

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

Psicoterapias transpersonales

ΨΨΨΨΨΨ€

117

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 31, Número 117, Noviembre, 2020 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<https://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 Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

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

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

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

Adrián Montesano

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

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

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

Úrsula Oberst

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

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

Maria 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^o Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: 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**Monográfico: Psicoterapias transpersonales**
Ana Gimeno-Bayón Cobos

Editorial: Psicoterapias transpersonales	1
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
Psicología y Psicoterapias Transpersonales.	
Reflexiones y Propuestas	5
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
La Meditación en la Esperanza en el Programa EBC:	
Descripción y Mecanismos de Acción Implicados.....	43
David Alvear Morón	
Desarrollo Personal y Práctica Espiritual:	
Análisis Narrativo de Vivencias.....	57
Asun Puche Echegaray y Luis Botella García del Cid	
Psicoterapia Primordial. Una concepción integral del proceso terapéutico individual y grupal.....	85
Daniel Taroppio	
In memoriam Leonor Pantinat.....	105
Comité de redacción de Revista de Psicoterapia	
——Artículos del monográfico de Libre Acceso——	
(disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)	
Los Procesos Sensoriales y Emocionales en las Espiritualidades Religiosas y Ateas	115
Ramón Rosal Cortés	
——Artículos de Libre Acceso——	
(disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)	
Salud mental, experiencias negativas en la infancia y su impacto sobre la experiencia onírica.....	163
Alejandro Parra y Víctor Hugo Damián Silguero	
Hacia la Evidencia Basada en la Práctica en Psicoterapia.....	179
Alberto Gimeno Peón y César Mateu Hernández	
Genios Literarios y Pérdidas Parentales:	
El caso de John R. R. Tolkien.....	195
Silvia Beatriz Franchi	
El Desarrollo Infantil en Psicoterapia Integrativa:	
Las primeras tres etapas de Erik Erikson	213
Richard G. Erskine	

Contribuciones de un nuevo Proceso de Evaluación Psicológica a las Psicoterapias	233
Carmen Moreno-Rosset y Rosario Antequera Jurado	
Las Conversaciones del Equipo en el Modelo Narrativo-Temático. Abriendo paso a la Historia por Vivir.....	249
Ricardo Ramos Gutiérrez, Sheila Izu y Laila Aljende	
La Supervisión de un Equipo de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos (PADES). De la demanda de la supervisión a su finalización	265
Alfred Tejedo García	
Sociedad de Rendimiento y Práctica Psicoterapéutica: La Psicoterapia Individualizadora	283
Diego Sánchez Ruiz y Lorena Velayos Jiménez	
La soledad en la alta capacidad intelectual: Factores de riesgo y estrategias de afrontamiento	297
María Isabel Gómez-León	
El Insight en esquizofrenia desde el modelo de asimilación: Un estudio cualitativo de caso a través de narraciones	313
Restituto Vañó Monllor, Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz	
Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia: Fundamentos Teóricos e Implementación	331
Pablo Rafael Santangelo	
Reestructuración del vínculo a través de terapia integrativa en un caso de duelos múltiples	347
María Teresa Monjarás Rodríguez y Emilia Lucio y Gómez Maqueo	
Relevancia De Las Sesiones Individuales En Un Caso De Terapia De Pareja	367
Juan Ignacio Martínez Sánchez	
Eficacia y Satisfacción del Programa Resiliencia y Bienestar: Quédate en casa. La Psicología en tiempos de Cuarentena y Pandemia	381
Óscar Sánchez-Hernández y Ana Canales	
Recensión de libros:	399
Ya no te llamarán “abandonada”. Acompañamiento psico-espiritual a supervivientes de abuso sexual	
Carlos Alberto Rosas Jiménez	

CONTENTS

Monographic: Transpersonal psychotherapies Ana Gimeno-Bayón Cobos

From the editor: Transpersonal psychotherapies	1
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
Transpersonal Psychology and Psychotherapies. Reflexions and Proposals.....	5
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
The Hope Meditation in CBWT Program: Description and Mechanisms of Action.....	43
David Alvear Morón	
Personal Development and Spiritual Practice: Narrative Analysis of Experiences.....	57
Asun Puche Echegaray & Luis Botella García del Cid	
Primordial Psychotherapy. An integral approach to the individual and group therapeutic process	85
Daniel Taroppio	
In memoriam Leonor Pantinat	105
Comité de redacción de Revista de Psicoterapia	
<p>——Open Access Monographic Articles—— (accessible only through http://revistadepsicoterapia.com)</p>	
Sensory and Emotional Processes in Religious and Atheistic Spiritualities.....	115
Ramón Rosal Cortés	
<p>——Open Access Articles—— (accessible only through http://revistadepsicoterapia.com)</p>	
Mental health, negative experiences in childhood, and its impact on dream experiences.....	163
Alejandro Parra	
Víctor Hugo Damián Silguero	
Towards practice-based evidence in psychotherapy.....	179
Alberto Gimeno Peón	
César Mateu Hernández	
Literature Genius and Parental Loss: John R. R. Tolkien´s case.....	195
Silvia Beatriz Franchi	

Child Development in Integrative Psychotherapy: Erik Erikson's First Three Stages	213
Richard G. Erskine, PhD	
Contributions of a new Psychological Assessment Process to Psychotherapies.....	233
Carmen Moreno-Rosset & Rosario Antequera Jurado	
Team Conversations in the Narrative-Thematic Model. Opening a space for the Story Not-Yet-Lived.....	249
Ricardo Ramos Gutiérrez, Sheila Izu & Laila Aljende	
Supervision of a Home Care Team in Palliative Care. From the demand for supervision to its completion	265
Alfred Tejedo García	
Performance Society and Psychotherapeutic Practice: Individualizing Psychotherapy	283
Diego Sánchez Ruiz & Lorena Velayos Jiménez	
Loneliness in giftedness: Risk factors and coping strategies	297
María Isabel Gómez-León	
The Insight in schizophrenia from the assimilation model: A qualitative case study through narratives	313
Restituto Vañó Monllor, Isabel Caro Gabalda & Sergio Pérez Ruiz	
Formation and Training Program in Psychotherapy: Theoretical Foundations and Implementation	331
Pablo Rafael Santangelo	
Restructuring the bond through integrative therapy in a case of multiple griefs	347
María Teresa Monjarás Rodríguez & Emilia Lucio y Gómez Maqueo	
Relevance of individual sessions in a couple therapy case	367
Juan Ignacio Martínez Sánchez	
Efficacy and Satisfaction of the Resilience and Wellbeing Program: «Stay at home». Psychology in times of Quarantine and Pandemic.....	381
Óscar Sánchez-Hernández & Ana Canales	
Book Review	399
Ya no te llamarán “abandonada”. Acompañamiento psico-espiritual a supervivientes de abuso sexual	
Carlos Alberto Rosas Jiménez	

EDITORIAL PSICOTERAPIAS TRANSPERSONALES

FROM THE EDITOR: TRANSPERSONAL PSYCHOTHERAPIES

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista. Barcelona. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9479-6721>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno-Bayón, A. (2020). Editorial: Psicoterapias transpersonales. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 1-4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.445>

Erich Fromm, en el prefacio del libro que escribió con Suzuki, titulado *Budismo Zen y Psicoanálisis*, daba cuenta de los resultados recogidos en el seminario que había tenido lugar en Cuernavaca (México), en 1957, y al que habían acudido unos quince psiquiatras y psicólogos, mayoría psicoanalistas mejicanos y estado-unidenses. En ese prefacio, decía:

Cualquier psicólogo, aun hace veinte años, se habría sorprendido mucho—o se habría escandalizado—al descubrir entre sus colegas cierto interés por un sistema religioso “místico” como el budismo Zen. Le habría sorprendido aún más el descubrir que la mayoría de los presentes no sólo estaba “interesada” sino profundamente preocupada por el tema y que consideraba que la semana pasada con el doctor Suzuki discutiendo sus ideas había tenido una influencia muy estimulante y refrescante sobre ellos, en el menor de los casos. (Suzuki y Fromm, 1968/1998, p. 4)

Fromm reconocía que las aportaciones del doctor Suzuki, aparte de permitirle conocer mejor el budismo zen, le habían ayudado a entender mejor algunos conceptos psicoanalíticos “por ejemplo los problemas de lo que constituye el inconsciente, la transformación del inconsciente en consciente y la finalidad de la terapia psicoanalítica” (Suzuki y Fromm, 1968/1998, p. 4). Es decir: la comprensión de un sistema religioso le permitía profundizar en la comprensión de la persona y de la psicoterapia. No es poco.

El año siguiente a ese seminario se publicaba el primer número del *Journal of Humanistic Psychology*, y unos años después, un pequeño grupo constituido por el



editor de la revista (Anthony Sutich), el instigador de la misma (Abraham Maslow) y un psiquiatra checo especializado en investigaciones con LSD (Stanislav Grof), creaban el núcleo de lo que luego será la Psicología Transpersonal, dispuestos a reventar las costuras que mantenían encorsetada a la Psicología convencional, para dar cabida dentro de ella a esa dimensión a la que Fromm había aludido en la cita anterior.

Pasados ya más de sesenta años de este hecho, buena parte de los psicólogos de nuestro país siguen sin conocer o valorar la importancia que tuvo incluir el estudio del psiquismo relacionado con esas áreas del ser humano.

A esta dificultad para su comprensión, se añade la de que, cuando varios interlocutores hablan de Psicología Transpersonal, o de Psicoterapia Transpersonal, lo primero que conviene es aclarar si coinciden en la cuestión a que se refieren. Podría darse el caso de que cada uno de los intervinientes entendiera con esas categorías contenidos muy dispares.

En este número de la revista se pretende dar a conocer algo de esas dos grandes ignoradas entre los profesionales de la psicoterapia y entre los miembros del mundo académico y científico. Tal desconocimiento, junto con la confusión que crea el empleo de esos términos en ambientes precisamente poco profesionales, hacen que lleguen frecuentemente, a los oídos de los psicólogos y psiquiatras, impregnados de prejuicios descalificatorios. Bajo el título “transpersonal” se albergan serios estudios y valiosos hallazgos para la comprensión del ser humano, su salud mental y su desarrollo global, que en su presentación social aparecen mezclados a veces en un *totum revolutum* con improvisaciones oportunistas e intrusivas de pseudoprofesionales carentes de todo rigor intelectual y a veces también de comportamientos éticos.

Precisamente para poder dar cuenta de esos hallazgos, este monográfico está dedicado a acercar el conocimiento de la Psicología y la Psicoterapia Transpersonal, recogiendo diferentes enfoques. Bien es verdad que, en nuestro país, hay que buscarlos, no tanto en las aulas universitarias (que parecen ignorar su existencia, salvo excepcionales excepciones), sino –sobre todo– en el ejercicio cotidiano de la psicoterapia por parte de algunos profesionales que no han desdeñado salirse de los límites que marcan los estudios convencionales a fin de afrontar esos aspectos “transpersonales” del psiquismo ser humano. Aspectos que configuran las apuestas más profundas de la persona que tienen delante y que están reclamando su atención y su intervención.

El primer artículo, de Ana Gimeno-Bayón (2020), tiene un carácter abarcativo que puede servir de marco clarificador en el que situar el conjunto del monográfico. En él la autora reflexiona sobre el contenido y situación de la Psicología Transpersonal, su solapamiento parcial con la Psicología de la Religión, sus carencias, aportaciones y desafíos, así como la necesidad imprescindible de afrontar sus contenidos para no recortar el psiquismo del ser humano. Desafíos que son también un reto para el mundo académico y científico (demasiado desinteresado del tema para

lo que reclaman las personas concretas, en especial en situaciones difíciles). En el mismo artículo, presenta la dimensión específica transpersonal a la que da atención el modelo creado por esta autora, junto con Ramón Rosal (Gimeno-Bayón y Rosal, 2016, 2017), la *Psicoterapia Integradora Humanista*, que ofrece una perspectiva holista de la persona como ser bio-psico-socio-espiritual.

El artículo ofrecido por David Alvear (2020) tiene la cualidad de presentar de una manera muy concreta un estilo de trabajo de la Psicoterapia Transpersonal riguroso y creativo. Fuertemente enraizado en los presupuestos de la Psicología Positiva (Alvear, 2015), el autor ha contribuido al desarrollo de la misma en la dirección de una psicología positiva contemplativa, en que aúna las dimensiones psicológicas de la ética y la espiritualidad a través del programa EBC, *Entrenamiento en el bienestar basado en las prácticas contemplativas* (Cebolla y Alvear, 2019). Dentro del mismo, se incluye la Meditación de la Esperanza, aquí relatada con una claridad muy pragmática, junto con los fundamentos científicos que subyacen a la misma. Sin duda, si esta aportación es siempre sugerente, en los momentos complejos que estamos atravesando adquiere mayor brillo y valor. Cuando los esquemas conocidos hacen aguas, las prácticas contemplativas pueden aportar unos recursos -al alcance de todos- que permitan mirar el nublado panorama desde una perspectiva más amplia, serena y luminosa.

Por su parte, Asun Puche y Luis Botella (2020) presentan los resultados de una investigación (que constituyó la base de la tesis doctoral de la primera) en la que, a través del análisis de las narraciones de las experiencias espirituales de diez sujetos -pautadas a través de propuestas de prácticas concretas- permiten asomarse a la intimidad personal en la que se muestra la transformación que van experimentando, paso a paso. Esos relatos, narrados en primera persona, son analizados a través de un mapa conceptual y agrupados en macro-categorías, de tal modo que permiten desvelar la emergencia de lo que los autores señalan como concepto nuclear: la *Sensibilidad Espiritual*, concepto a tener y retener en cuenta, y que ya había sido presentado por los autores unos años antes (Puche y Botella, 2013). La clara estructura del recorrido permite al lector acompañar el interesante proceso interno y único para cada sujeto, y a la vez percibir los hilos comunes que subyacen a dicho proceso, hallados a través de esta original investigación.

Daniel Taroppio, en su artículo sobre la *Psicoterapia Primordial* (Taroppio, 2020a), nos presenta un modelo terapéutico que se estructura en torno a la importancia de las relaciones interpersonales para la salud mental individual y grupal. El artículo deja entrever cómo un modelo determinado, cuando considera integralmente a la persona, puede incluir en su dinámica de trabajo la dimensión espiritual del protagonista de la terapia, e intervenir estratégicamente en su desarrollo a través de la denominada “Meditación Primordial” (Taroppio, 2020b).

También dentro del monográfico, pero no incluido –dada su extensión– en el formato impreso en papel, ofrecemos el interesante artículo de Ramón Rosal (2020) que (en sintonía con el modelo antes citado de Psicoterapia Integradora Humanista)

señala cómo la dinámica interna que lleva a la construcción y desarrollo de valores éticos –a los que el autor lleva dedicada una atención especial (Rosal, 2003, 2012; Rosal y Gimeno-Bayón, 2010)– está anclada en unos previos procesos sensoriales y emocionales. El artículo ilustra esta tesis a través de la presentación de los testimonios de personajes conocidos, todos ellos ejemplos de espiritualidades bien diversas, como son diversos sus estilos de personalidad.

Ciertamente, el deseo de la revista habría sido abarcar algunas líneas menos conocidas o más vilipendiadas de la Psicología y Psicoterapia Transpersonal, que tienen también un enfoque científico. La realidad nos ha mostrado que la desconfianza mutua y el divorcio entre el mundo de la psicoterapia y el de la investigación científica (teórica o experimental) sigue presente –desde los dos ámbitos– y hace difícil los puentes que podrían aportar un indudable enriquecimiento para las dos comunidades y que ya hace treinta años, en esta misma revista, reclamaba (Scilligo, 1990). Aquí se incluyen los posibles perjuicios académicos que puede sufrir una persona por participar en un monográfico con este título. Es un riesgo que no todos pueden y quieren asumir. Por eso, agradecemos profundamente su colaboración y valentía a los autores de los artículos que conforman este monográfico.

