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.09.001>
- Cáceres, J. J. (2005). La incidencia de la preocupación por la imagen corporal e las elecciones alimentarias de los jóvenes. *Zainak Cuadernos de Antropología-Etnografía*, 27, 165-77. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/11499086.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image, 1*(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders, 22*(2), 107–126. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2%3C107::AID-EAT1%3E3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2%3C107::AID-EAT1%3E3.0.CO;2-J)
- Cash, T. F. y Smolak, L. (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2ª ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Contreras, O. R., Gil-Madróna, P., García-López, L. M., Fernández-Bustos, J. G. y Pastor-Vicedo, J. C. (2012). Incidencia de un programa de Educación Física en la percepción de la propia imagen corporal. *Revista de Educación, 357*, 281-303. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-357-061>
- Craig, P., Halavatau, V., Comino, E. y Caterson, I. (1999). Perception of body side in the Tongan community: differences from and similarities to an Australian sample. *International Journal of Obesity, 23*(12), 1288–1294. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801069>
- Craig, P. L., Swinburn, B. A., Matenga-Smith, T., Matangi, H. y Vaughn, G. (1996). Do Polynesians still believe that big is beautiful? Comparison of body size perceptions and preferences of Cook Islands, Maori and Australians. *The New Zealand medical journal, 109*(1023), 200-203.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P., Aravena Winkler, M. y Haemmerli Delucchi, C. (2017a). Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria, 34*(4), 847-855. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.824>
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P. y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista Médica de Chile, 144*(6), 743-750. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600008>
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Pérez-Villalobos, C., Lizana, P., Moore, C., Simpson, S. y Oda-Montecinos, C. (2017b). Factor structure and reliability of the Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire in Chilean youth. *Eating and weight disorders, 24*(2), 339-350. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0411-z>
- Csendes, A. (2015). Número total de operaciones de patología digestiva alta en Chile año 2011. *Revista Chilena de Cirugía, 67*(1), 61-64. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000100010>
- Díaz, M. C., Bilbao, G. M., Unikel, C., Muñoz, A., Escalante, E. I., y Parra, A. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista mexicana de trastornos alimentarios, 10*(1), 53-65. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trastornos/mta-2019/mta191f.pdf>
- Durán, S., Rodríguez, M., Record, J., Barra, R., Olivares, R., Tapia, A., ... Neira, A. (2013). Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Revista Chilena de Nutrición, 40*(1), 26-32. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000100004>
- Durán, S., Valdés, P., Godoy, A. y Herrera, T. (2014). Hábitos alimentarios y condición física en estudiantes de pedagogía en educación física. *Revista Chilena de Nutrición, 41*(3), 251-259. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000300004>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2018, Octubre 15). Día Mundial de la Alimentación: Chile es el segundo país OCDE con la tasa más alta de obesidad. *FAO*. Recuperado de: <http://www.fao.org/chile/noticias/detail-events/es/c/1157509/>
- Fehrman-Rosas, P., Delgado-Sánchez, C., Fuentes-Fuentes, J., Hidalgo-Fernández, A., Quintana-Muñoz, C., Yunge-Hidalgo, W., ... Durán-Agüero, S. (2016). Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética. *Nutrición Hospitalaria, 33*(3), 649-654. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.274>
- Guzmán, S., Manrique, M., Raddatz, A., Nonero, E., Salinas, J., Achurra, P., ... Ibáñez, L. (2013). Experiencia de 18 años de cirugía de obesidad en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Med Chile, 141*(5), 553-561. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000500001>
- Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención [Psychosocial risk factors for Eating Disorders: a review and some considerations for prevention and intervention]. *Revista de Psicoterapia, 31*(115), 33-47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. C. (2015). Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención [Body image: Mediating dimensions in psychopathology and types of intervention]. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*(2), 129-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.004>

- Ministerio de Salud. (MINSAL, 2017a). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados*. Recuperado de: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSAL, 2017b). *Políticas públicas para combatir la obesidad en Chile: Ley 20.606 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad*. Santiago de Chile, Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Míguez, M., De la Montaña, J., González, J. y González, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479. <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.3.4604>
- Mölbart, S. C., Klein, L., Thaler, A., Mohler, B. J., Brozzo, C., Martus, P. y Giel, K. E. (2017). Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 57, 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.005>
- Mujica, V., Leiva, E., Rojas, E., Díaz, N., Icaza, G. y Palomo, I. (2009). Discordancia en autopercepción de peso en población adulta de Talca. *Revista Médica de Chile*, 137, 76-82. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100011>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *10 datos sobre la Obesidad*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Pallan, M. J., Hiam, L. C., Duda, J. L. y Adab, P. (2011). Body image, body dissatisfaction and weight status in South Asian children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11, 21. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-21>
- Pruzinsky T. y Cash, T. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: Development, Deviance and Change* (pp. 337-349). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Ramos, P., Rivera, F. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3699.pdf>
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L. y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología*, 9(1), 42-50. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1409>
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González-Arratía, N. I. y Unikel-Santocini, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33(4), 325-32.
- Rudiger, J. A. y Winstead, B. A. (2013). Body talk and body-related co-rumination: associations with body image, eating attitudes, and psychological adjustment. *Body Image*, 10(4), 462-471. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.010>
- Slade, P. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Soto, M., Marín, B., Aguinaga, I., Guillén-Grima, F., Serrano, I., Canga, N., Hermoso de Mendoza, J., ... Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2275. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.7418>
- Streeter, V. M., Milhausen, R. R. y Buchholz, A. C. (2012). Body image, body mass index, and body composition in young adults. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 73(2), 78-83. <https://doi.org/10.3148/73.2.2012.78>
- Tiggemann, M., Martins, Y. y Churchett, L. (2008). Beyond muscles: unexplored parts for men's body image. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1163-72. <https://doi.org/10.1177/1359105308095971>
- Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
- Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. E. y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 144-54. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf07310.pdf>
- Tremblay, L., Lovsin, T., Zecevic, C. y Larivière, M. (2011). Perceptions of self in 3-5-year-old children: A preliminary investigation into the early emergence of body dissatisfaction. *Body Image*, 8(3), 287-92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.004>

- Van-der Hofstadt, C. J., Moncho, E., López, J. L., Abellán, C., Pérez, E., Tirado, S. y Rodríguez-Marín, J. (2012). Medida de la satisfacción del paciente e identificación de oportunidades de mejora en la preparación de pacientes de cirugía bariátrica. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(5), 255-261. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.01.003>
- Ugarte, C., Quiñones, A. y Vicente, B. (2019). Predictores psicológicos de la re-ganancia del peso en pacientes bariátricos [Psychological predictors of the regain of weight in bariatric patients]. *Terapia Psicológica*, 37(3), 199-209. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300199>
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años [Evaluation of Eating Disorders: Psychometric Properties of EDI-2 in Students 13 to 18 Years Old]. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1063-1073. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400002>
- Wertheim, E. H. y Paxton, S. J. (2011). Body image development in adolescent girls. En T. F., Cash y L. Smolak (Eds), *A Handbook of Science, Practice and Prevention* (pp. 76–84). Londres, Reino Unido: The Guilford Press.
- Williamson, D., Womble, L., Zucker, N., Reas, D., White M., Blouin, D. y Greenway, F. (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(10), 1326-1332. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801363>

# EL APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

## ATTACHMENT AND CLINICAL PSYCHOLOGY DURING COVID-19 PANDEMIC CLINIC PRACTICE DURING A PANDEMIC

**Lorena Velayos Jiménez**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3238-7620>

**Diego Sánchez Ruiz**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-4967>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Velayos Jiménez, L. y Sánchez Ruiz, D. (2020). El Apego en la Práctica Clínica durante la Pandemia COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 295-309. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.391>

### Resumen

*El virus que causa enfermedad por COVID-19 ha sido catalogado como una pandemia mundial en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ha supuesto la activación del Estado de Alarma en muchos países, entre ellos España. Este Estado ha llevado a las personas a un confinamiento en el domicilio y reducción del contacto físico con los otros. Esto implica importantes cambios socioeconómicos e interpersonales. La Teoría del Apego puede dar claves para analizar estos cambios en las relaciones interpersonales. El objetivo es revisar la Teoría del Apego para estudiar desde este marco teórico los cambios interpersonales durante la pandemia, especialmente en la relación psicoterapéutica. Se reflexiona sobre las características del apego durante la crisis de la COVID-19, el efecto en la activación de conductas exploratorias y en la construcción de la identidad personal. Se examinan los cambios en el entorno psicoterapéutico durante el virus y sus consecuencias en la práctica de la Psicología Clínica. Finalmente, se reflexiona sobre la intervención en crisis y las posibles adaptaciones del espacio psicoterapéutico para trabajar en beneficio del paciente.*

**Palabras clave:** Apego, Coronavirus, Psicología Clínica, Psicoterapia, Intervención en Crisis.

### Abstract

*The virus that causes COVID-19 disease has been designed as a global pandemic in March 2020 by the World Health Organization (WHO). It has led to the activation of the Alarm State in many countries, including Spain. This state has managed people to confinement at home and cut off physical contact with the others. This implies important socioeconomic and interpersonal changes. Attachment Theory can provide clues to analyze these changes on interpersonal relationships. The aim is to review the Attachment Theory to analyze from this theoretical framework the interpersonal changes during the pandemic, especially on the psychotherapeutic relationship. It intends to think about the characteristics of attachment during the COVID-19 crisis, the effect on the activation of exploratory behaviors and the construction of personal identity. Changes in the therapeutic space during the virus and its consequences in the practice of Clinical Psychology are analyzed. Finally, crisis intervention and possible adaptations of the psychotherapeutic space to work for the benefit of the patient are reflected on.*

**Keywords:** Attachment, Coronavirus, Clinical Psychology, Psychotherapy, Crisis Intervention.

Fecha de recepción v1: 10-5-2020. Fecha de recepción v2: 9-6-2020. Fecha de aceptación: 14-6-2020

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [lorenavelayosj@gmail.com](mailto:lorenavelayosj@gmail.com)

Dirección postal: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Carretera Alcalá-Meco, s/n, Alcalá de Henares, Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a), los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. El coronavirus que se ha descubierto más recientemente (SARS-CoV-2) causa enfermedad por COVID-19. Fue catalogado oficialmente por la OMS como una pandemia el 11 de marzo de 2020 (OMS, 2020b). Se trata de una enfermedad infecciosa respiratoria no conocida con anterioridad que puede ir desde el resfriado común hasta manifestaciones más graves, incluyendo la muerte. Se notificó por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019. En el día de hoy (6 de mayo de 2020), está presente en más de 185 países en todo el mundo, se han notificado al menos 3.525.116 casos y 243.540 fallecidos, según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS, 2020).

Cualquier persona puede contraer el virus SARS-CoV-2 y desarrollar la enfermedad COVID-19, si bien existen factores de riesgo como padecer una enfermedad médica previa (hipertensión, diabetes...). Las manifestaciones principales del virus son fiebre, tos y disnea, si bien a veces cursa con molestias gástricas o alteraciones dermatológicas. Se trata de una enfermedad muy variable en cuanto al curso y pronóstico, por lo que aún se investiga para obtener más información acerca del modo de propagación y el tratamiento del virus, no existiendo aún una vacuna.

La forma de transmisión es mediante el contacto de una persona infectada con otra. Incluso las personas con síntomas muy leves de COVID-19 pueden transmitir el virus. Esto ha supuesto que las autoridades sanitarias hayan recomendado el aislamiento en los domicilios y evitar el contacto humano mediante el uso de guantes, mascarillas y una distancia de seguridad de al menos un metro, incluso en miembros de una misma familia.

En algunos países se ha establecido el Estado de Alarma para ralentizar el crecimiento exponencial de la curva de contagiados, que ha saturado el sistema sanitario. Esto ha ocurrido en España el 14 de marzo, mediante el RD 463/2020. Ha supuesto el inicio de un confinamiento hasta el 2 de mayo, momento en que se ha iniciado una fase de desescalada progresiva. El aislamiento domiciliario ha implicado que algunas personas se hayan separado de sus familiares y amigos. En algunos casos, incluso conviviendo en el mismo domicilio, ha sido necesario mantener aislamiento en la habitación.

Si bien existen precedentes anteriores a esta situación en relación con la crisis del Ébola o del SIDA, en ninguno de esos casos supuso una afectación socioeconómica e interpersonal como la involucrada en esta ocasión. Osorio (2017) cita a Slaikeu (1996) para describir el término “crisis”, que destaca lo siguiente: estado temporal de trastorno y desorganización, incapacidad del individuo para abordar la situación con los métodos que solía emplear en la resolución de problemas; y potencial resultado radicalmente positivo o negativo. Se entendería la crisis como un momento en el que se pueden poner en marcha habilidades que estaban desactivadas anteriormente (personales, interpersonales, espirituales...).