Referencias

- Alvear, D. (2015). *Mindfulness en positivo*. Milenio.
- Alvear, D. (2020). La Meditación en la Esperanza en el Programa EBC: Descripción y Mecanismos de Acción Implicados. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 43-56.
- Cebolla, A. y Alvear, D. (2019) *Psicología positiva contemplativa. Fundamentos para un entrenamiento en bienestar basado en prácticas contemplativas (EBC)*. Kairós.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2016). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales* (2ª ed.) Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2017). *Manual práctico de Psicoterapia Integradora Humanista. Tratamiento de 69 problemas en los procesos de valoración, decisión y prácticos*. (2ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. (2020). Psicología y Psicoterapias Transpersonales. Reflexiones y Propuestas. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 5-41.
- Puche, A. y Botella, L. (2013, Octubre). *The Emergence of Emotional Intelligence and Spiritual Sensitivity in an Intensive Spiritual Program*. Póster presentado en el Mind and Life Europe Symposium for Contemplative Studies. Berlin.
- Puche, A. y Botella, L. (2020). Desarrollo Personal y Práctica Espiritual: Análisis Narrativo de Vivencias. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 57-83.
- Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la Psicología*. Desclée de Brouwer.
- Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Milenio.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2010). *La búsqueda de la autenticidad*. Milenio
- Rosal, R. (2020). Los Procesos Sensoriales y Emocionales en las Espiritualidades Religiosas y Ateas. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 116-163.
- Scilligo, P. (1990). Investigación clínica y práctica terapéutica: un abismo que salvar. *Revista de Psicoterapia*, 1(4), 9-31.
- Suzuki, D.T. y Fromm, E. (1998). *Budismo Zen y Psicoanálisis* (12ª ed.). Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1960).
- Taroppio, D. (2020a). Psicoterapia Primordial. Una concepción integral del proceso terapéutico individual y grupal. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 85-103.
- Taroppio, D. (2020b). *Meditación Primordial*. Continente

PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIAS TRANSPERSONALES. REFLEXIONES Y PROPUESTAS

TRANSPERSONAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPIES. REFLECTIONS AND PROPOSALS

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista. Barcelona. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9479-6721>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno-Bayón, A. (2020). Psicología y Psicoterapias Transpersonales. Reflexiones y Propuestas. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 5-41. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.446>

Resumen

La Psicología Transpersonal ocupa en nuestro país un lugar muy poco conocido. Los estudios académicos han descuidado, por el momento, incluir en la formación profesional de los psicólogos los aspectos relacionados con la dimensión espiritual del ser humano. De este modo, cuando en la práctica clínica se plantean problemas psicológicos relacionados con este ámbito, el profesional se encuentra sin marco teórico o herramientas prácticas para abordarlo. Igual ocurre con los estados de conciencia no habituales, conocidos como Estados Modificados de Conciencia (EMC). Sin embargo, eso no quita que las personas que se encuentran con ellos acudan a un psicólogo algunas veces. Otras lo hacen a un maestro espiritual o a un pseudoprofesional. El presente artículo plantea el panorama general que ofrece la Psicología Transpersonal y los modelos psicoterapéuticos derivados de ella, haciendo hincapié en los elementos comunes y diferenciadores respecto a la Psicología de la Religión, así como las dificultades y carencias que muestran. En él también se hace una propuesta concreta desde el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista y se realiza una interpelación a las instituciones académicas y científicas para que no dejen de incluir en sus estudios e investigaciones los aspectos tratados por la Psicología Transpersonal.

Palabras clave: *Psicología Transpersonal, Espiritualidad, Estados Modificados de Conciencia, Psicoterapia Transpersonal, Psicoterapia Integradora Humanista.*

Abstract

Transpersonal Psychology occupies a very little known place in our country. Academic studies have neglected, for the moment, to include aspects related to the spiritual dimension of the human being in the professional training of psychologists, so that when psychological problems related to this area arise in clinical practice, the professional finds himself no theoretical framework or practical tools to address it. The same occurs with non-habitual states of consciousness, known as Modified States of Consciousness (CME). However, that does not mean that people who are with problems of this type, can request psychological help. Others do it to a spiritual master or a pseudo-professional. This article presents the general panorama offered by Transpersonal Psychology and the psychotherapeutic models derived from it, emphasizing the common and differentiating elements with respect to the Psychology of Religion, as well as the difficulties and deficiencies that they show. A concrete proposal is also made from the model of Integrative Humanistic Psychotherapy as well as an interpellation to academic and scientific institutions so that they do not stop including in their studies and research the aspects treated by Transpersonal Psychology.

Keywords: *Transpersonal Psychology, spirituality, modified states of consciousness, transpersonal psychotherapies, Integrative Humanistic Psychotherapy.*

Fecha de recepción: 4 de septiembre de 2020. Fecha de aceptación: 17 de septiembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: agimenobayoncobos@gmail.com

Dirección postal: c. Madrazo 113, entresuelo. 2ª. 08021 Barcelona. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



En 1971 un libro titulado *No Boundary: Eastern and Western Approaches to Personal Growth* (que entre nosotros se tradujo como *La conciencia sin fronteras*) planteaba una cuestión que se podría sintetizar de la siguiente forma: su autor, Wilber, entiende que hay una modalidad de percepción en la que se experimenta una conciencia unitiva, que constituye el núcleo central de toda religión, y que está inscrita en todos los seres sensibles, pero “paulatinamente vamos limitando nuestro mundo y nos apartamos de nuestra verdadera naturaleza al establecer fronteras. Entonces nuestra conciencia, originariamente pura y unitiva, funciona en diferentes niveles, con diferentes identidades y límites distintos” (Wilber, 1985, p. 11). Esa afirmación, de tinte filosófico y realizada desde la concepción de la realidad *advaita* (no-dual) que el autor profesa, le va a llevar a realizar interesantes planteamientos a la Psicología.

Entiende Wilber varios niveles del espectro de la conciencia, que van desde los más limitados (nivel de la persona) y pasando por otros más amplios (nivel del ego y nivel del organismo total) hasta el más abarcativo, el de la conciencia de unidad. Pues bien, el autor señala cómo los diferentes modelos de Psicología se han ido limitando a algunos de esos niveles. Así:

a) El *Counselling* y la terapia de apoyo se quedan en el primer nivel; Psicoanálisis, Psicodrama, Análisis Transaccional, Terapia de Realidad y Psicología del Ego, llegan hasta el segundo nivel (nivel del Ego), mientras que el Análisis Bioenergético, la Psicoterapia de la *Gestalt*, la Logoterapia, la Terapia de Rogers, la Psicología Humanista y el Análisis Existencial abarcan hasta el nivel del organismo total.

b) Más allá de estos niveles sitúa lo que el llama “bandas transpersonales”, en las que coloca a la Psicología Analítica Jungiana, la Psicósíntesis y los estudios de Maslow y Progroff.

c) Respecto al estudio del último nivel, el de la conciencia unitiva, Wilber lo sustrae al ámbito de la Psicología y lo deja en manos de diferentes religiones (Hinduismo *vedanta*, Budismo *Mahayana* y *Vajrayana*, Taoísmo, Islamismo esotérico, Cristianismo esotérico y Judaísmo esotérico).

Dejando de lado, por ahora, los diferentes cuestionamientos a esta clasificación y a las imprecisiones en que incurre, hay que rescatar las preguntas que la misma provoca o debería provocar a los profesionales de la Psicología: ¿tiene que renunciar esta ciencia al estudio de determinados aspectos psicológicos, cuando estos se relacionen con un determinado tipo o nivel de conciencia?, ¿tiene que renunciar la psicoterapia a discernir cuándo estos tipos de conciencia son sanos o patológicos y abordar el tratamiento de estos últimos?, ¿en base a qué limitaciones autoimpuestas?, ¿qué disciplina es la llamada a ocuparse científicamente de estos temas?

Estas preguntas no son sino la continuación de una larga reflexión histórica:

William James, el padre de los psicólogos norteamericanos, insistió una y otra vez en que “nuestra conciencia normal de vigilia no es más que un tipo especial de conciencia, en tanto que, en derredor de ella, y separadas por la más tenue de las pantallas, se extienden formas de conciencia totalmente

diferentes”. Es como si nuestra percepción habitual de la realidad no fuera más que una isla insignificante, rodeada de un vasto océano de conciencia, insospechado y sin cartografiar, cuyas olas se estrellan continuamente contra los arrecifes que ha erigido a modo de barreras nuestra percepción cotidiana... hasta que, espontáneamente, las rompen e inundan esa isla con el conocimiento de un nuevo mundo de conciencia, tan vasto como inexplorado, pero intensamente real. (Wilber, 1985 p. 9s.)

No en vano acude Wilber a citar a William James. Cuando este –durante los años 1901 y 1902– dictó en la Universidad de Edimburgo las llamadas “Lecciones Gifford” (que luego se reunirían en el libro que se tituló “Las variedades de la experiencia religiosa”, *The Varieties of Religious Experiences*), insinuando la desidia, desde la Psicología, para el estudio científico los fenómenos que allí abordaba, estaba lanzando un guante a esta disciplina. Este guante lo recogieron, por un lado, la Psicología de la Religión y, por otro, la Psicología Transpersonal. Algo cambió, a raíz de esas conferencias.

Dos Ramas que se Entrecruzan

La Psicología de la Religión

Respecto a la primera, algo cambió, y no porque faltaran estudios de psicología de la religiosidad, sino porque, como apunta Mankeliunas:

Hasta 1900 la psicología de la religiosidad buscaba sus materiales en el pasado, es decir, en la historia de las religiones. De allá sacaba sus materiales, analizaba sus manifestaciones y generalizaba para llegar a las conclusiones generales. Pero desde aquellos tiempos la psicología de la religiosidad viró hacia la religiosidad presente, pues empezó a tomar sus materiales de la actualidad; procedió de la misma manera como proceden las demás disciplinas psicológicas, porque la psicología hoy en día no busca sus materiales en la historia, sino que estudia la vida psíquica presente tanto en su estática como en su dinámica. (Mankeliunas, 1957, p. 162)

Es por esa razón por la que se considera (Font, 1999) que la Psicología de la Religión nace con los inicios del siglo XX. Es más, no parece que haya ningún inconveniente en considerar las conferencias de William James entre las primeras reflexiones desde la misma, junto con las de Starbuck, que en 1899 había publicado su obra *The psychology of religion: an empirical study of the growth of religious consciousness*. En ella mantenía que la religión pertenece al ámbito de la vida afectiva, puesto que la experiencia religiosa utiliza los sentimientos como indicios de la actividad por la cual el sujeto se relaciona con el universo, actividad que tiene lugar en un nivel subconsciente. Entiende Starbuck que en el ámbito de la vivencia religiosa, los sentimientos son fuente de conocimiento directo, tanto como el intelecto, de modo que la afectividad da cuenta de los hechos externos con tanta verdad y realidad como la cognición.

En 1905, Leuba dejaba constancia del nacimiento de la Psicología de la Religión como disciplina específica con estas palabras: “Durante los últimos años se ha establecido una nueva rama de la psicología: la psicología de la vida religiosa” (Leuba, 1905, p. 482). Para describir tanto su ámbito como los principios que la regían, daba por bueno lo descrito por Flournoy (1901).

Ambos se podrían resumir en la siguiente forma: La Psicología de la Religión, en tanto que ciencia positiva, necesita asumir las premisas características de la misma. 1º No es suficiente –aunque sí constituyen piezas fundamentales– la acumulación de datos proporcionada por múltiples autobiografías religiosas, sino que necesita de la organización sistemática propia de una ciencia, para conseguir una visión de conjunto, mediante la utilización de estadísticas, comparaciones y encuestas. 2º Se limita al estudio de la vivencia interior en la conciencia del sujeto, tal como este la experimenta. Por tanto, prescinde de los aspectos externos de la misma y de sus aspectos sociales. 3º Su preocupación predominante “es la verdad puramente científica, no la edificación piadosa o la defensa de una tesis (sea positiva o negativa) de teología o filosofía” (Flournoy, 1903, p. 7).

La Psicología Religiosa, tal como la concibe Flournoy, se inspira en dos principios: 1º exclusión de la trascendencia, principio en virtud del cual “la psicología se abstiene de todo veredicto sobre el valor objetivo de estos fenómenos y descarta de su seno las discusiones relativas a la posible existencia y naturaleza de un mundo invisible”; 2º “una interpretación biológica de los hechos religiosos”, terminología que podría inducir a una interpretación biologicista, que queda descartada cuando el autor aclara que se trata:

de un principio positivo y heurístico, en virtud del cual la psicología aborda estos fenómenos como la manifestación de un proceso vital, cuya naturaleza psicofisiológica se esfuerza en determinar, así como sus leyes de crecimiento y desarrollo, las variantes normales y patológicas, su dinamismo consciente o subconsciente y, en general, las relaciones con las otras funciones y su rol en el conjunto de la vida del individuo y, luego, de la especie. (Flournoy, 1903, p. 27)

Si bien, como recogen Spilka et al. (2003), en los inicios del siglo XX había un fuerte interés por la Religión desde la Psicología (y baste pensar en William James, Stanley Hall, Sigmund Freud o Carl G. Jung),

El segundo cuarto del siglo XX vio un rápido declive en el estudio de la religión entre los psicólogos. El conductismo fue indiferente al tema, mientras que los psicoanalistas lo relegaron al campo de la psicopatología. El efecto neto fue que la investigación en esta área permaneció en la periferia de la respetabilidad científica (Spilka et al., 2003, p. IX).

El mismo camino que la religión, y confundida frecuentemente con ella, siguió la espiritualidad, que “fue dejada de lado e ignorada por los psicólogos, que la concebían como algo patológico o como un proceso que podía reducirse a funciones psicológicas, sociales y biológicas subyacentes más básicas” (Salgado-

Levano, 2016, p. 2).

El tratamiento otorgado a la experiencia religiosa por parte del conductismo y del psicoanálisis, después del interés que había despertado en los inicios del siglo XX, dio como resultado que –como señalan Falb y Pargament (2014)– dentro del campo de la Psicología se polarizasen las actitudes en torno a la religión, vista como una fuerza solo constructiva o solo destructiva. Estos autores dan cuenta de que la investigación en torno a ella y los datos recogidos de la práctica clínica muestran hoy día una panorámica mucho más variada y matizada, constatando que su carácter psicológicamente positivo o negativo “depende en gran medida del tipo de religión y de las formas en que el individuo interactúa con esa religión y la expresa” (Falb y Pargament, 2014, p. 143).

A mediados del siglo pasado, Mankeliunas, define la Psicología de la Religión como “una ciencia empírica que estudia los hechos psíquicos, referida únicamente a los de carácter religioso” (Mankeliunas, 1957, p. 155) y reconoce que –al ser una ciencia joven– sus afirmaciones “no forman un todo continuo y bien trabado, en el que haya un orden riguroso y mutua dependencia, sino que hay hechos aislados sobre los cuales se tiende el puente de las hipótesis” y por eso “le falta unión armónica o unidad orgánica” (Mankeliunas, 1957, p. 154). Más tarde se verá si se puede seguir sosteniendo esta afirmación.

En 1976 la APA creó la división 36 Sociedad para la Psicología de la Religión. Pero, a partir de la década de los cincuenta del siglo pasado, se realizaron múltiples investigaciones –buena parte de ellas desde la vertiente médica– sobre la relación entre salud, espiritualidad y religión. Tales estudios han significado una nueva fase en la investigación científica, que permitieron la incorporación del estudio de la espiritualidad al ámbito académico y que surgiera la expresión de “Psicología de la Religión y de la Espiritualidad” (Quiceno y Vinaccia, 2009) con el que ahora se denomina la división 36 de la APA.

Estas ligeras referencias a la Psicología de la Religión, que pudieran pasar por disquisiciones extemporáneas, son relevantes a la hora de compararla con y diferenciarla de la Psicología Transpersonal, ya que hay espacios en los que es posible un solapamiento entre ambas disciplinas.

La Psicología Transpersonal

William James, en sus conferencias, en las que había rechazado ofrecer una definición única y esencialista de lo que es “religión”, dejó claro que iba a ignorar en ellas la vertiente institucional y centrarse en la vertiente más personal de la misma, es decir, aquella en la que “constituyen las disposiciones internas del hombre el centro de interés, su conciencia, sus merecimientos, su impotencia, su incompletud” (James, 1902/1994, p. 17). En esta religión personal, “los actos a los que este género de religión incita no son rituales sino personales” y en ella “El individuo negocia solo, y la organización eclesiástica, con sus sacerdotes y sacramentos y otros intermediarios, se encuentra en posición totalmente se-

cundaria” (James, 1902/1994, p. 17).

William James –que abogaba por un estudio empírico y científico de la conciencia humana en todas sus variedades– dirigió su estudio a la vivencia espiritual testificada por personas de muy variada afiliación religiosa, y por supuesto incluía la que puede experimentar una persona que no forme parte de una religión institucionalizada. Ese es el caso del psiquiatra ateo Richard M. Bucke, una de cuyas experiencias recogió en sus conferencias. Este psiquiatra, casi simultáneamente a éstas (1901), publicó la obra *Cosmic Consciousness. A study in the evolution of the human mind*. En ella intentó prolongar la teoría evolutiva de su admirado Comte, para dar cabida a la experiencia mística personal que tuvo en 1872 y que le marcó en forma indeleble en su vida, en su búsqueda y en su obra. Podría considerarse que estos dos autores (James y Buck) son los pioneros de un campo de estudio que luego asumió la Psicología Transpersonal: lo que James denominó “la religión como práctica personal” sin referencia a un grupo institucionalizado.

Nacida como un desarrollo natural de la Psicología Humanista –cuyas características incluían la consideración de la dimensión espiritual del ser humano y la no limitación de la psicoterapia a la “curación” de determinados síndromes o trastornos de la personalidad– la Psicología Transpersonal fue albergada desde 1976 en la división 32 de la APA como una subdivisión de aquella. Es decir, la Psicología de la Religión y la Psicología Transpersonal fueron acogidas en el mismo año en dos divisiones diferentes de la APA. La descripción que hacía de la Psicología Transpersonal uno de sus fundadores, Antohny Sutich, en el primer número del *Journal of Transpersonal Psychology* (aparecido en 1969) era la siguiente:

La emergente Cuarta Fuerza (la Psicología Transpersonal) está específicamente interesada en el estudio científico y la implementación responsable de las metanecesidades, los valores últimos, la conciencia de unidad, las experiencias cumbre, los valores B, el éxtasis, las experiencias místicas, el Ser, la autorrealización, la esencia, el asombro, el sentido último, la trascendencia del self, el espíritu, la unidad, la conciencia cósmica, los fenómenos trascendentes... y los conceptos, experiencias y actividades relacionados. Esta definición está sujeta a interpretaciones en relación a la consideración y aceptación de sus contenidos como esencialmente naturalistas, teístas, supernaturalistas o cualquier otra clasificación. (Sutich, 1969)

Como puede observarse, se trata de una descripción acumulativa, que reúne en un ramillete las diferentes temáticas que tenían entre sus manos estudiosas el grupo fundador de la Psicología Transpersonal. Junto con Sutich, estaban en él Abraham Maslow y Stanislav Grof.