La Teoría del Apego puede dar cuenta y explicar algunos cambios en las relaciones interpersonales durante la pandemia. El objetivo del artículo es analizar las circunstancias de la crisis de la COVID-19 bajo el marco teórico de la Teoría del Apego, haciendo hincapié en sus repercusiones interpersonales, especialmente con relación al vínculo psicoterapéutico.

## Marco Teórico

### *El apego*

Son muchos los estudios que han abordado el concepto de apego, sus características, su tipología o sus manifestaciones. Se podría definir este concepto como “el profundo vínculo que se establece desde el comienzo de la vida con las personas que nos cuidan y nos protegen” (Holmes y Slade, 2019). Los autores citados sostienen que “se activa en los momentos en los que una persona está perdida”, con dos objetivos principales: protegerse de amenazas externas, y gestionar la reacción ante estas amenazas. Esta pérdida que describen los autores podría constituir un estado de crisis.

La Teoría del Apego se desarrolló durante la década de 1940, tras los estudios realizados por el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby, quien hipotetizó el apego como una necesidad básica de conexión con los cuidadores (Holmes y Slade, 2019). Los objetivos iniciales de la Teoría fueron el diagnóstico y tratamiento de familias y pacientes con alteraciones emocionales, si bien posteriormente pasó a ser una teoría de la evolución y desarrollo de la personalidad (Bowlby, 1989).

Las conductas de apego son aquellas llevadas a cabo para facilitar la conexión con los cuidadores, en busca de protección, consuelo y apoyo. Bowlby (1989) sostenía que el hecho de que la madre esté inaccesible o al menos lo parezca es un factor que facilita que se activen estas conductas. Se van desarrollando a lo largo de los primeros meses de vida y continúan manteniendo su importancia durante la adolescencia y adultez, funcionando como mecanismos de defensa ante vivencias de angustia. Anteriormente, las conductas de apego en adolescentes y adultos eran categorizadas como dependencia y sobredependencia, respectivamente (Bowlby, 1989).

Parece difícil operativizar las manifestaciones de una conducta de apego. La Teoría del Apego sostiene que es necesario que haya dos partes: una persona que manifiesta una conducta de apego y otra que responde ante esta conducta de diferentes maneras. Esto es algo que se pone en juego en la relación psicoterapéutica, como se verá con más detalle en los siguientes apartados. La satisfacción de la necesidad de protección se relaciona con la proximidad, actitud de cuidado y de aceptación sin juicio, accesibilidad y transmisión de seguridad (Bowlby, 1989).

Frente a la seguridad que puede generar en una persona la satisfacción de una necesidad de apego, Fonagy y Allison (2014) sostienen que el humano nace con una “incredulidad natural acerca de acerca de la información que pudiese ser

contradictoria, engañosa, o dañina”, que denominan “vigilancia epistémica”, y que funcionaría como mecanismo protector o defensivo. Sostienen que para que una persona pueda confiar en otra y despliegue satisfactoriamente sus conductas de apego, necesita recibir señales sociocognitivas que le generen confianza por parte de la otra persona. Las denominan “señales ostensibles”. Estas traspasarían la protección que pretende la vigilancia epistémica innata y permitirían un mutuo intercambio de información entre dos partes, fomentando el apego seguro y la supervivencia de la especie. Estas señales facilitarían la confianza en el sí mismo, en los otros y en el ambiente.

Las señales ostensibles se pueden poner en marcha con la mirada, la escucha y el tacto, así como la alimentación. El olfato y el gusto también se ven implicados algunas veces (por ej. una manta suave que un agente dador de apego facilita a la persona, puede estar utilizando el tacto, la vista y el olfato para enviar señales ostensibles).

Cuando la angustia que sufre la persona que solicita protección es de baja intensidad, la vista o la escucha pueden conseguir desactivar las conductas de apego, pero se necesita pasar al tacto cuando la angustia es más intensa (Bowlby, 1989).

### **Sistema de Apego y Sistema Exploratorio**

Existen cuatro sistemas encargados de proteger y garantizar la supervivencia de una especie: el sistema de apego, el reproductor, el alimentario y el exploratorio (Bowlby, 1989).

Mary Ainsworth (1967) relacionó el sistema de apego con el exploratorio. Desarrolló un nuevo paradigma al que denominó Situación Extraña, para estudiar las manifestaciones de la conducta de apego. Concluyó la existencia de tres tipos de apego que darían información sobre la relación maternofilial: seguro, con padres rechazantes (posteriormente denominado evitativo), y ansioso/ambivalente (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978).

El apego seguro lo presentarían aquellos niños que durante el primer año de vida han recibido un cuidado sensible que les ha proporcionado una “base segura” desde la que explorar (Holmes y Slade, 2019). Un apego seguro facilita al niño abrirse a la experiencia con libertad, sintiéndose lo suficientemente protegido como para atreverse a contactar con situaciones nuevas. De este modo, se genera aprendizaje y se potencia la imaginación y creatividad, algo relacionado con el concepto de “espacio transicional” de Winnicott (1972).

La base segura puede estar forjada sobre un vínculo real o imaginario (Bowlby, 1989). En situaciones de trauma intenso, algunas personas se distancian o incluso pierden las principales figuras de apego. Una forma de trabajar con ellas es poder crear en imaginación un tipo de vinculación segura que le permita afrontar su angustia ante tal situación. El documental “Gaza: Psicodrama sin Fronteras” (2013) constituye un acercamiento a este tipo de trabajo. En la misma línea, Victor Frankl (1946) tenía en cuenta cierta influencia del imaginario en situaciones de trauma:

“nuestra mayor libertad humana es que, a pesar de nuestra situación física en la vida, siempre estamos libres de escoger nuestros pensamientos”.

Siguiendo a Ainsworth et al. (1978), los niños con apego evitativo perciben a sus padres como rechazantes, evasivos, de modo que tienden a estar inhibidos cerca de la figura de apego, con distancia emocional y sin conducta exploratoria activa. Los niños con apego ansioso son objeto de respuestas hiperactivadas ante sus conductas de apego, es decir, cuando solicitan el vínculo con la figura de apego, esta emite respuestas inconsistentes que influyen en que el niño explore con seguridad (Holmes y Slade, 2019).

### **El apego y su relación con la construcción de la identidad**

Stern, en 1985 refería que desde el momento del nacimiento el individuo muestra una capacidad embrionaria para establecer una interacción social y siente placer al hacerlo, algo que determina el estilo de apego.

Erickson (1968), principal autor en el estudio de la identidad, o conciben la construcción de la personalidad en relación con el otro desde el nacimiento. En la misma línea, desde la Teoría Psicodramática, Herranz (2012) indica que nos relacionaríamos con los otros en base a conductas que pueden aglutinarse en roles, diferentes con cada persona, que tienen que ver con el estilo de apego que tenemos. El conjunto de los roles de una persona contribuye a crear una identidad: “se es con los demás, y nos construimos y reconocemos con los demás” (Herranz, 2012).

Main estudió sobre el apego en adultos y descubrió pautas que reflejaban lo que Bowlby expresaba como *modelos operativos internos* (MOI), que se refieren a la representación del yo con respecto a los demás (citado en Holmes y Slade, 2019). Se trataría de representaciones que tienen que ver con las fantasías inconscientes del niño acerca de sí mismo (por ejemplo: “¿me responderá esa persona cuando le pida ayuda?”). Serían diferentes a las *representaciones de objeto internalizadas* a las que se refiere la Teoría de las Relaciones Objetales: forma en la que veo al otro y me relaciono con él, basadas en la experiencia real de la persona y no en el imaginario (Holmes y Slade, 2019). Los modelos operativos internos y las representaciones de objeto internalizadas tienen efecto sobre la conducta de apego e influyen en la construcción de la identidad de la persona.

Los modelos internos, las representaciones de objeto que hacemos de los otros y los roles que desarrollamos se van modulando con el tiempo. Continuamente se tienen que volver a diseñar, revalorar o desarrollar nuevas fórmulas de relación que cuestionan las anteriores (Sunyer, 2011). Este dinamismo determina nuestra identidad, que nunca se pierde, sino que se reconstruye y modula.

### **El apego en la práctica clínica**

Todo lo descrito en los apartados anteriores es importante porque la relación entre paciente y terapeuta constituye un vínculo sobre el que se establece una conducta de apego. Bowlby (1989) refiere que “el apego es ineludible en la relación

terapéutica, en la medida que sentirse vulnerable, necesitar protección y requerir ayuda de un congénere más capaz, definen al paciente que acude a consulta”. El estilo de apego preponderante en cada persona va a configurar la manera en la que esta se relaciona con su terapeuta.

Son muchos los autores que han estudiado el apego en la relación terapéutica. Entre los más recientes, Galán (2020) refiere que “la Teoría del Apego ha impulsado una forma específica de relacionarse con el paciente, donde la proximidad, la disponibilidad y el cuidado emocional comprometido son elementos fundamentales”.

Como ocurre con el resto de vínculos, la relación terapéutica se va modulando, transformando y cambiando. Crittenden (1990), en su estudio sobre los Modelos Operativos Internos, diferencia entre modelos “abiertos” (expuestos a nuevas interpretaciones y predicciones), y “cerrados” (se interpretan todas las conductas en términos del modelo existente). Sostiene que los modelos internos pueden ser “operativos” (posibilitan la modificación cognitiva de las respuestas), y “no operativos” (no permiten modulación cognitiva). En la psicoterapia se trabajará para facilitar modelos abiertos y operativos, que permitan adaptarse a los diferentes vínculos en los distintos momentos de cada relación, constituyéndose así conductas de apego que satisfagan en mayor medida las necesidades de protección y regulación emocional. Esta transformación requiere una atmósfera suficientemente segura para la persona, lo que permitirá un espacio de creación: un “espacio transicional” (Winnicott, 1972).

Holmes y Slade (2019) sostienen que la transformación de la relación entre paciente y terapeuta dependerá de la capacidad del terapeuta para mantener una postura con las siguientes cualidades: reguladora, tranquilizadora, sensible, sincrónica, mentalizadora y de aceptación radical. Asimismo, indican la importancia de la sociedad en el estilo de apego, ya que esta puede establecer mecanismos de poder y control, o bien puede promover un funcionamiento basado en la colaboración. Esta última forma de funcionar se relaciona con una mayor seguridad que permite a los individuos desarrollarse, evolucionar y transformarse.

### **Pandemia COVID – 19 y su relación con el Apego**

La COVID-19 supone un ataque externo, desconocido, que coloca a las personas en una situación nueva y peligrosa. Implica una amenaza para la vida y para poder realizar el trabajo sanitario en unas condiciones favorables, debido a la alta carga asistencial que ha supuesto el rápido crecimiento de la curva de contagios.

Si se entiende esta situación como el ataque de un agente externo, se podría hablar de un momento en el que potencialmente se activaría la conducta de apego de las personas. Este virus despierta la vulnerabilidad de todos los humanos, independientemente de la edad, la raza, el género... Todos podemos ser portadores, contagiar y ser contagiados, y el curso y pronóstico aún es incierto. A toda esta incertidumbre se le añade otra condición: el “depredador” es invisible.

Activar en este momento el mecanismo de defensa del apego, desarrollando

conductas en busca de cuidado, consuelo, protección y seguridad por parte del otro podría ayudar a regular la angustia, si bien se dan una serie de circunstancias que dificultan que se desarrolle una situación de apego seguro.

Es complicado diferenciar qué parte de una relación puede actuar como dador de apego seguro debido a la vulnerabilidad generalizada de toda la población. En otras catástrofes, suele haber personas que han estado más expuestas al agente externo que actúa como amenaza, que generalmente son las que ponen en marcha sus conductas de apego. Sin embargo, en el caso de la crisis por COVID-19, el peligro es impredecible, no localizable en un lugar puntual, invisible.

En el caso de la relación entre niño-adulto se espera que sea este último el que actúe como figura de apego, por su experiencia y mayor desarrollo del aparato psíquico. Sin embargo, algunos adultos han presentado una intensa angustia ante este confinamiento, aislamiento, temor a contagiar y a contagiarse, nostalgia y tristeza al no poder estar junto a sus seres queridos, en muchos casos acompañado de pérdidas y duelos importantes.

La necesidad de mantener distanciamiento físico, dentro y fuera del domicilio, conlleva que la figura de apego no siempre esté accesible y mucho menos próxima, algo necesario para que se maneje la angustia según la Teoría del Apego. Es más, según se explicó anteriormente, el hecho de que la figura de apego parezca o esté inaccesible activa en mayor medida la conducta de apego (Bowlby, 1989).

Dada la cualidad de situación nueva e incierta para todas las personas, en la mayoría de los casos las estrategias de regulación emocional implicadas en otros momentos ya no sirven. Los sistemas sensoriales que permiten interconectarnos con los otros (la mirada, el tacto, la escucha, el olfato, el gusto...) no están en las mismas condiciones durante la pandemia COVID-19 que antes de esta.