Maslow había decidido que para una comprensión cabal de la realidad del ser humano, había que contemplarlo a partir de lo que es una persona sana. Por ello, y dentro de esta intención, había dedicado buena parte de su investigación al estudio y sistematización de las características comunes a una serie de experiencias (que él denominó “experiencias cumbre”) testimoniadas por personas psicológicamente

muy sanas (“autorrealizadas” en su vocabulario), que sobrepasaban “por arriba” tanto el concepto de autorrealización como los criterios habituales de salud mental.

La constatación de este tipo de experiencias en un contexto de equilibrio mental configuró un nuevo territorio a explorar, bien lejano del de la psicopatología en el que habían quedado confinados este tipo de fenómenos. Mas bien, como irónicamente dirá este autor, esta ampliación del mapa del psiquismo, llevaba a pensar que lo hasta entonces considerado “normal” no es otra cosa que “una psicopatología de lo cotidiano”. (Maslow, 1973, p. 16, citado en Gimeno-Bayón, 2015, p. 9)

Comprobaba Maslow que las características de esas experiencias cumbre (conciencia de unidad, trascendencia, asombro, sensación de sentido, eliminación de las dimensiones espacio-temporales, etc.) eran coincidentes con las que describían las vivencias descritas por los místicos religiosos, a propósito de sus éxtasis.

Además, este autor había ido determinando lo que llamó “metanecesidades”, relacionadas con la necesidad de satisfacer los “valores del Ser” para experimentar la autorrealización. Entendía Maslow que, si las necesidades que generan esos valores (entre los que figuran los trascendentales platónicos) no se cubrían, surgirían “metapatologías”, no diagnosticables y abordables a partir de las patologías y psicoterapias convencionales.

Por su parte, Grof, antes de trasladarse en 1967 a Estados Unidos, había estado investigando con LSD durante años en el *Psychiatric Research Institute* de Praga, y comprobando las posibilidades terapéuticas de esta sustancia, a la hora de inducir estados alterados de conciencia que permitían revivir y reparar antiguos traumas albergados en el inconsciente. Algo que le llamó la atención es que, tras las experiencias psicodélicas, algunas personas iniciaban una búsqueda de tipo espiritual. En su nuevo lugar de residencia siguió trabajando con sustancias psicodélicas. Pero ahora, para paliar las dificultades legales de este trabajo en un país en el que la LSD estaba prohibida, creó un tipo de respiración que podía modificar igualmente la conciencia en un sentido similar al de la esa droga.

Como puede verse, la definición inicial primera de la Psicología Transpersonal era una recopilación de los temas que estaban acaparando la atención investigadora de los iniciadores.

Más allá de la lista que se enumeraba ¿cuál era el común denominador, lo que daba unidad a esta lista? Posiblemente sea el interés en explorar zonas de la conciencia que van más allá de los estados habituales y que se relacionan con las posibilidades más plenas del psiquismo humano. En este sentido, se trataba de aplicar la investigación, desde la Psicología, a esos dominios cuyo tratamiento se atribuía (en el mapa de Wilber que se ha citado) exclusivamente a las religiones.

Ahora bien, si la Psicología Transpersonal se ocupa de esos ámbitos, estudiados desde el punto de vista psicológico, ¿en qué se diferencia de la Psicología de la Religión?, ¿son lo mismo? Si son lo mismo, ¿por qué se encuentran albergadas en dos divisiones diferentes de la APA? Si no son lo mismo, pareciendo que el

objeto de estudio es el mismo, ¿qué es lo específico de cada una de ellas, o hasta qué punto se solapan?

Unas Borrosas Fronteras

El Problema de los Términos

Uno de los problemas para delimitar las fronteras entre las dos disciplinas es definir el ámbito del que una y otra se hace cargo, suponiendo que sean distintos.

Es cierto que la Psicología Transpersonal, como refieren Lajoie y Saphiro (1992), arrastraba desde su nacimiento la dificultad de su definición. Estos autores publicaron una revisión sistemática de 202 citas bibliográficas referentes a la Psicología Transpersonal a lo largo de los veintitrés años siguientes a la definición arriba ofrecida, y encontraron como categorías más recurrentes las siguientes: 1. Estados de conciencia; 2. Máximo o más elevado potencial; 3. Más allá del ego o del yo personal; 4. Trascendencia; 5. Espiritual.

Como resultado de su estudio, y tras presentar 40 definiciones de la Psicología Transpersonal, se decidieron a ofrecer la siguiente, por entender que sintetizaba los aspectos más relevantes de todas las recogidas: “La Psicología Transpersonal se ocupa del estudio del más alto potencial de la humanidad y del reconocimiento, comprensión y realización de estados de conciencia unitivos, espirituales y trascendentes” (Lajoie y Saphiro, 1992, p 91).

Aún cuando la Psicología de la Religión, si bien desde sus inicios (si queremos considerar como tales estos momentos de finales del siglo XIX, con Starbuck e inicios del siglo XX, con Bucke, James, Flournoy y Leuba, entre otros), perfilan con nitidez definitoria su campo de investigación (el descubrimiento de las estructuras psicológicas y factores subyacentes a la actitud y comportamientos religiosos y delimitar lo que en ellos puede haber de sano y de patológico) y su metodología (empírica, con los instrumentos propios de la ciencia psicológica del momento), carecía de una definición delimitativa de lo que se entiende por “religión”. El significado plural de este término ha sido objeto de múltiples intentos de concreción. Vergote señala que “Como se sabe, Leuba ya coleccionó cuarenta y ocho definiciones de la religión, a las que él mismo añadió otras dos, posteriormente abandonadas ante la imposibilidad de justificarlas por criterios objetivos” (Vergote, 1969, p. 25) y este autor decide adoptar la formulada por Thouless (1961, pp. 3s.),

“la religión es una relación vivida y practicada con el ser o los seres supra-humanos en los que se cree. La religión, en consecuencia, es un comportamiento y un sistema de creencias y de sentimientos”. En nuestra opinión los “sentimientos religiosos”, las “experiencias religiosas”, los ritos, las creencias, son fenómenos parciales. No negamos la posibilidad de una actitud religiosa individual, inexpressada a través de un rito socializado, del mismo modo que concebimos sin dificultad que un sujeto religioso pueda realizar ritos religiosos sin adherirse interiormente a su sentido propiamente

cultural, pero tanto desde el punto de vista subjetivo del hombre religioso, como desde el punto de vista objetivo de las religiones existentes, creemos, que solamente la realidad compleja, compuesta de creencias, de *praxis* y de sentimientos orientados, realiza la intencionalidad religiosa. (Vergote, 1969, p. 24)

Por su parte, Salgado-Levano, tras ofrecer otras definiciones de autores más actuales, y constatar las diferencias entre las mismas, acaba señalando que:

hay un hilo conductor, entendido como el conjunto de prácticas, creencias, rituales, símbolos que se viven a nivel institucional y que tienen como base la relación con Dios, el modo como se le percibe y qué actitudes se tienen frente a Él, de ahí dependerá la asunción del estilo religioso que se viva, basado solo en lo superficial, entendido como el mero cumplimiento de normas y prácticas propias de una religión, o como la manifestación coherente de una relación profunda de amor a Dios, que se alimenta por el amor que proviene de Él y la fe que suscita. (Salgado-Levano, 2016, p. 3s)

Claro está que la definición de Salgado-Levano se restringe al ámbito de las religiones teístas, cosa comprensible, teniendo en cuenta que la Psicología de la Religión surge en un contexto sociológico en el que las religiones ateas (que no el ateísmo) o agnósticas no habían penetrado masivamente en la sociedad.

Para Koenig et al. (2001) la espiritualidad es la búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado, y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede o no conducir al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad, mientras que la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente (Dios, un poder más alto, o la verdad o la realidad última). (Quiceno y Vinaccia, 2009, p. 323)

Una de las concepciones sobre el término que parece haber tenido más aceptación es la que proponen Beit-Hallahmi y Argyle (1997), que entienden la religión como una actitud que integra tres dimensiones: las creencias religiosas (dimensión cognitiva), los comportamientos religiosos y rituales más o menos pautados (dimensión comportamental) y la vinculación del sujeto con la trascendencia (dimensión afectiva).

Para estos autores, la religión no se reduce a una actitud individual vivida en la intimidad de la conciencia, aún cuando reconozcan la relevancia de estas experiencias: La experiencia solitaria marca también los testimonios de grandes revelaciones y el éxtasis de los grandes místicos. Estos milagros privados constituyen lo que llamamos la experiencia religiosa [...]. Las conversiones parecen como otro tipo de milagro, iniciaciones imprevistas entre la certeza de las viejas o las nuevas creencias. Pero tanto las experiencias religiosas como las conversiones son en última instancia sociales en sus fuentes y consecuencias. (Beit-Hallahmi y Argyle, 1997, p. 4)

Aún así, hay autores que no comparten una visión de la religión que consideren restrictiva, al menos en relación a lo que afecta al objeto de la Psicología de la Religión, como mostró William James. Es más, algunos –como Frankl– afirman que “ser religioso significa plantearse apasionadamente la pregunta del sentido de nuestra existencia” (Frankl, 2003. p.114). En este sentido, desaparecen dos de las dimensiones de la concepción de Beit-Hallami y Argyle: las creencias (transformadas en preguntas), y los comportamientos cúltricos y rituales. E incluso, para algunos, como ocurre con Aranguren, tal como se expresa en el prólogo en castellano a la obra de James, la dimensión afectiva:

Homo religiosus, en sentido amplio, es todo el que toma *en serio* el mundo y la vida; por tanto, también, según James, el ateo que lo es con seriedad. La expresión religiosa es, dice el autor, “solamente” siempre. Y el ateo se diferencia del religioso en que carece del “sentimiento” de esa “experiencia”. (Aranguren, 1994, p. 3)

Como puede suponerse, un concepto de religión un tanto “líquido” (que diría Bauman), hace difícil precisar el campo de investigación de la Psicología de la Religión. Más aún cuando a la misma se añade el concepto de “espiritualidad”. ¿Qué se entiende bajo ese término?

De acuerdo con Piedmont (2004) la espiritualidad puede ser definida como una motivación intrínseca que conduce a las personas a construir un significado personal para la vida dentro de un contexto escatológico, es decir, del destino del hombre luego de la muerte. Por su parte, para el autor la religiosidad se define como un sentimiento, término clásico en psicología que refleja tendencias emocionales que se desarrollan a partir de las tradiciones sociales y experiencias educativas (Ruckmick, 1920; Woodworth, 1940). (Simkin, 2017a, p. 180)

Pero el concepto de espiritualidad es tan o más escurridizo que el concepto de “religión”.

Koenig, en un análisis del recorrido que ha atravesado el concepto de “espiritualidad”, señala cómo ha ido cambiando lo que se alojaba en el interior del mismo: “Tradicionalmente, la espiritualidad se usaba para describir a la persona profundamente religiosa, pero ahora se ha expandido para incluir a la persona superficialmente religiosa, el buscador religioso, el buscador del bienestar y la felicidad y la persona completamente secular” (Koenig, 2008, p. 349). Concluye este autor: “O la espiritualidad debe definirse y medirse en términos tradicionales como una construcción única y no contaminada, o debe eliminarse de su uso en la investigación académica” (Koenig, 2008, p. 349).

Es lógico, entonces, que Simkin se queje de que, a pesar del interés que ha mostrado la Psicología de la Religión desde sus inicios por el estudio de la religiosidad y la espiritualidad, y del incremento de ese interés en los últimos años, “la falta de consenso en cuanto a su definición ha contribuido a una proliferación de instrumentos de evaluación disímiles, dificultando la integración sistemática de los

resultados reportados en los distintos estudios (Hill, 2012)” (Simkin, 2017a, p. 178).

Beca Infante intenta deslindar la religiosidad y la espiritualidad, pero reconoce la variedad de contenidos que se agrupan bajo esta última:

Lo espiritual se refiere al mundo de los valores, a la posición personal ante lo trascendente y sobre el sentido último de las cosas, a la visión global de la vida y de las opciones personales. La religión en cambio es un conjunto de creencias y concepciones sobre lo trascendente, junto a prácticas y ritos compartidos con una comunidad de creyentes. Si bien no todas las personas tienen una religión, todas tienen, de alguna manera, inquietudes espirituales y éstas aumentan en situaciones especiales como la enfermedad. [...] Se han referido más de 90 intentos de definición de espiritualidad, las que incluyen conceptos tan variados como la relación con Dios o un ser espiritual, algo superior a uno mismo, trascendencia, significados y fines de la vida, fuerza vital de la persona, vida interior, paz interior, comunión con otros, contacto con la naturaleza, relaciones con familiares y amigos, etc. Así la espiritualidad se refiere al conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias que permiten a cada persona orientar sus proyectos de vida. Incluye necesariamente lo religioso, pero no se agota en ello, aunque para muchas personas su espiritualidad es religiosa en cuanto a que a través de su fe buscan respuestas acerca de lo sobrenatural y llegan a establecer una relación con Dios y la trascendencia. (Beca Infante, 2008)

Mas, a pesar de estos intentos de diferenciación, si la religión la entendemos entonces, en una acepción amplia –como hacían Frankl y Aranguren– como el conjunto de experiencias que se relacionan con el sentido último de la vida, difícilmente se va a poder mantener la frontera entre los dos constructos. La realidad es que ambos pueden ir juntos o separados en la experiencia de los diferentes sujetos. Krishnakumar y Neck (2002), después de revisar las definiciones que se ofrecen sobre la espiritualidad, concluyen que se pueden sintetizar agrupándolas desde tres perspectivas:

a) una perspectiva intrínseca: en ella, la espiritualidad se origina en la interioridad del individuo y es capaz de trascender las normas religiosas. Hace referencia al sentimiento de conexión con la esencia de uno mismo, los demás y el conjunto del universo.

b) una perspectiva religiosa: en esta, por el contrario, se asumen las creencias en entidades sobrenaturales o poderes impersonales que rigen el universo, según una religión concreta, así como sus propuestas morales.

c) una perspectiva existencial, que pone el acento en la búsqueda del sentido de la propia actividad y la propia vida.

Eso sí, como indica Salgado-Levano:

Indudablemente, se pueden encontrar definiciones que con claridad aborden una de las perspectivas, pero también se van a encontrar definiciones que integren dos o tres perspectivas ya que, por ejemplo, podría existir la

espiritualidad cuya base es religiosa, pero se asienta en un origen intrínseco y tiene implicancias a nivel existencial. (Salgado-Levano, 2016, p. 10)

Más allá de las diferentes descripciones para diferenciar religiosidad y espiritualidad, y de la general admisión de la posibilidad de una espiritualidad no religiosa, es relevante la repetitiva consideración que hacen distintos autores a la hora de vincular la primera a la esfera afectiva, mientras desvinculan de ella a la espiritualidad. Ya se vio que así lo hacía Starbuck, y, como señala Simkin (2017b), así lo harán Piedmont (2004a) Ruckmick (1920) y Woodworth (1940). Aranguren, resumiendo el pensamiento de William James al respecto, señalaba: “el ateo se diferencia del religioso en que carece del ‘sentimiento’ de esa ‘experiencia’ ” (Aranguren, 1994, p. 3).

Aún complica más la situación el hecho del dinamismo de los constructos. Koenig (2008) señaló cómo el concepto de “espiritualidad” había ido evolucionando desde una versión tradicional en la que la espiritualidad se hallaba profundamente vinculada a la vivencia religiosa, a una versión moderna, en la que se concebía la posibilidad de personas espirituales, pero no religiosas, hasta llegar a una concepción de la espiritualidad que abarca también a la persona con una cosmovisión agnóstica o atea.

Ámbito de Coincidencia y Caminos Divergentes

Ya se ha podido ver, por lo expuesto hasta ahora, que:

a) por un lado, la Psicología de la Religión se ocupa, al menos parte de ella, de la dimensión psicológica de la espiritualidad (sin perjuicio de las dificultades de definición de tal constructo); y

b) por otro, la Psicología Transpersonal incluyó, ya desde su nacimiento, constructos con claras raíces o connotaciones religiosas (éxtasis, experiencias místicas, fenómenos trascendentes), junto con otros del ámbito de la espiritualidad (espíritu, sentido último, trascendencia del *self*). Eso sí, no hay referencia alguna a que esos fenómenos guarden alguna relación con la vivencia religiosa, ni siquiera en el sentido acuñado por James de “religión personal”. En la misma línea va la definición sintética de Lajoie y Saphiro que antes se citó: los estados de conciencia unitivos, espirituales y trascendentes son campo de estudio de la Psicología de la Religión explícitamente, e implícitamente también lo es “el estudio del más alto potencial de la humanidad”, que luego cada religión determinará con una categoría propia (santidad, iluminación, etc.).

Se podría pensar que la coincidencia del enfoque psicológico (sabiendo que se hará desde las distintas escuelas o corrientes que conviven en él) y la coincidencia en buena parte del ámbito a tratar (con áreas de ambas disciplinas que claramente se solapan), hay bastantes estudios e investigaciones que pueden insertarse en cualquiera de las dos. Probablemente la adscripción a una u otra por parte de sus editores, lectores y círculos de difusión, va a depender más del sentido de pertenencia de sus autores que del tema en sí.

Pero conviene también hacer notar que entre ellas hay diferencias –sutiles o no tan sutiles– que les dan un colorido propio e irreductible. Hay algunas diferencias palpables, pero, en conjunto, se trata más de cuestión del énfasis que cada una de ellas pone en determinados aspectos, de gradación, que de discrepancia académica o científica. Sin embargo, ese diferenciado aroma es intuitivamente perceptible y generador de una reacción afectiva de atracción o rechazo por parte de las personas que se acercan a una u otra. Veamos esas divergencias:

El Paritorio. Si se simplifica, se podría decir que una nace en una clínica, con métodos convencionales, y la otra de parto natural, en casa.

Ambas disciplinas se gestan en contextos sociológicos bien diferenciados. La que después sería la división 36 de la APA (Psicología de la Religión) se desarrolló a partir de la iniciativa de un núcleo de psicólogos católicos la *American Catholic Psychological Association* (ACPA) (véase en Reuder, 1999), si bien luego fue desbordando esos límites y ampliándose tanto en lo que se refiere a la adscripción religiosa de sus miembros como en lo que se refiere a la inclusión de la espiritualidad. Los padres, pues, formaban parte de una religión institucionalizada. El contexto en el que nació la Psicología Transpersonal era el propio de la contracultura californiana de los años sesenta, en el que imperaban el sincretismo y lo que se ha llamado “religión a la carta”, pero sobre todo “la religión de la no religión” (Peter Watson, 2014). Este autor afirma: “En Esalen todo el mundo profesa sus dogmas con moderación, definiéndose a sí mismos como personas ‘¿espirituales pero no religiosas... En este lugar el misticismo no es una suerte de abstracción trascendente, carente de todo contenido político o moral’” (Watson, p. 559). También hay un detalle importante a tener en cuenta: en el nacimiento de la Psicología de la Religión hay todo un equipo de expertos que aportan sus conocimientos (los pioneros y predecesores como Starbuck, Bucke, Flournoy, James, Assagioli, Jung, Allport, etc.). El nacimiento de la Psicología Transpersonal tiene lugar en la intimidad de la familia que lo da a luz. Aunque los padres conocen las aportaciones de estos pioneros, parecen prescindir de ellas y arreglárselas con los medios exclusivos de lo que ellos están investigando. Baste ver la diferencia entre las citas a la literatura anterior por parte de unos y de otros.

Los Destinatarios. Por el propio marco en que nacieron, mientras la Psicología de la Religión dirigió su atención, ante todo, al estudio de los hechos psíquicos de carácter religioso en personas mayoritariamente encuadradas en un marco religioso tradicional, básicamente occidental –en un principio– y teísta, la Psicología Transpersonal asumió el estudio de los hechos psíquicos de carácter religioso –o espiritual– de personas alérgicas a la institucionalización de casi todo, y más bien dentro de un marco no teísta y muy influido por la religiosidad oriental.

Es más: si eso era así en el momento en que surgió la Psicología Transpersonal, no se puede obviar que, entre nosotros, la evolución social ha llevado a buena parte de las personas, jóvenes y adultos jóvenes, a crear su propio marco de espiritualidad (religiosa o no, y muchas veces sincrética) no exento de ignorancia y

contradicciones. En el instituto en el que la autora de este escrito ejerce su profesión, se suele entregar a los solicitantes de psicoterapia un cuestionario inicial en el que se incluye la pregunta por la cosmovisión en la que preferentemente se sitúan. Lo habitual es que no elijan una sola, sino que marquen varias a la vez como “postura principal” y no es nada infrecuente que señalen como tal, simultáneamente, el ateísmo, el teísmo y el panteísmo. En cambio, es una muy pequeña minoría las que señalan religiones institucionalizadas (cristianismo, judaísmo, budismo, hinduismo o islam) de una lista de quince opciones. Un pequeño grupo marca como postura principal el esoterismo y algunos marcan “otros”, por no sentirse identificados con ninguna de las opciones presentadas. A la vez que ello, se ha podido constatar un aumento claro de indiferentismo o banalización respecto a esta cuestión, mucho menos relevante hoy que hace treinta años, como se deduce de las respuestas que dan en dicho cuestionario a la aspiración a tener una visión filosófica o religiosa unificadora sobre el sentido de la vida, del ser humano, del mundo, etc.

Conviene subrayar que el nacimiento de la Psicología Transpersonal estuvo muy marcado por la apología de las “experiencias cumbre” descritas por Maslow. Señala Peter Watson que “No es posible basar la existencia exclusivamente en este tipo de vivencias, pero Maslow hacía hincapié en que, lo contrario, una vida sin ellas, resultaría enfermiza, nihilista y potencialmente violenta” (Watson, 2014, p. 561). Muchos jóvenes de la contracultura californiana de los años sesenta, pacifistas, curiosos, arriesgados, y a veces banales y poco pacientes, se lanzaban a explorar cómo provocarse este tipo de experiencias. Bien lejos de la religiosidad del esfuerzo y el compromiso cognitivo e institucional que marcaba el estilo de los grupos en los que se gestaba la Psicología de la Religión.

Los Límites. La Psicología de la Religión y de la Espiritualidad reduce su campo a la exploración de la dimensión psicológica de estos fenómenos. La Psicología Transpersonal, no. No hay que olvidar que uno de los fundadores, Grof, llevaba investigando con drogas psicodélicas desde los años 50 del pasado siglo y que en el primer ambiente que la acogió abundaba el consumo de las mismas. El estudio de lo que se llamó “estados alterados de conciencia” o “estados modificados de conciencia” provocados por ese consumo, formó parte del objeto de estudio de la Psicología Transpersonal y, por extensión, los estados de conciencia no habituales, sea por la realización de alguna práctica dirigida a conseguirlos (prácticas regresivas a través de respiración holotrópica, de sonidos de percusión, o de aislamiento sensorial, etc.) sea por darse en forma espontánea. Si bien la Psicología de la Religión y la Espiritualidad abordaban los estados alterados que se producían como consecuencia de una experiencia de tipo religioso-místico (éxtasis) no abordaba este otro tipo de fenómenos. Parte de la Psicología Transpersonal se centró en el estudio de estados de conciencia no habituales, tanto dentro del marco de lo religioso-espiritual como fuera de él. Sirva como ejemplo la cartografía de estados de conciencia que señala Krippner (1979) en la que distingue veinte modalidades diferentes, o la de Weil (1997), relacionando el tipo de ondas cerebrales y los *chakras* del hinduismo. Grof

(2015) describe 44 experiencias que incluye como transpersonales, entre las que se encuentran fenómenos tan variados como la identificación con animales, vivencias filogenéticas, vivencias espiritistas, conciencia cósmica, vivencia del ADN o de encarnaciones pasadas.

El Método. Ya se señaló que uno de los dos principios que había marcado Flournoy para la Psicología de la Religión fue “la exclusión de la trascendencia”, es decir, que (al igual que recalcó reiteradamente William James) el estudio de la disciplina se restringe a la dimensión interior, al psiquismo de la vivencia religiosa y/o espiritual. A indagar, por tanto, aspectos motivacionales que respondan a preguntas del estilo de las que plantean Beit-Hallahmi y Argyle (1997): ¿por qué hay personas que participan en actos religiosos? ¿hay diferencias, en términos de personalidad, que caracterizan a los sujetos de un alto nivel de religiosidad (o espiritualidad)? ¿qué consecuencias tiene tal actitud en la vida de esas personas? ¿hay motivos ocultos en esa actitud? Como señalan estos autores, “la psicología de la religión es, por definición, empírica. Ofrece observaciones y explicaciones de los fenómenos de la religión, utilizando la terminología de las teorías psicológicas” (Beit-Hallahmi y Argyle, 1997, pp. 8).

Esta exclusión de la trascendencia llevó a los estudiosos de la Psicología de la Religión a plantearse bien pronto qué postura era la más adecuada para estudiar el tema. Mankeliunas (1957) resume tres posturas: a) la de los que consideran que será más científica la postura del empírico arreligioso; b) la de quienes piensan que el psicólogo religioso comprenderá mejor los fenómenos a estudiar. Esta es la postura mantenida mayoritariamente por el Congreso de Psicología de la Religión celebrado en Lancaster de 1977, en el que se entendía que el psicólogo agnóstico o ateo “deben atenerse a la búsqueda de correlaciones superficiales entre medidas de religiosidad y otras variables externas” (Garcés, 1985, p. 190); y c) la que quienes sostienen que el ideal es que el estudioso haya sido religioso (que le permitirá entender lo que está tratando) y haya abandonado la religión (que le permitirá ser más imparcial). Las posturas radicales han ido dejando paso a propugnar, como apuntan Mankeliunas (1957) y Vergote (1969) lo que este último denomina “una neutralidad benevolente”, es decir, un rigor que no excluya un interés y una cierta simpatía por el tema que estudia, como se exige a cualquier científico respecto a lo que investiga.

Pues bien: no queda más remedio que constatar que, así como los psicólogos de la religión han sido escrupulosos en mantener el principio de exclusión de la trascendencia, aunque estudien los fenómenos religiosos inscritos en una religión particular, los psicólogos transpersonales no lo han sido tanto. Sorprende que no hayan seguido el impecable camino marcado por algunos pioneros, como Assagioli (1973; 1993a). Demasiado frecuentemente han atribuido un valor objetivo a los fenómenos de conciencia narrados por los sujetos investigados o han elaborado sus teorías a partir de su postura religiosa/espiritual. Y hay que decir que, cuando eso ocurre, están confundiendo el “hacer psicología” con “hacer filosofía” o

“hacer teología” (si es que es posible decir esto último en relación con religiones ateas). Un ejemplo: Wilber, acaso el más conocido y prolífico de los autores que figuran en cualquier lista de Psicología Transpersonal, capaz de reinventarse a sí mismo unas cuantas veces, puede pasar de realizar relevantes aportaciones a la Psicología –como la que se nombrará después– a determinar qué cosmovisiones son “más verdaderas” o “superiores” a las otras, o la afirmar como hecho la caída de la divinidad que sostienen algunos hinduismos (Wilber, 1998). Otro ejemplo es el de los autores que incurren en lo que Heron (2006) denomina “la falacia de la reencarnación”. Así, Grof (1988) pasa de narrar las experiencias de los sujetos de sus investigaciones a dar por válido como hecho objetivo el contenido de las mismas, elevando a la categoría de realidad empírica las reencarnaciones anteriores del sujeto, etc. Igual hacen autores como Boadella (1993) que, tras un riguroso estudio de la formación de la personalidad en base al desarrollo embrionario, pasa a formular como incontestable la reencarnación *post-mortem*. Bastante lejos de lo que Scharrón del Río pide, cuando señala que “La rigurosidad, la asepsia, y el método científico, son instancias que requieren del ejercicio de disciplina en la ciencia” (Scharrón del Río, 2010, p.89).

La Vocación. Mientras la Psicología de la Religión se ha centrado, básicamente, en la comprensión de los fenómenos religiosos y espirituales, la Psicología Transpersonal nació desde y para la psicoterapia. La comprensión de la dimensión trascendente está al servicio del cambio, la sanación y el crecimiento. Son escasos los tratadistas de Psicología de la Religión que –como Garrigou-Lagrange (1957), para el cristianismo– han creado un estudio sistemático de la espiritualidad, diferenciando entre espiritualidad sana e insana y señalado pautas a seguir ante los problemas que esta última plantea.

La Psicología Transpersonal –aparte del importante modelo pionero de la Psicósíntesis de Assagioli (Assagioli, 1973; 1993a; 1993b)– ha dado también lugar a lo que Grof (2015) denomina “la gran cartografía de la psique humana” elaborada a partir de sus investigaciones, y en la que explora más allá del nivel biográfico habitual lo que el llama “niveles transbiográficos”, relacionando las experiencias perinatales del trauma del nacimiento con experiencias espirituales, señalando la jerarquía de las diferentes constelaciones inconscientes y su dinámica específica. Estas investigaciones han servido a Stanislav Grof para elaborar, junto con su esposa Christine, métodos específicos de tratamiento de las crisis y emergencias espirituales (Grof y Grof, 1993a; 1993b; 1993c; 1994). Ha dado lugar a un modelo de corte psicoanalítico (Washburn, 1990, 1997, 1999) para orientar las crisis regresivas hacia la curación mediante la recuperación de la dimensión trascendente, o a modelos como el de Nelson (2000) para tratar las patologías psiquiátricas relacionadas con la espiritualidad, y a estudios diagnósticos de salud e insania mental en la religiosidad (McNamara, 1979), al igual que ha hecho Wilber (1985; 1994a; 1994b; 1994c), o la propia autora de este escrito (Gimeno-Bayón, 2019a). O, más que centrarse en las diferentes patologías, han aportado recursos concretos para el desarrollo de la

dimensión transpersonal (Ferrucci, 1981; Gimeno-Bayón, 2019b; 2020).

Las Carencias de la Psicología Transpersonal

Como consecuencia de lo anteriormente relatado, la Psicología Transpersonal adolece de una serie de carencias que, enumeradas esquemáticamente se pueden sintetizar en la siguiente forma:

a) Pareciera que la Psicología Transpersonal, al prescindir de las aportaciones anteriores a su nacimiento sobre temas que ella misma toca, quisiera subrayar que se trata de algo *ex novo* y no necesita apoyarse en nada (actitud un tanto narcisista, por otro lado). Esto tiene la ventaja de partir sin un marco que pueda empañar con prejuicios heredados sus hallazgos, a partir del estudio empírico de lo que directamente constata. Tiene la desventaja de que pierde las aportaciones realizadas por los estudios empíricos que la precedieron y de no aprovechar lo que se llama “cultura”, es decir, el legado de sabiduría que se va heredando de las generaciones anteriores y que nos permite no tener que inventar el fuego y la rueda. Sin embargo, difícilmente se puede exponer una teoría sin que esta se encuentre encuadrada –implícita o explícitamente, consciente o inconscientemente– en el marco de una metateoría. La Psicoterapia Transpersonal, en general, no es una excepción:

Recientemente, Walsh y Vaughan (1993) caracterizaron los estudios transpersonales como disciplinas independientes de cualquier tradición religiosa, escuela filosófica o concepción del mundo. Sin embargo, los fundamentos filosóficos de la teoría transpersonal han sido a menudo asociados con la filosofía perenne (Hutchins, 1987; Rohtberg, 1986; Valle, 1989; Wilber, 1990; 1995), y el pensamiento universalista acerca de la espiritualidad humana característico del perennealismo impregna virtualmente toda la literatura transpersonal contemporánea (véase, por ejemplo, Grof, 1998, 1993; Harman, 1988; Nelson, 1994; Vaughan, 1986, 1988; Wittine, 1989). (Noguera Ferrer, 1999, p. 72)

Eso significa que al prescindir (teóricamente) del apoyo cultural externo, frecuentemente han creado para algunas de sus afirmaciones un sustrato filosófico que, como se dijo en otro lugar,

les ha llevado a practicar un *amateurismo filosófico*, ser poco sensibles a los diferentes paradigmas que se han ido sucediendo en aquella ciencia, y, en definitiva, ser poco rigurosos a la hora de elaborar un pensamiento multidisciplinar. No ha sido, a mi juicio, hasta la obra de Ferrer (Noguera Ferrer, 1999; Ferrer, 2003), donde se ha planteado abiertamente esta grave carencia que tiñe –inconscientemente, suponemos– las aportaciones del movimiento de un talante dogmático y partidista. (Gimeno-Bayón, 2015, p. 15)

Por otra parte, tal postura lleva a un distanciamiento práctico y a una especie de ignorancia mutua entre la Psicología de la Religión y la Psicología Transpersonal. Pareciera que cada una de ellas no tuviera noticia de la existencia de la otra, cosa

que no dice nada bueno de ninguna de las dos.

b) El hecho de extenderse su difusión y su estudio entre sujetos que viven la religiosidad o espiritualidad en forma individualista (es decir, “mi religiosidad o mi espiritualidad es solo mía, la he creado yo a mi medida”) hace difícil las investigaciones cuantitativas que pretendan agrupar a los sujetos en base a sus características comunes. La “dispersión de convicciones y creencias” y los diferentes “platos combinados” de una elección idiosincrásica, dificultan la aplicación de instrumentos convencionales –pensados para un determinado tipo de espiritualidad– y la generalización de conclusiones. La psicometría tiene que ingeniárselas para hacer estudios muy amplios, o reinventar soluciones novedosas cuando es tan difícil su aplicación. Como señala Simkin: “Uno de los problemas que han presentado las técnicas de evaluación de la religiosidad y la espiritualidad en psicología radica en que la mayoría solamente reflejan las orientaciones cristianas y occidentales” (Simkin, 1917b).

c) Que la Psicología Transpersonal haya iniciado su camino sin unos límites definidos (aún menos que los de la Psicología de la Religión y la Espiritualidad, por la liquidez de estos términos, según se ha visto), hace difícil la reducción de su campo de estudio a una estructura común subyacente a los diversos aspectos que de hecho ha tratado. Podría decirse que, a partir de la realidad de su trayectoria, la Psicología Transpersonal se ha ocupa

- de los fenómenos psíquicos que acompañan la vivencia de la espiritualidad (sea lo que sea que esto signifique) y la religiosidad (principalmente la de corte orientalista)
- de los estados modificados de conciencia, parte de los cuales se pueden encuadrar dentro de las experiencias trascendentes o transpersonales
- de otros estados de conciencia, que Rowan (1996) denomina “extrapersonales”, que no hacen referencia a la dimensión trascendente, sino a fenómenos que denotan funcionamientos de la comunicación humana que superan las barreras convencionales de espacio y del tiempo y que entran dentro del ámbito de lo que se llama “parapsicología”: telepatía, sueños premonitorios, *mediummismo*, espiritismo, etc.. Aquí se pueden citar buena parte de los recogidos por Grof en su lista de estados de conciencia transpersonales y cuya denominación puede llevar a aumentar aún más el embarramiento de un terreno tan pantanoso.