- Destaca el caso del tacto, dada la recomendación de no tocarse a uno mismo ni a los otros durante esta pandemia. La OMS recomienda reducir el contacto de las manos con la cara, los ojos, la nariz y la boca, que incrementaría el riesgo de contagio. Es necesario utilizar guantes y mascarillas protectoras cuando interactuamos con los otros (OMS, 2020a).
- La mirada no siempre está pudiendo estar presente. Se trata de uno de los indicadores más utilizados en los vínculos y relaciones. Las personas que viven separadas no siempre están pudiendo verse, y si lo hacen es a través de instrumentos digitales, que suponen un tercer elemento en la relación, que determina el vínculo que se establece. Cuando se mira a través de una herramienta digital, se ve una parte de la realidad (el foco al que se dirige la cámara) sin posibilidad de redirigirlo, puesto que el aparato que enfoca al otro es del otro. Esto puede afectar a la confianza de la relación.
- En cuanto a la escucha, es el sistema sensitivo que más información puede aportar en el momento de pandemia COVID-19. La mayor parte de las relaciones se están manteniendo a través de ella: llamadas de teléfono, conversaciones a través de las puertas o terrazas, videollamadas...

Si se complica la capacidad de establecer una relación con base segura, se va a activar en menor medida el Sistema Exploratorio. El confinamiento bajo el Estado de Alarma ha reducido la capacidad para explorar fuera del domicilio. Se han incrementado las vivencias a través de aparatos digitales. Dada la relación entre el Sistema de Apego y el Exploratorio, se ha establecido un funcionamiento de inhibición entre ellos, con influencia de uno sobre el otro: al sujeto se le queda reducido el espacio seguro desde el que ir explorando, aprendiendo, transformándose con la experiencia, mermando así su proceso de construcción de la identidad.

Ainsworth (1967), explicaba que la exploración del entorno incluye el juego y las diversas actividades con los compañeros. La reducción del espacio seguro desde el cual explorar ha sido especialmente relevante en el caso de los menores. Estos se encuentran en etapas donde el Sistema Exploratorio adquiere máxima relevancia. Acudir al colegio, o a cualquier otra entidad formativa, tiene como objetivo educar a la persona en relación a conocimientos teóricos, habilidades, pero también formar en valores y ofrecer, como describe Echevarría (2003), “un espacio de interacción, construcción y desarrollo de potencialidades necesarias para la comprensión del mundo, sus relaciones y sus posibles transformaciones”.

La mayor parte de los menores confinados han tenido relación con iguales que forman parte de la misma familia (hermanos), y el resto de vínculos con congéneres han sido digitales.

Como se señaló anteriormente, la personalidad se construye estableciendo distintas relaciones en diferentes contextos que, agrupadas en pequeños tipos de relación constituyen los roles o funciones de la persona, y por tanto su identidad. Los menores han dejado a un lado su rol como estudiante con las tareas de acudir a clase, relacionarse..., que ha sido sustituido por clases individuales en los domicilios a través de plataformas digitales. Del mismo modo se ha paralizado su rol en las distintas actividades extraescolares. Los adultos han pausado su rutina de trabajo, relaciones con amigos, aficiones para realizar en el tiempo libre en espacios exteriores... Esto implica que las rutinas diarias han cambiado de repente, lo que puede poner en entredicho la identidad de la persona: ¿quién soy yo si no puedo hacer todo lo que hacía antes del confinamiento? Se han desarrollado otros roles, transformado así, en algunos casos, la identidad.

Autores como Minuchin, 1986; Andolfi, 1993; Musitu, Buelga y Lila, 1994; y Rodrigo y Palacios, 1998 (citados en Espinal, Gimeno y González, 2004) describen la familia como “un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. La pandemia COVID-19 ha supuesto una redistribución de los sistemas familiares, con las diferentes consecuencias en cada casa en cuanto a las relaciones entre los miembros.

Al igual que con el resto de vínculos, el que se establece entre paciente y terapeuta también se ha visto afectado por la pandemia COVID-19. Los pacientes han dejado de poder asistir a sus psicoterapias presenciales, se han anulado los

grupos de psicoterapia en los centros de salud, y se han paralizado los procesos de evaluación solicitados por nuevos pacientes. Esto ha tenido repercusiones a muchos niveles. Algunas personas han tenido que detener su proceso de psicoterapia y otras han continuado a través de herramientas digitales. Por otra parte, han aparecido nuevas demandas en los servicios de Salud Mental en relación con la COVID-19: pacientes que se han contagiado con el virus, angustiados por los síntomas que les ocasiona, por contagiarlo, fallecimientos, duelos en las familias, sanitarios saturados y desbordados emocionalmente con culpa, miedo, ira, tristeza...

Todas las relaciones mencionadas se han caracterizado por la falta del contacto físico habitual hasta el inicio de la pandemia. Las personas que estaban en seguimientos psicoterapéuticos y han continuado con sus psicoterapias a través de herramientas telefónicas o digitales han visto introducido un elemento más en su espacio psicoterapéutico que determina la relación.

Muchas consultas cuentan únicamente con la escucha a través de un teléfono como herramienta principal a través de la cual intercambiar información, y en ocasiones la vista, en caso de las videollamadas. Cuando la angustia de la persona es muy intensa, como se revisó anteriormente, es necesario utilizar el tacto para ayudar a regular la emoción, algo que durante la pandemia no se ha podido hacer. Se trata de un momento en el que el nivel de angustia general es elevado, más aún en pacientes que ya contaban con un estado psíquico vulnerable antes de la pandemia.

La accesibilidad del psicoterapeuta tampoco ha sido fácil de mantener, dados los cambios administrativos y bajas, trabajo de servicios mínimos o la saturación del sistema sanitario.

En el caso de los grupos psicoterapéuticos, algunos mantenidos a través de un sostén digital, se han visto afectados por las interferencias de estas herramientas (por ejemplo, el “salir y entrar” en el grupo en función de la calidad de la conexión a internet que tuvieran). El formato virtual hace que se pierda la mayor parte de la información que se genera en un grupo: parte de la comunicación no verbal, el trabajo de interrelación con los otros, la espontaneidad del grupo, el compartir un espacio con otras personas... En este sentido, Watzlawick, Helmick, y Jackson (1985) diferencian entre comunicación digital (se refiere al contenido) y analógica (relativa a la relación: vocalizaciones, movimientos, signos de estado de ánimo...). Sería esta última la más afectada en la comunicación virtual.

Los pacientes en espera de su primera cita para realizar la valoración de inicio de tratamiento psicoterapéutico, han tenido que “posponer” su demanda. Generando esto un cambio en las expectativas previas a la psicoterapia, ahora asociadas a la incertidumbre de la situación.

En los sanitarios y, específicamente en el caso de los profesionales de la Salud Mental y de la Psicología Clínica en particular, a la angustia personal explicada por la amenaza vital que supone la COVID-19, se suma el hecho de no poder realizar un trabajo sanitario en las condiciones habituales. En algunos casos, se podría pensar que al no poder ver al paciente, una estrategia de manejo puede ser

medicalizar en mayor medida, como forma de obtener mayor sensación de seguridad (en el profesional más que en el paciente, en ocasiones). A este respecto, las guías de tratamiento en relación a la atención a la Salud Mental insisten en que la intervención de primera línea debe ser psicológica, minimizando en lo posible el uso de psicofármacos (NICE, 2014, 2018).

Es esperable pensar que los profesionales de la sanidad, como todas las personas, han desplegado sus mecanismos de defensa habituales, que les han servido en otras ocasiones y que quizá en este momento también, o no. Por ello, se debe estar atento y consciente a estas defensas, para cuidar la salud mental de los sanitarios. Yalom (2011) destacó el narcisismo como una de las defensas principales ante el miedo a la muerte, esto es, el distanciamiento de esta angustia y la creencia de que ese problema “no me va a pasar a mí...”. En ocasiones, los sanitarios han sido percibidos por los pacientes como “héroes o salvadores” ante la pandemia COVID-19. Esto ha podido fomentar en algunos casos el desempoderamiento de los pacientes y el aumento de la carga emocional en el profesional, algo que sería interesante investigar.

### **Adaptaciones de los Espacios Psicoterapéuticos**

El ser humano está diseñado para adaptarse a las distintas situaciones y circunstancias (Sunyer, 2020). Muchos han sido los cambios que se han dado a lo largo de la historia y en los diferentes proyectos vitales de cada persona (guerras, accidentes...). La reacción de cada persona ante una situación nueva y peligrosa va a depender, aparte del estilo de apego, de la naturaleza y gravedad del acontecimiento, de su experiencia con acontecimientos angustiantes anteriores, del apoyo de otras personas en su vida, su salud física, su historia personal y familiar de problemas de salud mental, su cultura y tradiciones, y su edad (OMS, 2012).

En tiempos de COVID-19, son significativos los cambios que se han llevado a cabo para poder adaptarse y mantener un trabajo psicoterapéutico y, por tanto, intentar mantener una relación de apego seguro con los pacientes. Dos de las atenciones que se van a destacar en este artículo son las atenciones telefónicas o por videollamada, y la primera ayuda psicológica.

Por una parte, la atención a los pacientes por teléfono o videollamada, permite cumplir con la premisa de no contacto contactando. Por una parte, puede suponer una dificultad para acceder a la persona, puesto que no siempre se responde o se tiene cerca el teléfono cuando llaman. Por otra parte, el teléfono permite acercarse a los otros con más protección que si se hiciera en persona. Da la oportunidad de contactar y darse a entender sin mostrarse. En ocasiones, el confinamiento ha facilitado la puesta en marcha de llamadas telefónicas entre personas que llevaban mucho tiempo sin contactar, funcionando como herramienta de acercamiento.

En relación con la Teoría del Apego, el paciente que pone en marcha una conducta de apego con su psicoterapeuta por medios digitales, va a tener que exponerse a la “vigilancia epistémica” que mencionaban Fonagy y Allison (2014), pero

con un distanciamiento físico con el otro. Esta distancia puede ser favorable en los pacientes que tengan la vivencia de mayor desconfianza cuando se encuentran en presencia de alguien, de manera que tienden a desplegar mecanismos defensivos evitativos. De forma digital, podrían percibir señales ostensibles en el psicoterapeuta que les permitirían superar esa vigilancia innata y desarrollar un apego seguro con el profesional. Como se ha revisado, este apego seguro les podría ayudar a explorar y a construir un relato de lo que está ocurriendo y cómo les está afectando. Esto sería favorable para permitir la integración de la vivencia durante la pandemia COVID-19 en el proyecto vital de la persona y en la construcción de su identidad.

Es inevitable que haya un cambio en las señales ostensibles que percibe el paciente por parte del psicoterapeuta en el formato digital en comparación con el presencial. Se podría contemplar un cambio de marco desde uno que interpreta peligro para el vínculo psicoterapéutico en una relación por teléfono a uno que ve una oportunidad de relacionarse diferente, pudiendo adaptar el funcionamiento de la psique de cada parte en beneficio de establecer un vínculo seguro.

Irvine et al. (2020), evidencian en una investigación que incluyó varios estudios, poca diferencia entre la atención psicoterapéutica por teléfono y la presencial en relación a la alianza terapéutica, la empatía, la atención y la participación. Comentan que las sesiones por teléfono en su análisis fueron significativamente más cortas que las realizadas en persona. Sin embargo, los propios autores señalan algunas limitaciones de su investigación: identificaron solo un pequeño número de estudios heterogéneos que en algunos casos no utilizaban medidas validadas para evaluar los constructos, y que utilizaban muestras no homogéneas (población clínica y no clínica) y no aleatorizadas, así como modalidades psicoterapéuticas diferentes.

Por otro lado, la primera ayuda psicológica (PAP) es “una respuesta humana, de apoyo, a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda” (El Proyecto Esfera, 2011; IASC, 2007, citados en OMS, 2012). Se ha destinado en algunas áreas sanitarias a los pacientes con COVID-19, familiares y sanitarios durante esta crisis. Abarca dos aspectos principales: proteger a los supervivientes de daños mayores (a veces, una persona muy angustiada puede adoptar decisiones que provocan mayor riesgo); y la contención emocional, proporcionando la oportunidad de que la persona hable sobre los hechos, pero sin ejercer presión. Cabe la posibilidad de informar a las personas angustiadas de su derecho a negarse a hablar de los hechos con profesional asistencial, periodistas, etc. (IASC, 2007).

La PAP no es un asesoramiento profesional, de hecho pueden hacerlo personas no profesionales de la Salud Mental, si bien es necesario estar formado en cómo realizarla (OMS, 2012). Es una alternativa al *debriefing* psicológico, que se ha probado no efectivo en situaciones de crisis (OMS, 2012; Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril y Sánchez-Reales, en prensa). Este promueve la ventilación emocional pidiendo a la persona que describa sistemáticamente la vivencia durante el acontecimiento traumático, mientras que la PAP implica mostrarse disponible para escuchar las historias de las personas, sin presionar (OMS, 2012).