La inclusión dentro de su campo de investigación de los estados de conciencia no habituales se realizó en un ambiente de clara confusión entre: los que reunían las características de lo transpersonal; los que eran estados regresivos; y los que eran intoxicaciones (más propias –estas últimas– del estudio de la psiquiatría o las neurociencias que de la Psicología en sí). Por suerte, Wilber (1992), formuló lo que el denominó “la falacia pre-trans”, dejando claras las similitudes que podían llevar a confundir dos tipos de experiencias bien diferenciadas, así como las contraindicaciones terapéuticas de la provocación de estados pre-personales en sujetos

con una estructura lábil.

La falta de capacidad, o de preocupación y rigor filosófico para distinguir entre fenómenos místicos, regresivos, paranormales, etc., como se dijo en otro lugar,

llevaba a confusiones tales como la de suponer que en esos momentos excepcionales –privados e inefables– de expansión de la conciencia individual permitían acceder a conocimientos objetivos transpersonales. Pero, como señala Ferrer, siguiendo a Habermas, estos fenómenos pueden ser “en el mejor de los casos edificantes, pero siempre epistemológicamente estériles, es decir, incapaces de ajustarse a las demandas objetivas del conocimiento válido de la ciencia empírica” (Ferrer, 2003, p. 53). (Gimeno-Bayón, 2015, p. 43)

Que en el nacimiento de la Psicología Transpersonal estuvieran tan presentes los estudios sobre las “experiencias cumbre” de Maslow, junto con la interesante puerta que se abría, tuvo también su repercusión negativa, pues llevó a la valoración de tal tipo de vivencias en sí mismas, incluyendo la provocación de Estados Modificados de Conciencia a base de ingestión de sustancias variadas (peyote, LSD...). A pesar del posterior desencanto del autor al observar su transitoriedad y su frecuente inutilidad de cara a la autorrealización, y su clara apuesta por lo que llamó “los estados meseta” (Maslow, 1983), más integradores, estables y fructíferos que aquellas experiencias –eso sí, menos vistosos– quedó relegada esta a un segundo plano. Por desgracia, buena parte de los terapeutas que militaban en la Psicología Transpersonal acercaron demasiado cualquier estado alterado de conciencia (incluido el provocado por drogas) y espiritualidad, confusión que sigue permaneciendo en el imaginario de buena parte de las personas que se mueven en el ámbito de la búsqueda psicológico-espiritual. Ello plantea serios problemas respecto a la eticidad de tal enfoque, tanto desde el punto de vista de la salud mental como de la suplantación de la espiritualidad auténtica por sensaciones novedosas. El psiquiatra LeShan, se expresaba con claridad al respecto:

Todas las escuelas serias de meditación, todas las escuelas serias de psicoterapia, han señalado que la búsqueda de la sensación en sí misma, más que favorecer, dificulta o impide el desarrollo interior.[...]

Ciertamente, un estado “alto” puede estar ocasionalmente dotado de un valor real, pues puede mostrarnos el fin que perseguimos en nuestro trabajo y puede también ayudarnos a fortalecer nuestras motivaciones con vistas a superar posibles períodos largos, duros y áridos. Walter Huston Clarck decía: “Las drogas pueden abrir una puerta, pero no nos proporcionan una morada en la que vivir”. Un viaje de LSD realmente aceptable puede elevarnos a las alturas de la montaña desde la que contemplar la tierra prometida por la que luchamos. Pero una elección se hace entonces necesaria: podemos permanecer en la montaña con ayuda de más LSD, o descender a la base y afrontar la larga y difícil tarea de atravesar el desierto para llegar hasta allí. Que cada cual elija por sí mismo. (LeShan, 1986, p. 135s.)

d) El traspaso de la “abstención de la trascendencia” y de la “neutralidad benevolente” ha llevado a que, en demasiadas ocasiones, la Psicología Transpersonal, en su exposición teórica y en su aplicación práctica, haya dado lugar a un tipo de dogmatismo camuflado, que da por sentada la realidad objetiva de afirmaciones que no son otra cosa que una opción filosófica o religiosa. La aceptación, sin más, del llamado “perennialismo” de Huxley (1977) como algo incuestionable destroza todas las barreras de rigor intelectual que la ciencia debe respetar. Ferrer expresa su disgusto respecto a tal postura, cuando señala que el perennialismo:

1) es una postura filosófica apriorística, 2) favorece una metafísica monista no dual, 3) está orientado hacia una epistemología objetivista, 4) se inclina hacia el esencialismo y, por consiguiente, 5) tiende a caer en el dogmatismo religioso y en la intolerancia a pesar de su alegada postura inclusivista. (Ferrer, 2003, p. 124)

A ello se suma que el autor más leído e influyente en la Psicología Transpersonal, Ken Wilber (aunque este decidió abandonar su encuadre para pasarse al campo filosófico) adoptó una posición claramente partidaria de jerarquizar la valía objetiva de las diferentes religiones al plantear su modelo filosófico-psicológico (Wilber, 1991). El resultado es que el modelo posee un sesgo orientalista claro, por ejemplo, al considerar como estados espirituales superiores aquellos pertenecientes a tradiciones orientales no-dualistas, en concreto a la escuela hindú Advaita vedanta y al budismo mahayana y tibetano (Dzogchen, en particular). De ese modo el modelo relega a la mayor parte del misticismo judío, cristiano y musulmán a un nivel de logro espiritual inferior, por no hablar de las formas indígenas y chamánicas de espiritualidad (Noguera Ferrer, 1999, p. 88).

Por supuesto que hay honrosas excepciones y autores que mantienen el sabio principio de Flournoy, pero es bastante común, entre los autores de Psicología Transpersonal, vender conjuntamente psicología y religión, en un solo lote y sin previo aviso, saltando todas las precauciones que una epistemología científica debiera conocer y ejercitar.

Por otra parte, el hecho de que los destinatarios iniciales (y buena parte de los actuales) no tuvieran –en general– una cosmovisión religiosa o filosófica que permitiera unificar los valores y preguntas últimas de la persona, ha llevado a sesgar la ubicación de la Psicología y a una “psicologización de la experiencia religiosa” y a buscar en la Psicología las respuestas propias de la religión (institucional o no, teísta, atea o agnóstica).

Retos a Superar

Con todo lo ya expuesto, queda patente que la Psicología Transpersonal, y en consecuencia su aplicación a través de la dimensión psicoterapéutica, tiene unos cuantos retos a superar:

a) El reto de dialogar con la cultura de su campo de estudio precedente y con la Psicología de la Religión, para enriquecerse de ese diálogo y enriquecer también

a esta disciplina.

b) El reto de no reprimir en sus estudios los fenómenos psíquicos que se dan en el seno de religiones institucionalizadas, en especial los monoteísmos más presentes en las culturas occidentales. El reto de incluye no dejar fuera de la investigación los fenómenos psíquicos (motivaciones, repercusiones en sus cogniciones, estilos de personalidad, patologías, etc.) de quienes viven una religiosidad extrínseca, para utilizar la terminología de Allport (1950).

c) El reto de distinguir con claridad –dentro de sus estudios sobre estados de conciencia no habituales– lo que son experiencias transpersonales, prepersonales y extrapersonales, creando también ámbitos de estudio adecuadamente diferenciados para cada una de ellas y de herramientas terapéuticas específicas para las patologías que se puedan presentar en sus respectivos marcos. Especialmente delicado resulta aquí la aplicación indiscriminada de técnicas catárticas o la ingestión de sustancias, sin tener en cuenta el contexto clínico de cada sujeto, la estabilidad de su organización intrapsíquica, sus motivaciones no conscientes, etc., a fin de evitar que esas intervenciones puedan llevar a provocar un desequilibrio o una fractura interna, más que a una sanación y un crecimiento personal y transpersonal.

d) El reto de ejercer sus tareas científicas y psicoterapéuticas con una eticidad respetuosa del marco de devoción y de referencia religiosa de cada uno de los sujetos que acuden a pedir psicoterapia, desde una actitud de “abstención de trascendencia” y sin pretender –a veces inconscientemente– que participen de uno específico (el del terapeuta). Los beneficios que puede aportar la inclusión de la dimensión espiritual como parte de las vivencias internas más importantes del sujeto (pues así es muchas veces), no consistirá, como señala González Valdés, en hacer proselitismo, sino en “aprovechar la tendencia natural y espontánea de los propios creyentes en aras a su salud” (González Valdés, 2004, p. 26), lo que incluye, según esta autora, distanciarse de la minimización de las creencias, o pretender eliminarlas o cambiarlas “puesto que solo conseguiría con ello destruir el *rapport* y la empatía que todo trabajador de la salud debe tener” (González Valdés, 2004, p. 26).

e) Otro reto a superar, compartido con la Psicología de la Religión, es el de afinar a la hora de precisar y evaluar los constructos con los que trabajan, porque, además de lo que se indicó respecto a la ambigüedad de los constructos “religión” y “espiritualidad”, hay constructos que se solapan, “mientras que algunos autores definen los constructos numinosos como orientaciones motivacionales (Allport y Ross, 1967) otros los comprenden como rasgos de la personalidad (Piedmont, 2004) o estrategias de afrontamiento (Pargament et al., 2000)” (Simkin, 2017a, p. 180).

Ahora bien: por muchos y relevantes que sean esos retos, el principal desafío que existe hoy en este ámbito lo tiene planteado la Psicología, como disciplina científica (y su aplicación a la psicoterapia), y consiste en dar la atención que merece al tema, ya que es imposible comprender a la mayoría de sujetos, para los cuales “la religión es un tipo de ideología muy particular, que involucra al individuo en un compromiso único, en la ausencia de evidencia o argumento racional, y en una

red única de relaciones, reales e imaginadas” (Beit-Hallahmi y Argyle, 1997, p. 5). Eso sí, aquí se trata de interpretar el término en sentido amplio como generador de significado existencial y de procesos de afrontamiento de las dificultades vitales.

Cohen se extraña de la poca atención que ha merecido el estudio de la religiosidad dentro de la Psicología, apuntando que “es uno de los mayores agujeros en la psicología, una parte críticamente importante de la vida humana, pero que no recibe la atención empírica que merece” (Cohen, 2015) y señala cuatro razones por las que la religión es importante para ser estudiada por los psicólogos:

1. La religión es una base central para el juicio moral.
2. La religión moldea ampliamente la autoconcepción.
3. La religión afecta fuertemente las relaciones interpersonales e intergrupales.
4. La religión brinda una interesante oportunidad para considerar la forma en que las fuerzas culturales moldean la psicología de las personas en formas complejas (Cohen, 2015, p. 77).

Si no se quiere limitar artificialmente el estudio del psiquismo humano, toca tomar nota de que la religiosidad influye configurando lo más íntimo del mismo, empezando por el funcionamiento y estructura cerebral. Ya hace unos cuantos años que Zohar, la creadora del constructo “inteligencia espiritual” daba cuenta de los hallazgos de las investigaciones en la Universidad de California del neurólogo Ramachandran y su equipo (Zohar, 1997). Estos llegaron a la conclusión de la existencia en el cerebro humano de lo que llamaron “el punto divino”, situado entre las conexiones neurales de los lóbulos temporales. Esta zona se activaba exclusivamente –como pudieron comprobar por los escáneres– cuando los sujetos hablaban de temas espirituales y religiosos. Actualmente, desde la neurociencia se están realizando interesantes investigaciones en torno al tema. Algunas de ellas son tan específicas como la que recoge Tobeña en su investigación (Tobeña, 2012), en la que ha encontrado diferencias entre “el cerebro ateo” y el “cerebro religioso”:

Las medidas de religiosidad permitieron derivar grandes vectores que presentaron covariaciones con volúmenes zonales de la corteza cerebral: así, la “*experiencia de una relación íntima con Dios*”, covariaba positivamente con los volúmenes de las zonas anteriores y medias de los lóbulos temporales; el “*miedo a la ira divina*” covarió negativamente con el volumen de regiones orbitofrontales y parietales; y el “*pragmatismo y la incredulidad religiosa*” con regiones parietales (el *precuneus* derecho, particularmente) (Tobeña, 2012, p. 49).

La Psicología –a la hora de impartir formación a los profesionales– no se puede permitir dejar de lado las dinámicas internas provocadas por la dimensión espiritual del ser humano, ni estados de conciencia que parecen difíciles de comprender. No es lícito utilizar un mecanismo de negación para evitar entrar en temas espinosos. Algunos, sobre todo dentro del área sanitaria de los cuidados a enfermos terminales, se sienten francamente desconcertados al observar la inexistencia de formación en el tema por parte de las instituciones que se ocupan de los profesionales de la salud.

Especialmente ocurre eso con los que se enfrentan día a día con situaciones extremas, necesitados de tener parámetros profesionales y científicos para abordar los requerimientos espirituales del paciente sin tener herramientas para ello, dejándolas exclusivamente a la intuición personal del profesional. Por ello:

se hace evidente la necesidad de que quienes se encuentren en proceso de formación avanzado como también las sociedades y entidades de formación académica, realicen aportes y agilicen los procesos requeridos para estandarizar el rol o competencias del psicólogo para el abordaje de la dimensión espiritual en el contexto de la salud. Por tanto, se dé lugar al desarrollo de cátedras, cursos de profundización, diplomados u otros con el fin de promover y desarrollar el trabajo de la dimensión espiritual en la práctica profesional. (Orozco et al., 2019, p. 46)

Quienes, más allá del campo académico, trabajan en el campo clínico, conocen la relevancia del tema. Son muchas las voces que reclaman esta atención:

“Incluir el aspecto espiritual o de inteligencia espiritual en nuestro quehacer investigativo y clínico es imprescindible para que nuestras explicaciones e intervenciones clínicas sean cónsonas con la realidad de las poblaciones en las que intervenimos” (Scharrón del Río, 2010, p. 87).

De esta manera, se puede lograr un entendimiento más completo de las dinámicas interpersonales y de relaciones objetales de las personas en terapia, lo cual potencialmente puede ayudar a informar los objetivos terapéuticos y a promover cambios (Scharrón del Río, 2010, pp. 87 y 102).

Esta autora, con Tucker (2002), observa cómo, entre la población menos privilegiada, la atención psicológica profesional queda más lejos (en términos de conocimiento, economía y confianza) que la que ofrecen las diferentes instituciones religiosas que les están prestando servicios de otro tipo, y a las que acuden para momentos de tránsito vital (nacimiento, matrimonio, muerte).

Tanto las minorías étnicas en los Estados Unidos y las poblaciones de escasos recursos en Puerto Rico, Latinoamérica y los Estados Unidos encuentran en los sistemas religiosos instancias de conexión, de unión, de apoyo. También encuentran sentido de pertenencia, identidad, optimismo y esperanza (Scharrón del Río, 2010, p. 101).

De otra parte, la comprensión del paciente que acude a psicoterapia se enriquece cuando se observa cómo diferentes religiones específicas favorecen o no algunos procesos psicológicos. Así lo constatan Cohen et al. (2006), en cuanto a la diferencia de predisposición al perdón entre el cristianismo y el judaísmo, o Tsai et al. (2007) en cuanto a la diferencia de valoración y promoción de las diferentes emociones, entre cristianos y budistas, ya que en sus investigaciones concluyeron que mientras los primeros priorizan como estado afectivo ideal los estados positivos de alta excitación, los segundos lo hacen con los estados positivos de baja excitación.

No se puede dejar de constatar que una gran parte de las investigaciones que se han realizado en los últimos años en este campo proceden de los profesionales

de la medicina paliativa, que se encuentran cómo, ante la antesala de la muerte, la religión y la espiritualidad juegan un papel primordial, básicamente como factor protector: “se han realizado una serie de investigaciones que aportan evidencia que la coloca como una necesidad de atención de los pacientes, ya que entre otras cosas, impacta sobre variables como las conductas de cuidado de la salud y la calidad de vida (Sandoval Guzmán et al., 2014, p. 334). Son ya centenares las investigaciones empíricas que se han llevado a cabo en este terreno, a diferencia de lo que había ocurrido en décadas anteriores (véase en Garcés, 1985). Probablemente la más abarcativa de estas investigaciones es el metaanálisis realizado por Koenig et al. (2001) en el que:

ofrecieron un análisis crítico, sistemático y amplio de más de 1200 estudios empíricos y 400 revisiones que examinaron las relaciones entre espiritualidad y religión y variadas condiciones físicas y psíquicas. Estudios correlacionales y longitudinales que incluyeron enfermedades cardíacas, hipertensión, enfermedad cerebro-vascular, disfunción inmunológica, cáncer, mortalidad, dolor y discapacidad, mostraron entre un 60% y un 80% de relación entre mejor salud y religión o espiritualidad. Las condiciones psiquiátricas revisadas incluyeron psicosis, depresión, ansiedad, suicidio y problemas de personalidad. Los beneficios de la espiritualidad según estos autores son triples: ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento. (Salgado, 2014, p. 134)

Y a Pesar de lo que se Echa en Falta...

Aún con todas las carencias indicadas y desafíos a superar, la Psicología Transpersonal tiene la virtud de llenar un hueco para la comprensión del ser humano y el abordaje de fenómenos y problemas psicológicos que de otra forma quedarían almacenados en el mundo de la represión científica.

Ciertamente, se puede argumentar que del estudio del psiquismo de la espiritualidad y la religiosidad ya se encarga la Psicología de la Religión, ya que comparte con ella el estudio científico de la dimensión del ser humano en la que se pregunta por los significados últimos de su experiencia y su existencia (espiritualidad, o religiosidad en sentido amplio). Pero ya se ha visto que entre ambas disciplinas, a la hora de abordar el tema, hay algunas diferencias que no por ser sutiles son irrelevantes: los estudios que se realizan por parte de los psicólogos de la Religión se realizan en colectivos poco afines a los que estudia la Psicología Transpersonal, colectivos con una experiencia espiritual poco institucionalizada y de una religiosidad variopinta, no exenta a veces de contradicciones. No por ello, siendo una dimensión tan nuclear en el ámbito de la motivación, la afectividad y el comportamiento, se puede abandonar a este colectivo, cada vez más numeroso, a la incuria investigadora. Como señalaron King y Dein: “Desafortunadamente, una concentración en la variable religiosa ha llevado a no apreciar el concepto más amplio de espiritual y la presunción de que si alguien no profesa una fe religiosa

reconocida, no tiene discernimiento o necesidad espiritual” (King y Dein, 1998, p. 1259). La mayor flexibilidad de la Psicología Transpersonal le dota de unas posibilidades de acceder a ámbitos sociales que, hoy por hoy, resultan más difíciles para la Psicología de la Religión.

Pero además, por su vocación terapéutica, es imprescindible para la clínica, a la hora de realizar diagnósticos discriminatorios entre una espiritualidad o religiosidad sana y una vivencia patológica de las mismas, tanto si se realiza desde una visión atea, agnóstica o de otras cosmovisiones. Y consecuentemente a ello, ofrecer los recursos terapéuticos que lleven a la reordenación de las vivencias disfuncionales en este terreno hacia la salud mental y hacia el crecimiento personal.

Se podría pensar también que si se entiende la religiosidad en esa forma tan amplia que expresaba Frankl –cuando las equipara a la pregunta por el sentido de la existencia–, este área ya estaría cubierta por la Psicología y psicoterapia Existencial. Pero la religiosidad no solo incluye a las personas que se hacen preguntas, sino a aquellas que están convencidas de haber encontrado o intuido parte de las respuestas en un marco de referencia, sea colectivo (religión) o individual (espiritualidad), área a la que la Psicología y psicoterapia Existencial permanecen ajenas.

Hay también un espacio psicológico y psicoterapéutico que la Psicología Transpersonal ha afrontado con claridad y sobre el que ha realizado muchos estudios e intervenciones: estados de conciencia no habituales. Quedan todavía muchas preguntas por responder en relación con lo que se llaman fenómenos parapsicológicos a los que solo parece haber prestado atención la Psicología Transpersonal: ¿qué configuración psicológica explica los fenómenos conocidos como “sueños premonitorios” de desgracias (tsunamis, incendios, muertes) que narran algunas personas, mayoritaria, pero no únicamente, pertenecientes a determinadas culturas centroamericanas?, ¿hay algunos rasgos de personalidad diferentes en las personas que relatan experiencias de telepatía o escritura automática?, ¿qué explica, desde el punto de vista psicológico, las vivencias de fenómenos extraños, o sensación de presencia de personas recientemente muertas de la que dan cuenta bastantes personas, como señala Pastor (2019) a propósito de sus investigaciones científicas?

A la hora de realizar investigaciones convencionales, la Psicología de la Religión ha dedicado un gran esfuerzo a la confección de escalas que recogen diferentes aspectos de la religiosidad y espiritualidad. Quiceno y Vinaccia, por ejemplo, dan cuenta de veinte escalas psicométricas hasta el año 2005 (Quiceno y Vinaccia, 2009), si bien es cierto que tales escalas se quedan cortas a la hora de matizar esos constructos, pues, como señalan King y Dein (1998), quedan limitadas, frecuentemente, a la observación de la variable del cumplimiento extrínseco de comportamientos religiosos. La Psicología Transpersonal ha centrado más sus investigaciones empíricas en conocer aspectos relacionados con los efectos de la meditación de corte oriental así como la capacidad de modificar el propio estado de conciencia a través de la misma, o de producir esas modificaciones voluntarias o semivoluntarias mediante la utilización de sustancias o la respiración holotrópica,

y sus repercusiones positivas en la salud mental. Ambas disciplinas pueden aunar y complementar esfuerzos para beneficio de la comprensión del ser humano.

Una Propuesta Específica de Psicoterapia Transpersonal

El Panorama General de las Psicoterapias Transpersonales

Como se ha dicho, fruto de su vocación psicoterapéutica, la Psicología Transpersonal ha dado ya numerosos frutos en términos de ofrecer instrumentos diagnósticos y de intervención ante problemas que derivan de una mala gestión de la dimensión trascendente del ser humano. Pero, salvo el modelo global de la Psicosisíntesis de Assagioli, pareciera que las otras aportaciones ofrecen un panorama:

a) fragmentado, al abordar aspectos concretos del psiquismo, desconectándolos del resto, y aportando soluciones respecto a esa área concreta, como si no estuviera intensamente relacionado con la complejidad unitaria del sujeto.

b) a veces, en su práctica por parte de profesionales no suficientemente entrenados, pueden observarse intervenciones imprudentes, por no tener en cuenta la fragilidad o fortaleza de la estructura del sujeto al que se le aplican técnicas catárticas, que le pueden llevar a regresiones pre-personales para las que no está preparado; o al que se le sugiere la ingestión de sustancias que le pueden llevar a disociaciones que se estabilizan en el tiempo.

c) demasiado frecuentemente implican la aceptación de un marco religioso concreto, que puede no ser el del paciente, distorsionando este para ajustarlo a la intervención o principios del propio terapeuta o modelo. Las psicoterapias transpersonales se han difundido mayoritariamente entre individuos sin una cosmovisión institucionalizada, muchas veces sincrética. Frecuentemente se muestran en un contexto cultural occidental pero insertando la intervención en un contexto de constructos culturales de otras culturas, sobre todo orientales (con su peculiar énfasis en el término “energía”) o indigenistas (como el chamanismo, con su asunción del politeísmo), que pueden crear disociaciones internas en el paciente, muchas veces no conscientes, en lugar de unificarle en forma integradora.

No quiere eso decir que el terapeuta tenga que rechazar referirse a los contenidos de la cosmovisión a la que se adscribe el paciente, sino que la obligación de abstenerse del diagnosticar el valor objetivo de las creencias, conlleva estar atento exclusivamente a la dinámica psicológica de las mismas, salvo que el cliente solicite entrar en los contenidos y el terapeuta esté preparado específicamente para ello. Este sería el caso de quien acude a un terapeuta con el que comparte cosmovisión y que tiene competencia por sus conocimientos avanzados en ella para abordar el tema.

El enfoque transpersonal llevará al psicoterapeuta, por ejemplo, a darse cuenta de que algunas angustias y dificultades que le plantea el sujeto que acude a terapia es porque está viviendo un “despertar espiritual” (en términos de Assagioli, 1993a; 1993b), o una “emergencia espiritual” (Grof y Grof, 1993a; 1993b; 1993c; Lukoff et al., 1998) y tratar estas dificultades en forma precisa, sin pretender asimilarlas a

las patologías tradicionales. Justamente por la especificidad del problema no está de más la categoría introducida en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)–a instancias de las psicoterapeutas transpersonales– del “problema religioso o espiritual”, entre los que podían ser objeto de atención psicológica.

La abstención de trascendencia resultará más fácil en aquellos modelos terapéuticos que ponen énfasis en lo que Rychlak (1988) denomina “causa formal” de la psicoterapia (como por ejemplo, la Psicoterapia de la *Gestalt*, o el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista, que luego se expondrá sucintamente). En ellos la atención no se centra tanto en contenido psíquico como a la dinámica del proceso mismo.

d) algunos psicoterapeutas descuidan las tareas propias de su profesión dentro del espectro convencional para sesgarlo hacia la dirección de maestro espiritual. Gregoire (1986) a propósito de la meditación, avisa de esta tentación y de la de conducir al paciente más allá del contrato terapéutico. De este modo puede ocurrir que, en lugar de derivarlo hacia la autonomía, lo deriva hacia el reforzamiento de las defensas. Ello, unido a la falta de espacio de formación académica y científica, como antes se dijo, puede llevar a confundir en los propios profesionales sus deseos narcisistas (hacer de gurú), o sus anhelos espirituales con las necesidades de la persona que tienen en la sala de terapia. Si a esto se le añade el caos informativo de las redes sociales, el cambio de paradigma cultural, científico y teológico (vid. Capra et al., 1994), podemos llegar a una situación como la que – en forma caricaturesca, pero no inverosímil– describen Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez:

Una de las manifestaciones más desconcertantes pero interesantes de la espiritualidad contemporánea podría describirse así: hoy en día uno puede encontrar en internet, en cualquier idioma, una dieta ayurvédica recomendada por un chamán converso al budismo que tiene un blog de *feng shui* y se gana la vida como formador de *mindfulness*, aparte de alguna sanación chamánica cuando surge. Menos complicado que lo anterior, no obstante, quizá el lector ya conoce alguna enfermera o enfermero que ofrecen reiki a sus pacientes, o algún doctor o doctora que recomiendan meditación, o algún devoto o devota cristianos que han sustituido la oración por el yoga. ¿Qué está ocurriendo en las culturas religiosas y de la salud para que semejante eclecticismo haya llegado a ser posible? Aunque Jürgen Habermas usara la expresión “sociedad postsecular” para referirse casi únicamente a las nuevas formas de convivencia entre iglesias y estados, la expresión permite imaginar toda una nueva fenomenología histórica de la religión de la que aún debemos dar cuenta. (Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez, 2013, p. 12)

Una Propuesta Concreta

En la década de los ochenta del siglo pasado, la autora de este escrito, junto con Ramón Rosal, crearon el modelo de psicoterapia denominado Psicoterapia

Integradora Humanista. En los años 2001 y 2003 se publicó la primera edición de los dos volúmenes que lo resumen (Gimeno-Bayón y Rosal, 2016; 2017).

En 2006 la autora publicó –en el seno del Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Humanista– un volumen de Psicología Transpersonal que sintetizaba y bosquejaba ya la línea seguir, dentro de las diferentes posibilidades de esta disciplina (Gimeno-Bayón, 2015). Dado que los creadores del modelo entienden al ser humano como unidad biopsicosocioespiritual, dicha línea optaba por la continuidad entre psicoterapia-autorealización, incluyendo en esta última el desarrollo de valores éticos y espirituales. En tal sentido, y sin tomarlo de una manera rígida, abogaba por el planteamiento de la Psicosisíntesis (Assagioli, 1973) de enfocar la psicoterapia hacia lo que este modelo llama “psicosisíntesis personal” y, en una segunda fase –y si así lo reclama y desea el usuario de la psicoterapia– hacia la “psicosisíntesis transpersonal”. Es decir: si la persona que acude a terapia presenta graves disfunciones en el terreno de la psicopatología convencional, abordar estas prioritariamente, aunque la demanda sea de tipo transpersonal, puesto que las primeras influirán en una distorsión de las segundas. Naturalmente, este planteamiento en abstracto tiene múltiples modalidades en la práctica, teniendo en cuenta que cada persona exige un proceso individualizado. Mucho más cuando manifiesta interés en seguir creciendo en el ámbito transpersonal (bien porque traiga consigo esta preocupación o porque vaya naciendo la apertura a la motivación espiritual conforme se va desarrollando exitosamente la psicoterapia). Puede ocurrir también que en una persona sensible a los valores espirituales y, consciente de que ha anclado su sentido de la vida en ellos, no se puedan desentender los problemas puramente psicológicos de la referencia a este otro ámbito, que actúa con instancia supraordenada y que, en definitiva, dota de orientación y significación a todo el conjunto de su existencia, psicoterapia incluida. Ello significa que algunas personas de las que acuden a psicoterapia aquejadas por problemas psicológicos de los que figuran en los manuales de diagnósticos habituales, en algunas ocasiones, no pueden recibir un tratamiento limitado a estos sin imbricarlos en un panorama más amplio que requiere otro mapa más abarcativo que incluya el del “mundo de lo invisible” (por llamarlo de alguna forma). Ese mundo que acoge experiencias de sentido que se rigen por normas no necesariamente iguales a las del universo empírico. En estos casos se trata, no tanto de negar la validez de la psicoterapia convencional, como de incluirla dentro de un paradigma más amplio en el que esta queda subsumida y re-significada a la luz de unos valores que traspasan el ámbito del pragmatismo psicológico.

Dentro del modelo de Psicoterapia transpersonal Integradora Humanista, claramente se distinguen dos direcciones: la dirección horizontal, enfocada hacia los valores éticos (dentro de la línea desarrollada por Rosal, 2003 y 2012; Rosal y Gimeno-Bayón, 2010); y la dimensión vertical, enfocada hacia una dimensión trascendente, que traspasa aquellos –a la vez que los integra– en base a la intuición de otros valores, a veces paradójicos o contradictorios respecto a los valores pragmáticos convencionales. No otorga especial atención, si la situación no lo

requiere, a los estados modificados de conciencia (EMC), pues aspira a que el desarrollo transpersonal conduzca, más bien, a lo que da en llamar EMV: Estados Modificados de Vida cotidiana.

La Psicoterapia Transpersonal Integradora Humanista

Eso sí, la Psicoterapia Integradora Humanista, en su vertiente transpersonal, conserva el esquema básico propio del modelo, y contempla las mismas fases del ciclo del fluir vital y las dificultades que a ese fluir pueden aportar los bloqueos, dispersiones o distorsiones del mismo, así como posibles pautas de intervención, ahora en la dimensión espiritual. En el presente artículo no se hará referencia a ellas, pues difícilmente se podrían sintetizar (véase en Gimeno-Bayón, 2019a). Pero sí puede esbozar las actitudes hacia las que enfoca el crecimiento transpersonal (Gimeno-Bayón, 2015) en sus dimensiones horizontal y vertical, teniendo en cuenta que, si la primera no está suficientemente afianzada (aunque siempre es susceptible de seguir creciendo) la segunda puede adquirir fácilmente un carácter defensivo. Así pues, y a modo de esquemática enumeración, a partir del ciclo del fluir vital que contempla la Psicoterapia Integradora Humanista, se ofrece el siguiente esquema de integración espiritual para el ciclo sano:

En su Dimensión Horizontal, la motivación espiritual subyacente es la tendencia a la búsqueda de comunión con todos los seres de la realidad empírica, el vínculo con todo lo que existe. Recorriendo las diferentes fases, se puede observar que algunas de las actitudes a desarrollar vienen reconocidas como valores éticos en buena parte de las grandes tradiciones filosóficas y religiosas. Se pueden enumerar así:

1. Fase de receptividad sensorial. La actitud propia de esta es la **cordialidad**, entendida como vinculación amorosa, acogida bondadosa hacia todo.

2. Fase de filtración de sensaciones. La **apertura a la experiencia del otro**, sin ombliguismo ni explotación, es la característica de esta fase.

3. Fase de identificación afectiva, caracterizada por el **amor** como puro existir para el otro (*ágape*), compasión, simpatía, indignación, compartir para ser ayudado. Incluye la amistad, el amor desinteresado y el alegrarse con los otros.

4. Fase de identificación cognitiva, en la que la **empatía** juega un papel primordial.

5. Fase valorativa, regida por el principio de **solidaridad** entendida como justicia social, cooperación y cuidado de los otros.

6. Fase de decisión que incluye la **entrega comprometida**, sentido de responsabilidad hacia el otro y aceptar también la entrega de este.

7. Fase de movilización caracterizada por una **esperanza**, apasionada y confiada.

8. Fase de planificación que requerirá el ejercicio de una constante **creatividad**.

9. Fase de ejecución de la acción de **compartir**, que activa tanto la misericordia como la petición confiada y la cooperación sinérgica.

10. Fase de encuentro donde tiene lugar la experiencia de **comunión**, como

respuesta afirmativa ante la Vida, que reúne todo y a todos en su seno.

11. Fase de consumación que dará lugar a la **ampliación del yo**. Ahora al sujeto, como consecuencia de la transformación que opera el encuentro, le importan cosas que antes no importaban. Hay una extensión del sentimiento de sí mismo.

12. Fase de relajamiento en la que surgen espontáneamente el **agradecimiento** como recuerdo de lo valioso recibido, la confianza en el futuro y la capacidad perdón.

13. relajación paz interior, caracterizado por una experiencia de serenidad y plenitud, similar a la que describe Maslow como “experiencia de meseta”, esa “dicha serena y cognoscitiva” (Maslow, 1983, p. 415).

En su Dimensión Vertical, la motivación subyacente es la tendencia a la unión con la Trascendencia (por poner un nombre a lo que en diferentes cosmovisiones se llama Divinidad, lo Sagrado, el Misterio Último, la Realidad Fundante, lo Totalmente Otro, lo Uno, etc.). Las actitudes a vivir en el desarrollo de las distintas fases de un ciclo sano, son las siguientes:

1. Fase de receptividad sensorial. El inicio del ciclo vertical se desarrolla a partir de una **actitud contemplativa**, como disposición a ir más allá de la visión utilitarista, desde la admiración y el “asombro filosófico” (Lersch, 1971).

2. Fase de filtración de sensaciones, caracterizada por el **recogimiento**, el silencio, el aquietamiento de la agitación, relativización y acostumbramiento a ver la trascendencia en la vida cotidiana.

3. Fase de identificación afectiva, en la que se da el “**entusiasmo**” en el sentido original de estupefacción, alegría ante la grandeza de una Realidad inefable, y veneración y adoración de su sacralidad.

4. Fase de identificación cognitiva, cuya actitud viene marcada por el **realismo** (humildad de “humus”) frente a esa realidad supranatural, y el reconocimiento de la contingencia y relativización de nuestro yo y nuestros conocimientos.