La PAP incluye factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo y que están en relación con el desarrollo de un apego seguro: atmósfera de seguridad, conexión con otros, calma y esperanza; accesibilidad a apoyo social, físico y emocional; y sentimientos de capacidad de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades (OMS, 2012).

Muchos pacientes en seguimiento previo en Salud Mental o no, traerán a la sesión de psicoterapia su angustia ante la crisis de la COVID-19. Duque (2020) y OMS (2012) realizan algunas recomendaciones de intervención en crisis que van en consonancia con lo analizado en relación a la Teoría del Apego y que se discuten a continuación:

- Escuchar activamente: agudizar la escucha, sostener los silencios y leer sus significados, mantener actitud de disponibilidad y no de intervención. Es recomendable preguntar por las necesidades de la persona en ese momento, y utilizar la técnica del parafraseo (Duque, 2020). Esta actitud permite que el paciente pueda desplegar su estado mental del momento, y devolvérselo en forma de espejo mediante la paráfrasis, algo que puede ayudarle a recolocar el impacto emocional de la crisis y reajustarlo con sus modelos operativos internos y representaciones de objeto. El objetivo sería reencontrarse con un equilibrio psíquico de nuevo, que le permita sentir algo de control interno para afrontar el descontrol de fuera.
- Ayudar a tranquilizarse (OMS, 2012): es probable que los pacientes se encuentren intensamente angustiados, y es en estos momentos en los que se han de desplegar señales que permitan a la persona sentir una atmósfera de mayor seguridad y protección, esperanza, mostrar apoyo físico y emocional.
- Ser auténtico: mantener una conversación de humano a humano. Independientemente de los conocimientos que tengan los profesionales, la cercanía, accesibilidad y proximidad que ha demostrado favorecer el establecimiento de un vínculo seguro se apoya en una relación auténtica. Se puede, en ocasiones, realizar autorrevelaciones personales si se considera que puede ser útil para el paciente (Duque, 2020).
- Ayudar a resolver las necesidades básicas del momento (OMS, 2012): conectarle con seres queridos, informarle de qué ha pasado, contribuir a minimizar el malestar ocasionado por el ambiente en ese momento (luz, ruido...).
- Ayudar a cambiar de marco o estado mental. Duque (2020) sostiene que si bien es necesario sostener la angustia, escucharla y darle un espacio, también resulta relevante ayudar a la persona a contactar con otros aspectos del momento vital que le generen otras reacciones emocionales. Pone el ejemplo del cambio que se da generalmente en un abuelo angustiado por la crisis cuando se le habla de sus nietos. Este movimiento ayuda a tomar perspectiva y regular el impacto emocional. A veces, utilizar el humor

sirve para ayudar a cambiar de marco (Frankl, 1946).

- Ofrecer un espacio donde desplegar la creatividad (Duque, 2020) y la espontaneidad, donde reflexionar sobre lo que pasa y ayudar a generar una base segura interna. El trabajo psicoterapéutico con algunos pacientes en este momento implica utilizar dibujos, recursos musicales, o herramientas que tenga disponibles en el domicilio; que permiten desplegar un trabajo creativo que ayude a la persona a recolocar su sistema mental.
- Poner énfasis en aspectos que permiten retomar la sensación de control y poder sobre la vida: empoderar (Duque, 2020). Todas las personas tienen los recursos para adaptarse a situaciones de crisis, hay que ayudar a tomar conciencia de ellos. Comunicar sobre los roles que se mantienen en esa etapa de crisis, que construyen su identidad, su autenticidad, y sostener la integridad de la persona. Activar redes naturales de apoyo se ha mostrado implicado en la recuperación de la persona (Duque, 2020; OMS, 2012).
- Ayudar a reconfigurar el listado de prioridades de la persona y retomar su proyecto de vida (Duque, 2020).
- Minimizar en lo posible el uso de psicofármacos (NICE, 2014, 2018).

### Conclusiones

La enfermedad COVID-19 ha supuesto un cambio en las relaciones interpersonales a nivel mundial. La falta de contacto físico ha implicado replantearse la manera en la que las personas establecemos conductas de apego en busca de protección y seguridad. La angustia ante la muerte que supone la pandemia ha podido incrementar la puesta en marcha de estas conductas de apego. La pandemia ha planteado el reto de reconfigurar la percepción de las señales ostensibles que encontramos en los otros para establecer relaciones de apego seguro que permitan establecer intercambios comunicacionales interpersonales. Desde esa posición, se puede explorar el mundo y a uno mismo, contribuyendo así a construir las representaciones internas del yo y de los otros, que colaboran en mantener un equilibrio psíquico sobre una base segura. Esto tiene implicaciones en la construcción de un proyecto personal y de la identidad, fomentando la integración psíquica. La relación a través de medios digitales ha cobrado mucha importancia, influyendo en el tipo de relaciones actualmente.

Entre todas las relaciones interpersonales afectadas se encuentra la relación psicoterapéutica. Dados los cambios que se han generado en estas relaciones, en este artículo se contempla un cambio de marco desde uno que interpreta peligro para el vínculo psicoterapéutico en una relación digital a uno que ve una oportunidad de relacionarse diferente, pudiendo adaptarse al estilo de apego de cada persona para procurar establecer un vínculo seguro.

Como indican Inchausti et al. (en prensa), esta crisis sociosanitaria brinda múltiples oportunidades para aprender y mejorar. Los autores destacan la importancia de reforzar los sistemas públicos de salud y la capacitación en materia de atención

psicológica en emergencias, la apertura de nuevos campos de investigación y la importancia de la unidad social ante futuras crisis similares.

Entre los retos que se presentan a continuación en el campo de la Psicología Clínica, se pueden citar la reorganización de los recursos sanitarios públicos en materia de salud mental, entre otros, para prevenir y atender las necesidades que presenten las personas; superar el intrusismo laboral para promover una atención especializada y de calidad en Salud Mental; abordar de forma comunitaria las narrativas formadas por la población acerca de la crisis, fomentando un trabajo grupal de los duelos y cambios de rol, reforzando las redes naturales de apoyo, empoderando y enfatizando los recursos de afrontamiento propios para promover los proyectos vitales de las personas.

## Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar: Un enfoque interaccional*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/iasc\\_guidelines\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_spanish.pdf)
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-277. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3%3C259::AID-IMHJ2280110308%3E3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3%3C259::AID-IMHJ2280110308%3E3.0.CO;2-J)
- Duque, F. [Psicología Clínica COVID-19] (2020 abril, 1). *Sesión Online: COVID-19: Trabajo con personal asistencial para Tratamiento Psicológico de Estrés Traumático Agudo: "cuidando al cuidador"*. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=1&v=4jdA2-3AQw&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=4jdA2-3AQw&feature=emb_logo)
- Echevarría, C. V. (2003). La escuela: un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(2), 15-43.
- El Proyecto Esfera (2011). *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*. Ginebra: El proyecto Esfera. Recuperado de: <https://spherestandards.org/>
- Erickson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- España, Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, 14 de marzo de 2020, 67. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34. Recuperado de: [www.uv.es/jugar2/Enfoque Sistemico.pdf](http://www.uv.es/jugar2/Enfoque_Sistemico.pdf)
- Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular [How Does Attachment Theory Improve Our Clinical Practice? A time for Summing-Up]. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 66-73. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- Herranz, T. (2012). El final de un principio: el principio de un modo de pensar y hacer psicodrama. *Revista de Psicoterapia y Psicodrama*, 1(1), 77-87. Recuperado de: [http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Anterior01/5\\_El\\_final\\_de\\_un\\_principio\\_Teo\\_Herranz.pdf](http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Anterior01/5_El_final_de_un_principio_Teo_Herranz.pdf)
- Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (en prensa). La Psicología Clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>

- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., ... Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120-131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) (2020). *Enfermedad por nuevo Coronavirus, COVID-19*. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Musitu, G., Buelga, S. y Lila, M. S. (1994). Teoría de Sistemas. En G. Musitu y P. Allat (Eds.), *Psicosociología de la Familia* (pp. 47-79). Valencia, España: Albatros.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Anxiety disorders. Quality standard*. Londres, Reino Unido. Recuperado de: [www.nice.org.uk/guidance/qs53](http://www.nice.org.uk/guidance/qs53)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). *Post-traumatic stress disorder*. Londres, Reino Unido. Recuperado de: [www.nice.org.uk/guidance/ng116](http://www.nice.org.uk/guidance/ng116)
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020a). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020b, marzo 11). *We have therefore made the assessment that COVID19 can be characterized as a pandemic* [Twitter post]. Recuperado de: <https://twitter.com/WHO>
- Osorio, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 5(15). Recuperado de: <https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos>
- Psychodrama Group of Gaza [Arnulba Palestina] (2012, agosto 1). *Documental: Gaza, Psychodrama without borders*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=Tbpb5bAX3OA>
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la Familia. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y Desarrollo Humano* (pp. 45-70). Madrid, España: Alianza.
- Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México, México: Manual Moderno.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Sunyer, J. M. (2011, marzo 31). *De Identidades dañadas* [Comunicación online]. Recuperado de: <http://www.grupoanalisis.net/identidades-danadas/>
- Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: España. Herder.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: Gedisa.
- Yalom, I. (2011). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.



# REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 31, Number 116, July, 2020 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

---

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

---

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

### Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://ojs.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: Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.
- 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

## CONVERSACIONES SOBRE PSICOTERAPIA

Conversations about psychotherapy

Joan Miquel Soldevilla, Luis Ángel Saúl y Ciro Caro García  
(Coordinadores)

### EDITORIAL

#### CONVERSACIONES SOBRE PSICOTERAPIA

Joan Miquel Soldevilla, Luis Ángel Saúl y  
Ciro Caro García

#### LA PSICOTERAPIA EN SU LABERINTO

Héctor Fernández Álvarez

#### LA PSICOTERAPIA Y EL CAMBIO PSÍQUICO, ENTRE LAS EVIDENCIAS BASADAS EN LA PRÁCTICA, Y LA PRÁCTICA BASADA EN LAS EVIDENCIAS. UNA REFLEXIÓN RELACIONAL SOBRE LA PSICOTERAPIA EN EL SIGLO XXI

Alejandro Ávila-Espada

#### LA PSICOTERAPIA Y LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) COMO CONTEXTO DE LA CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA

Begoña Olabarria

#### RECORRIDOS DE FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD EN ESPAÑA

Adolfo Jarne Esparcia y Alba Pérez-González

#### LA IMPORTANCIA DE LA ACREDITACIÓN PARA LA PSICOTERAPIA

Joseph Knobel Freud

#### EL PSICOTERAPEUTA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

Sergi Corbella

#### TERAPIA CONSTRUCTIVISTA INTEGRADORA Y ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Luis Botella García del Cid

#### CONSTRUCTIVISMO, PSICOTERAPIAS COGNITIVAS DE REESTRUCTURACIÓN Y ENFOQUES CONTEXTUALES: UNA COMPARACIÓN DESDE LA DIFERENCIA

Isabel Caro Gabalda

### Artículos del monográfico (Acceso Abierto)

#### LA PSICOTERAPIA COMO CONVERSACIÓN CONTEMPLATIVA

María Teresa Miró

#### FENOMENOLOGÍA CLÍNICA DE LOS SIETE PECADOS CAPITALES

Manuel Villegas Besora

### Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

#### TEORÍA DEL APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: REVISIÓN TEÓRICA Y RECOMENDACIONES

Sara Benloch Bueno

#### EL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PROFESIONALES CHILENOS E ITALIANOS

Álvaro Quiñones, Carla Ugarte, Francisco Ceric,  
Paola Cimbolli, Fernando García y Adele De Pascale

#### INFERENCIA, RE-EXPERIMENTACIÓN Y REGRESIÓN: PSICOTERAPIA DE LOS ESTADOS NIÑO DEL YO

Richard G. Erskine y Amaia Mauriz-Etxabe

#### LEER Y ESCRIBIR EN TERAPIA NARRATIVA, CONSTRUYENDO UNA NUEVA HISTORIA

Jael Alejandra Quintal Corzo, Silvia María Alvarez  
Cuevas y Dora Adolfin Ayora Talavera

#### PRÁCTICA DELIBERADA DE PSICOTERAPIA EN EL PROGRAMA DE PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE ESPAÑOL

Pau Sánchez Rotger e Ignacio Serván García

#### TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y TERAPIA GESTALT: FACTORES DE CONVERGENCIA

Raquel Ayala Romera y María del Carmen  
Rodríguez Naranjo

#### INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Valeria Acuña Leiva, Consuelo Niklitschek Tapia,  
Álvaro Quiñones Bergeret y Carla Ugarte Pérez

#### EL APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Lorena Velayos Jiménez y Diego Sánchez Ruiz