5. Fase valorativa, en la que se da una **subversión de valores** convencionales a la luz de los valores novedosos de esta dimensión invisible de la realidad.

6. Fase de decisión, en la que tiene lugar una **adhesión al Misterio** (sea una adhesión personal gradual o súbita), al proyecto que lo Absoluto parece sugerir al sujeto y que incluye aceptación de cambios no proyectados.

7. Fase de movilización. Esta fase se caracteriza por la búsqueda del desarrollo de tal proyecto ayudándose de medios como la **meditación**, la **oración**, el **rito** y otros recursos similares (véase en Gimeno-Bayón, 2019b).

8. Fase de planificación, que –curiosa y paradójicamente– incluye a la vez la planificación coherente con el objetivo y el **desapego** de la propia planificación y de los medios de la misma, incluyendo los económicos y las posesiones sociales y afectivas.

9. Fase de ejecución de la acción. La actuación correspondiente a ella se podría denominar como de “absorción en la danza”, es decir de una **actuación armoniosa e íntegra** en lo cúlctico, en lo interno, en la transformación social y en las acciones cotidianas.

10. Fase de encuentro, en la que se produce lo que se ha dado en llamar **comunidad mística**, y en la que lo supranatural engulle en su ámbito al sujeto (como experiencia cumbre o de meseta), y se produce un ansia de fusión total.

11. Fase de consumación, en la que se opera algún tipo de **transformación** en la persona, como consecuencia de salir del encuentro impregnada de lo Absoluto.

12. Fase de relajamiento. Fruto del proceso anterior, se produce un **des-centramiento** (el centro del sujeto está en otro lugar diferente, más íntimo y hondo que antes del encuentro) y **re-centramiento** en ese otro nuevo lugar hacia el que se desliza el sentimiento de la propia identidad.

13. Fase de relajación. Lo típico de esta fase es el **abandono al Misterio**, en el que se da un desprendimiento confiado, no solo de lo que se tiene sino también de lo que “se es”, a la vez que hay una extinción del miedo y la angustia por ese desprendimiento, y en su lugar hay una paz confiada de “estar en buenas manos”.

Psicopatología Transpersonal

Al igual que hace el modelo en el ciclo del fluir vital personal, se ha procedido a identificar una serie de problemas que impiden el desarrollo sano transpersonal, clasificados – lo mismo que aquellos– a partir de los bloqueos, dispersiones y distorsiones que se pueden dar en cada fase. Hay algunos autores y modelos que detectan patologías referentes a un marco religioso concreto –e.g. Garrigou-Lagrange (1957) o McNamara (1979) respecto al cristianismo, Wilber (1994c) respecto al hinduismo *advaita*– y dan indicaciones y pautas para superarlos. En el ciclo transpersonal de la Psicoterapia Integradora Humanista, dentro de las patologías observadas –fruto de la práctica clínica– se recogen también las de estos y otros autores, integrándolas dentro del lugar correspondiente del ciclo. En conjunto (Gimeno-Bayón, 2019), se han descrito y sugerido propuestas terapéuticas respecto a 84 problemas. Por ejemplo: en la fase de identificación afectiva se han identificado como:

- a) Bloqueos
 - Bloqueo de la afectividad espiritual
 - Depresión reactiva
 - Desánimo institucional
- b) Dispersiones
 - Gula espiritual
 - Estados regresivos
- c) Distorsiones
 - Masoquismo
 - Emocionismo solidario
 - Fatiga por compasión
 - Pseudo-realización

Mientras en la fase de identificación cognitiva se han identificado como:

- a) Bloqueos
 - Autoimagen narcisista

- Fideísmo
- b) Dispersiones
 - Religión a la carta
 - Falta de integración de los distintos tipos de cognición
- c) Distorsiones
 - Reduccionismo cientifista
 - Reduccionismo espiritualista
 - Fracaso en la integración-identificación
 - Enfermedad de Arhat

Conclusiones

La Psicología Transpersonal y su correlato en psicoterapia enfrentan un campo de estudio (o mejor dicho, más de uno) que la Psicología convencional elude convertir en objeto de formación académica para los profesionales de la psicoterapia. Uno de ellos, es la espiritualidad.

No cabe duda de que durante décadas, se ha evitado investigar la espiritualidad por considerársele nada científico. Al respecto Rivera (2007) señala que el área espiritual de la vida humana ha sido largamente segregada del campo de la psicología, y parece ser necesario, hoy por hoy, asignarle un lugar más allá del apasionamiento de la fe y el escepticismo academicista contemporáneo. (Salgado-Levano, 2016, p.2)

¿En cuántas de nuestras universidades se estudia, dentro de la formación en psicología clínica (a diferencia de lo que ocurre en otros países), el tema de la espiritualidad o la religiosidad? ¿Qué se espera de los psicólogos sanitarios y clínicos cuando tengan que enfrentarse en la sala de terapia a la incidencia de estas dimensiones en el proceso psicoterapéutico? ¿Podrán discriminar entre una vivencia sana de una vivencia patológica de las mismas? ¿Tendrán que dirigirse los pacientes –disociando el proceso– a dirigentes religiosos, buena parte de ellos sin conocimientos de las dinámicas del psiquismo, o a osados pseudogurús que practican el intrusismo profesional pero que ofrecen acoger esas inquietudes? ¿Mejor asumir, invadiendo un campo que no es el propio, el rol de guías espirituales? De momento, parece que a la mayoría de los psicólogos se les podría aplicar afirmaciones como las siguientes, referidas al ámbito médico:

Asimismo, los estudios reportan que el personal de salud identifica barreras para la atención espiritual de los pacientes, entre ellas se cuentan: la formación exclusivamente biomédica del clínico, en la que se consideran a los aspectos espirituales como poco relevantes; un entrenamiento inadecuado para la identificación de estas necesidades, dudas sobre su incorporación a la intervención, la ausencia de una postura u orientación espiritual en la vida de algunos profesionales; así como la ignorancia de los efectos positivos de la espiritualidad sobre la salud. (Sandoval Guzmán et al., 2014, p 334) Se hace evidente la necesidad de que quienes se encuentren en proceso

de formación avanzado como también las sociedades y entidades de formación académica, realicen aportes y agilicen los procesos requeridos para estandarizar el rol o competencias del psicólogo para el abordaje de la dimensión espiritual en el contexto de la salud. Por tanto, se dé lugar al desarrollo de cátedras, cursos de profundización, diplomados u otros con el fin de promover y desarrollar el trabajo de la dimensión espiritual en la práctica profesional. (Orozco et al., 2019, p. 46)

Son ya muchos autores los que dentro del ámbito de la salud mental y física reclaman esa formación (vid., además de los citados, Vieten et al., 2013).

Por otra parte, a salvo de lo investigado por la Psicología Transpersonal, sigue pendiente la respuesta institucional y académica sobre qué disciplinas se harán cargo del estudio científico de los fenómenos psicológicos asociados a estados modificados de conciencia, cuando estos se producen en forma espontánea, pues como señala Rubia (2003), si bien se conocen –al menos desde la neurobiología– el funcionamiento de experiencias como las del éxtasis (o similares a las descripciones de este por parte de los místicos) cuando son provocadas por alguna de las técnicas (activas, pasivas o tóxicas), sigue siendo un misterio el fondo psicológico subyacente a su aparición espontánea en ausencia de esas provocaciones. Y lo mismo puede decirse de fenómenos extrapersonales, en los que, mientras no se estudien de manera rigurosa desde la Psicología, permanecerán en el mismo cajón, revueltos, interesantes capacidades poco frecuentes con las supercherías más baratas, contribuyendo a la patologización de algunas personas que poseen aquellas y al engaño de muchas víctimas de estas últimas. Cada vez son más las personas que se interesan por la espiritualidad –también agnóstica y atea (véase en Mayorga, 2017)– desde un planteamiento individual que desborda los límites de la Psicología de la Religión y que necesitan, desde la Psicología, obtener referencia (y a veces, ayuda) para diferenciar las motivaciones y procesos mentalmente sanos de aquellos que obedecen a procesos psicológicamente disfuncionales.

La Psicología Transpersonal y las psicoterapias asociadas a ellas, necesitan refinar sus planteamientos para hacerlos científicamente creíbles (y con eso no se está pretendiendo que sus investigaciones se acomoden exclusivamente a la investigación cuantitativa al uso, propia de las ciencias naturales), necesita rigor en sus constructos y necesita ampliar el diálogo que ya tiene con las instituciones académicas de otros países a nuestro propio ámbito.

Por su parte, los psicólogos que abordan estos temas en el ejercicio de su profesión, necesitan:

a) En primer lugar, no ignorar o minimizar el impacto que los factores religiosos y espirituales ejercen sobre las personas. Al fin y al cabo, para muchos pacientes la psicoterapia lo máximo que puede ofrecer es salud mental y crecimiento personal durante la vida empírica, mientras su religión les ofrece la vida eterna.

b) En segundo lugar, necesitan adquirir una cultura mínima respecto a las diferentes cosmovisiones para poder comprender mejor a la persona que tiene

delante. No olvidemos que entre los factores que se han demostrado que hacen eficaz una terapia, tal como ha concluido la APA en las investigaciones realizadas por un equipo dirigido por Norcross (2014), está la adaptación del terapeuta a la religiosidad y espiritualidad del paciente, y difícilmente podrá adaptarse desde el analfabetismo tantas veces reinante en este área.

c) En tercer lugar, necesitan adquirir una formación específica para afrontar la dimensión psicológica de los problemas que afloran y que pertenecen a este ámbito. Necesitan interesarse, practicar la sutileza para distinguir los casos en que los procesos que están siguiendo sus pacientes involucran y están condicionados por patologías transpersonales para poder derivarlos o dialogar con personas que les puedan ayudar en la resolución de las mismas, si ellos no están lo suficientemente preparados. O por el contrario, acompañar y estimular la salud mental utilizando los recursos que una sana espiritualidad (o religiosidad) en la que el paciente se encuentra comprometido y posee. En definitiva, necesitan enriquecer sus conocimientos y habilidades a la hora de diagnosticar y ayudar al cambio terapéutico a las personas que a ellos acuden, y que no necesariamente son conscientes de diferenciar, ni capaces de solucionar los problemas, derivados de un funcionamiento psicológicamente insano de sus tendencias trascendentes.

Mientras las universidades sigan sin tomarse en serio estos temas, inhibiéndose —con escasísimas excepciones— de ofrecer formación académica a los futuros profesionales de la psicoterapia, están abandonando a La Suerte para que ella decida si las personas que necesitan ser tratadas y apoyadas en los procesos psicológicos que involucran aspectos transpersonales, van a parar a un profesional preparado, a un profesional sin preparación, o a un pseudoprofesional destructivo. Lo que no resulta coherente, sino prepotente, es achacar a la Psicología Transpersonal falta de rigor académico y científico y no darle oportunidad de tenerlo, abriéndose a los serios estudios y prácticas serias que dentro de este área se están dando. Ni es coherente cortar un trozo del psiquismo del individuo (que, por definición y como la palabra indica, es algo indivisible) dejándolo fuera del estudio y la investigación, por prejuicio o por pereza.

Referencias

- Allport, G.W. (1950). *The individual and his religion*. MacMillan.
- Allport, G. W. y Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal Personality Social Psychology*, 5(4), 432-443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- American Psychiatric association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Mason.
- Aranguren, J. L. (1994). Prólogo. En W. James (ed.), *Las variedades de la experiencia religiosa* (2ª ed., pp. 2-3). Península.
- Assagioli, R. (1973). *Principi e metodi della Psicodinamica terapeutica*. Astrolabio.
- Assagioli, R. (1993a). *Ser transpersonal. Psicodinamica para el nacimiento de nuestro Ser real*. Gaia Ediciones (Traducción del original en italiano de 1988).
- Assagioli, R. (1993b). Autorrealización y perturbaciones psicológicas. En S. Grof y C. Grof (eds.), *El poder curativo de las crisis* (pp. 58-86). Kairós (Traducción del original en inglés de 1989).

- Beca Infante, J. P. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*, 1(1). <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>
- Beit-Hallahmi, B. y Argyle, M. (1997). *The psychology of religious behaviour, belief and experience*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315812601>
- Boadella, D. (1993). *Corrientes de vida*. Paidós (Traducción del original en inglés de 1987).
- Bucke, R. M. (1901). *Cosmic Consciousness. A study in the evolution of the human mind*. Innes & Sons. http://djm.cc/library/Cosmic_Consciousness_edited02.pdf
- Capra, F., Steindl-Rast, E. y Matus, T. (1994). *Pertenecer al universo. Encuentros entre ciencia y espiritualidad*. Edaf (Traducción del original en inglés de 1991).
- Cohen, A. B. (2015). Las influencias profundas de la religión en la psicología: moralidad, relaciones intergrupales, autoconceptuación e inculturación. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1), 77-82. <https://www.psychologicalscience.org/uncategorized/las-influencias-profundas-de-la-religion-en-la-psicologia-moralidad-relaciones-intergrupales-autoconceptuacione-inculturacion.html>
- Cohen, A. B., Malka, A., Rozin, P. y Cherfas, L. (2006). Religion and unforgivable offenses. *Journal of Personality*, 74, 85-118.
- Cornejo Valle, M. y Blázquez Rodríguez, M. (2013). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. *Revista de Antropología Experimental*, 13(2), 11-30.
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale: holistic assessment of the human spiritual dimension. *Journal Holistic Nursing*, 23(1), 145-167. <https://doi.org/10.1177/0898010105276180>
- Falb, M. D y Pargament K. I. (2014). Religion, Spirituality, and Positive Psychology: Strengthening Well-Being. En J. Teramoto Pedrotti y L. Edwards (eds.), *Perspectives on the Intersection of Multiculturalism and Positive Psychology* (vol 7, pp. 143-157). <https://doi.org/10.1007/978-94-017-8654-6>
- Ferrer, J. N. (2003). *Espiritualidad creativa. Una visión participativa de lo transpersonal*. Kairós (Traducción del original en inglés de 2002).
- Ferrucci, P. (1981). *Crescere. Teoria e pratica della Psicossintesi*. Astrolabio.
- Flournoy, T. (1903). *Les principes de la psychologie religieuse*. Kündig. <https://archive.org/details/lesprincipes-del00flougoog>
- Font, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental. Introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*. Paidós.
- Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial*. Herder (Traducción del original en alemán de 1977).
- Freud, S. (2011). *Tótem y tabú*. Alianza Editorial (Trabajo original publicado en 1912).
- Garcés, J. (1985). Present perspectives in Psychology of Religion. *Studies in Psychology*, 6(23-24), 187-198. <https://doi.org/10.1080/02109395.1985.10821442>
- Garrigou-Lagrange, R. (1957). *Las tres edades de la vida interior*. Desclée de Brouwer (Traducción del original en francés de 1958).
- Gimeno-Bayón, A. (2015) *Psicología Transpersonal: una vision personal. Vol. I. Milenio*.
- Gimeno-Bayón, A. (2019a). *Psicopatología y Psicoterapia de las Experiencias Transpersonales*. Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. (2019b). *El desarrollo de las tendencias transpersonales: lo Bello, lo Bueno, lo Verdadero y lo Uno*. Chiadobooks.
- Gimeno-Bayón, A. (2020). *Baúl de recursos. Intervenciones desde la Psicoterapia Integradora Humanista*. Hakabooks.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2016). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales* (2ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2017). *Manual práctico de Psicoterapia Integradora Humanista. Tratamiento de 69 problemas en los procesos de valoración, decisión y prácticos* (2ª ed.). Desclée de Brouwer.
- González Valdés, T. L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud- enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2).
- Gregoire, J. (1986). Pratiques meditatives orientales et thérapie d'Occident: la meditation parasite. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 10(38), 71-77.
- Grof, S. (1988). *Psicología Transpersonal*. Kairós (Traducción del original en inglés de 1985).
- Grof, S. (2015). *La Psicología del futuro. Lecciones de la investigación moderna de la consciencia*. Los libros de la fiebre de marzo (Traducción del original en inglés de 2000).
- Grof, C. y Grof, S. (1993a). Introducción. En S. Grof y C. Grof (eds.), *El poder curativo de las crisis* (pp. 9-19). Kairós (Traducción del original en inglés de 1989).
- Grof, C. y Grof, S. (1993b). Emergencia espiritual: la comprensión de las crisis evolutivas. En S. Grof y C. Grof (eds.), *El poder curativo de las crisis* (pp. 23-57). Kairós (Traducción del original en inglés de 1989).

- Grof, C. y Grof, S. (1993c). La ayuda en casos de emergencia espiritual. En S. Grof y C. Grof (eds.), *El poder curativo de las crisis* (pp. 243-251). Kairós.
- Grof, C. y Grof, S. (1994). Emergencia espiritual: la comprensión y el tratamiento de las crisis transpersonales. En R. Walsh y F. Vaughan (eds.), *Transcender el ego* (pp. 238-248). Kairós (Traducción del original en inglés de 1980).
- Heron, J. (2006). *Cosmic Psychology* (8ª ed.). Endymion Press.
- Huxley, A. (1977). *La Filosofía Perenne* (2ª ed.). EDHASA (Traducción del original en inglés de 1945).
- James, W. (1994). *Las variedades de la experiencia religiosa* (2ª ed.). Península (Trabajo original publicado en 1902).
- Jung, C. J. (2016). Acerca de la psicología de la religión occidental y de la religión oriental. En *Obras completas, Vol. 11* (2ª ed.). Trotta (Traducción del original en alemán de obras que van desde 1938/1940 a 1950).
- King, M. B. y Dein, S. (1998) The spiritual variable in psychiatric research. *Psychological Medicine*, 28(6), 1259-1262.
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about Measuring "Spirituality" in Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349-355. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816ff796>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry*, Article ID 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Krippner, S. (1979). Estados alterados de conciencia. En J. White (ed.), *La experiencia mística y los estados de conciencia* (pp. 23-37). Kairós (Traducción del original en inglés de 1972).
- Krishnakumar, S. y Neck, C. (2002). The "what", "why" and "how" of spirituality in the workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 17(3), 153-164. <https://doi.org/10.1108/02683940210423060>
- Lajoie, D. H. y Shapiro, S. I. (1992). Definitions of transpersonal psychology: The first twenty-three years. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 79-98. <http://www.atpweb.org/jtparchive/trps-24-92-01-079.pdf>
- Lersch, P. (1971). *La estructura de la personalidad* (8ª ed.). Scientia (Traducción del original en alemán de 1966).
- Leuba, J. (1904). La Psychologie Religieuse. *L'Année psychologique*, 11, 482-493. https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1904_num_11_1_3686
- LeShan, L. (1986). *Cómo meditar. Guía para el descubrimiento de sí mismo*. Kairós (Traducción del original en inglés de 1974).
- Lukoff, D., Lu, F. y Turner, R. (1998). From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: the Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2), 21-50. <https://doi.org/10.1177/00221678980382003>
- Mankeliunas, M. V. (1957). Introducción a la psicología de la religiosidad. *Revista Colombiana de Psicología*, 2(2), 153-203. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp>
- Maslow, A. (1983). *La personalidad creadora*. Kairós (Trabajo original publicado en 1971).
- Mayorga, F. (2017). *Ateísmo sagrado. Hacia una espiritualidad laica*. Kairós.
- McNamara, W. (1979). La psicología y la tradición mística cristiana. En Ch. Tart (ed.), *Psicologías transpersonales/II* (pp. 153-190). Paidós.
- Nelson, J. E. (2000). *Más allá de la dualidad. Integrando el espíritu en nuestra comprensión de la enfermedad mental*. Los Libros de la Liebre de Marzo (Traducción del original en inglés de 1994).
- Noguera Ferrer, J. (1999). Teoría transpersonal y filosofía perenne. Una evaluación crítica. En M. Almendro (ed.), *La consciencia transpersonal* (pp. 72-92). Kairós.
- Norcross, J. C. (2014). Conclusiones y recomendaciones del Grupo de trabajo interdivisional (Divisiones APA 12 y 29) sobre relaciones de terapia basada en la evidencia. <https://societyforpsychotherapy.org/evidence-based-therapy-relationships>
- Orozco, A. M., Díaz Moreno, M. L. y Herrera Vargas, D. M. (2019). El rol del psicólogo en el abordaje de la dimensión espiritual desde la psicología de la salud: una revisión de la literatura [Trabajo fin de grado Universidad El Bosque (Bogotá)]. <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/2755>
- Pastor, L. L. (29 agosto 2019). Oír, ver o tocar a un familiar muerto... ¡no es estar loco! *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20190829/4723964772/oir-ver-o-tocar-a-un-familiar-muerto-no-es-estar-loco.html>
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.
- Reuder, M. E. (1999). A History of Division 36 (Psychology of Religion). En D.A. Dewsbury (ed.), *Unification through division: Histories of the Divisions of the American Psychological Association* (vol. 4, pp. 91-108). American Psychological Association.
- Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una Ética desde la Psicología*. Desclée de Brouwer.
- Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Milenio.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2010). *La búsqueda de la autenticidad. Reflexión ético-psicológica*. Milenio.

- Rychlack (1988). *Personalidad y Psicoterapia. Una aproximación a la construcción teórica*. Trillas (Traducción del original en inglés de 1973).
- Rubia, F. J. (2003). *La conexión divina. La experiencia mística y la neurobiología*. Crítica.
- Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones* 2(1), 121-159. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>.
- Salgado-Levano, A. C. (2016). Acerca de la Psicología de la Religión y la Espiritualidad. *Revista EDUCA UMCH*, 7, 7-27. <https://doi.org/10.35756/educumch.v7i0.2>
- Sandoval Guzmán, P. E., Rangel Domínguez, N. E., Allende Pérez, S. R. y Ascencio Huertas, L. (2014). Concepto de Espiritualidad del equipo multidisciplinario de una Unidad de Cuidados Paliativos: un estudio descriptivo. *Psicooncología*, 11(2-3), 333-344. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47392
- Scharrón del Río, M. (2010). Supuestos, explicaciones y sistemas de creencias: Ciencia, Religión y Psicología. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 85-112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233218111004>
- Simkin, H. (2017a). Psicología de la Religión: adaptación y validación de escalas de evaluación psicológica en el contexto argentino. *Anuario de Investigaciones*, 24, 177-185. <http://pct.caicyt.gov.ar/index.php/anuinv/article/view/11268/45454575758311>
- Simkin, H. (2017b). Adaptación al español de la Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES): la trascendencia espiritual en el modelo de los cinco factores. *Universitas Psychologica*, 16, 2. <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-2.aeee>
- Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B. y Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach* (3ª ed.). Guilford Press
- Starbuck, E. D. (1899). *The psychology of religion: an empirical study of the growth of religious consciousness*. Charles Scribner's Sons.
- Sutich, A. (1969). Some considerations regarding transpersonal psychology. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1(1), 15-16.
- Tart, CH. (1979). El universo físico, el universo espiritual y lo paranormal. En Ch. Tart (ed.), *Psicologías Transpersonales I* (pp. 113-147). Paidós (Traducción del original en inglés de 1975).
- Tobeña, A. (2012). Cerebros ateos y religiosos. *Actas Españolas de Psiquiatría* 40 (sup.2) 46-51. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/14/ESP/14-ESP-571872.pdf>
- Tsai, J. L., Miao, F. y Seppala, E. (2007). Good feelings in Christianity and Buddhism: Religious differences in Ideal Affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 409-421. <https://doi.org/10.1177/0146167206296107>
- Vergote, A. (1969). *Psicología religiosa* (3ª. ed.). Taurus (Traducción del original en francés de 1966).
- Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I. y Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129-144. <https://doi.org/10.1037/a0032699>
- Washburn, M. (1990). Two patterns of transcendence. *Journal of Transpersonal Psychology*, 3(3), 84-112.
- Washburn, M. (1997). *El ego y el fundamento dinámico*. Kairós (Traducción del original en inglés de 1988).
- Washburn, M. (1999). *Psicología Transpersonal en una perspectiva psicoanalítica*. Los Libros de la Liebre de Marzo (Traducción del original en inglés de 1994).
- Watson, P. (2014). *La edad de la Nada. El mundo después de la muerte de Dios*. Planeta.
- Weil, P. (1997). *Los límites del ser humano*. Los Libros de la Liebre de Marzo (Traducción del original en francés de 1991).
- Wilber, K. (1985). *La conciencia sin fronteras*. Kairós (Traducción del original en inglés de 1979).
- Wilber, K. (1991). *Los tres ojos del conocimiento. La búsqueda de un nuevo paradigma*. Kairós (Traducción del original en inglés de 1982).
- Wilber, K. (1994a). Psicología perenne: El espectro de la conciencia. En R. Walsh, R. y F. Vaughan (eds.), *Transcender el ego* (pp. 49-68). Kairós (Traducción del original en inglés de 1980).
- Wilber, K. (1994b). Ojo a ojo: la ciencia y la Psicología Transpersonal. En R. Walsh, R. y F. Vaughan (eds.), *Transcender el ego* (pp. 293-301). Kairós (Traducción del original en inglés de 1980).
- Wilber, K. (1994c). *Psicología integral*. Kairón (Traducción del original en inglés de 1986).
- Wilber, K. (1998). *El ojo del espíritu. Una visión integral para un mundo que está enloqueciendo poco a poco*. Kairós (Traducción del original en inglés de 1997).
- Zohar, D. (1997). *ReWiring the Corporate Brain: Using the New Science to Rethink How We Structure and Lead Organizations*. Berret-Koehler Pub. Inc.
- Zohar, D. y Marshall, I. (2001). *Inteligencia espiritual. La inteligencia que le permite ser creativo, tener valores y fe*. Plaza y Janés (Traducción del original en inglés de 2000).



Programa Modular Virtual de Postgrado
Formación Continua
**Intervención
Psicoterapéutica**
Curso 2020-2021 (17ª Edición)
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



Fundación UNED

LA MEDITACIÓN EN LA ESPERANZA EN EL PROGRAMA EBC: DESCRIPCIÓN Y MECANISMOS DE ACCIÓN IMPLICADOS.

THE HOPE MEDITATION IN CBWT PROGRAM: DESCRIPTION AND MECHANISMS OF ACTION

David Alvear Morón

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7299-1729>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Alvear, D. (2020). La Meditación en la Esperanza en el Programa EBC: Descripción y Mecanismos de Acción Implicados. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 43-56. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.447>

Resumen

Se describe el modelo de bienestar del programa EBC (Entrenamiento en Bienestar basado en prácticas Contemplativas) fundamentado en la acción virtuosa y en la felicidad ego-desprendida, donde el bienestar subjetivo es un subproducto y un reforzador derivado de las propias acciones virtuosas. Posteriormente, se describe y se analizan los mecanismos de acción implícitos en la meditación en la esperanza, entendida como una meditación estratégica en el desarrollo del programa EBC. Para finalizar, se proponen varias conclusiones al respecto.

Palabras clave: meditación, bienestar psicológico, ciencias contemplativas, psicología positiva, esperanza.

Abstract

The wellbeing model of the CBWT program (Contemplative-Based Wellbeing-Training) is described. This program's wellbeing model is based on virtuous action and selflessness happiness, where subjective well-being is a by-product and a reinforcer derived from virtuous actions themselves. Subsequently, the hope meditation, understood as a strategic meditation in the development of the CBWT program, is described and the mechanisms of action which are implicit in this practice are analyzed. Finally, several conclusions are proposed in this regard.

Keywords: meditation, psychological well-being, contemplative sciences, positive psychology, hope.



The Present Is Mother of the Future.

--Maha Ghosananda. *Step by step*

El bienestar entendido como un concepto integral y abarcador se puede definir como un estado de funcionamiento exitoso a lo largo de la vida que integra la función física, cognitiva y socioemocional (Pollard y Davidson, 2001). Los modelos psicológicos tradicionales, que tenían como eje el bienestar, han sido más bien escasos, si bien la gran mayoría de ellos han entendido el bienestar como un constructo multidimensional en el que se combinaban aspectos hedónicos y eudaimónicos (Huppert y So, 2013; Vázquez y Hervás, 2008).

El entrenamiento en bienestar basado en prácticas contemplativas (EBC) es un programa de intervención de 8 módulos sustentado en un marco teórico denominado como psicología positiva contemplativa (Cebolla y Alvear, 2019; Cebolla et al., 2019). La psicología positiva contemplativa es el área de la psicología positiva que incluye un abanico de técnicas y conceptualizaciones desarrolladas por las ciencias contemplativas para el fomento del bienestar, a partir de estrategias basadas en la evidencia (Alvear, 2015, 2018; Cebolla et al., 2017; Cebolla y Alvear, 2019). La premisa de la que se parte en el programa EBC es que, a través del entrenamiento mental que supone la práctica de la meditación, se pueden entrenar las competencias y habilidades necesarias que facilitan alcanzar una mente equilibrada y virtuosa con el objetivo de transformar la perspectiva del *self*, al pasar del egocentrismo a un ego desprendido. Para ello, el EBC se fundamenta en varios modelos teóricos de los que destacan dos: a) el modelo de actividad eudaimónica de Ken Sheldon (2013, 2018), y b) el modelo de la felicidad ego-céntrica/desprendida de Michaël Dambrun y Matthieu Ricard (2011). Para operativizar, articular, e implementar esta propuesta en una intervención manualizada que entrene habilidades psicológicas básicas se utilizó la propuesta de los cuatro constituyentes de Richard J. Davidson (Davidson y Schuyler, 2015) y un quinto constituyente sobre la multiplicidad del *self* (Singer y Engert, 2019; McConnell, 2011). El nombre y los temas tratados en las 8 sesiones que componen los módulos del EBC se puede observar en la tabla 1.

El Bienestar Subjetivo como Subproducto y Reforzador Derivado de Acciones Virtuosas

En la historia de la filosofía, las teorías que fundamentan la felicidad en el placer (hedonismo) y aquellas que lo hacen basándose en una vida virtuosa (eudaimonía) han estado enfrentadas. Si bien la psicología científica de los últimos lustros ha realizado numerosos intentos para integrarlas, esta tarea no ha estado exenta de discrepancias, falta de consenso y cierta confusión (Huta y Waterman, 2014). El programa EBC se centra en el modelo de actividad eudaimónica de Sheldon (2013, 2018), y, por lo tanto, defiende la eudaimonía como un término concebido originalmente como una vía de actividad virtuosa, subrayando este aspecto de acción o actividad, y no tanto como un sentimiento, como una condición psicológica

Tabla 1. *Guion y Objetivos de cada Sesión del Programa EBC*

Nombre de la sesión	Temas tratados
1 Motivación y orientación a la felicidad	Introducir el curso y grupo Describir las normas Explicar los dos modelos sobre los que se apoya el entrenamiento Preparando la motivación Introducción a las prácticas imaginativas
2 <i>Mindfulness</i> o la importancia de la atención	Introducción al primer constituyente: <i>mindfulness</i> Los obstáculos de la práctica
3 Potenciando las emociones positivas	Conocimiento de las emociones positivas y de su clasificación. Adquisición y entrenamiento de la habilidad del saboreo de experiencias agradables del pasado, del presente y del futuro Conocimiento y práctica de una emoción positiva: la gratitud
4 Orientar la mente hacia las fortalezas	Conocimiento de las fortalezas personales y de su clasificación, para detectarlas con una mayor facilidad en la cotidianidad Detectar las cinco fortalezas principales en uno mismo y las fortalezas principales del grupo Aprender a llevar a cabo conductas y actividades vinculadas a fortalezas personales
5 Recuperarnos de la adversidad: regulando emociones negativas	Introducción al tercer constituyente: resiliencia o recuperación frente a la adversidad Aprender el papel de las emociones negativas para el bienestar psicológico Entrenamiento de habilidades psicológicas para mantener el bienestar, incluso en momentos de adversidad Introducción a la autocompasión Promover y entrenar estrategias de buen trato mediante prácticas generativas
6 De la compasión a la generosidad: la felicidad a partir de la entrega	Conocer la importancia de la generosidad, altruismo y compasión para alcanzar el bienestar Entrenar las técnicas que se han mostrado más eficaces para su desarrollo
7 Dando voz a la compasión: las diferentes partes de tu mente	Introducción a las partes (subpersonalidades) que habitan la mente, para ganar perspectiva a la hora de entender la mente Aprender a detectar y cultivar la parte compasiva que habita en la mente de cada ser humano Aprender a cuidar las partes que habitan en la mente de cada persona mediante la parte compasiva
8 El resto de tus días vividos con sentido	Cerrar el programa y obtener conclusiones para poder continuar con la práctica

o como un tipo de bienestar.

En psicología, el bienestar subjetivo ha sido definido como el resultado combinado de tres componentes (Diener, 2000): niveles altos de afecto positivo, niveles bajos de afecto negativo y niveles altos de satisfacción con la vida. Detrás de esta definición, es decir, de la consecución de placer y la evitación del dolor, hay implícito un planteamiento vital hedonista que sostiene culturalmente el modelo de sociedad de consumo, e, incluso, el modelo de felicidad predominante en la actualidad (Cebolla y Alvear, 2019). En el modelo de bienestar defendido en EBC se propone que el bienestar subjetivo sea el resultado (el subproducto) de la acción virtuosa y, por ende, la acción o actividad virtuosa sería la causa de la felicidad (Sheldon, 2013, 2018). De esta manera, en este modelo se entiende que, cada persona, en cada momento, posee una amplia variedad de opciones basadas en qué hacer, con quién, qué creer o pensar, o a qué prestar atención. La ventaja de tomar decisiones sabias y virtuosas (acciones eudaimónicas) basadas en todas estas opciones deriva en experiencias satisfactorias. Y, finalmente, estas experiencias satisfactorias tienden a aumentar los niveles de bienestar subjetivo y refuerzan las decisiones sabias y virtuosas, motivando al sujeto a volverlas a realizar (Sheldon, 2018).

En el EBC se plantea que para el aumento de la eudaimonía es necesario el cultivo de un carácter virtuoso, depositando el foco principal en la actividad que refleje la virtud, la excelencia, lo mejor que hay dentro de cada uno nosotros y el total desarrollo de nuestro potencial (Tiberius y Hall, 2010). En conclusión, en este modelo, el placer de base hedonista o bienestar subjetivo se integra como un subproducto o un indicador de la búsqueda de la virtud. Derivado de esto, el programa EBC pretende entrenar predictores y actividades virtuosas como la esperanza, el saboreo y la compasión, entre otras muchas, para ayudar al usuario a aumentar el nivel de bienestar subjetivo que posteriormente derive en una manutención de la actividad virtuosa.

Descripción de la Meditación en la Esperanza (ME)

El programa EBC se compone de múltiples prácticas y actividades para aumentar la acción virtuosa: 21 ejercicios de auto-registro, 10 prácticas meditativas, un cuestionario, una dinámica grupal y una actividad externa a realizar en vida cotidiana. De todas ellas, destaca la Meditación en la Esperanza (ME) como la práctica contemplativa transversal más importante del entrenamiento.

La ME es una meditación de tipo generativo que pertenece a la familia de las meditaciones constructivas (Dahl et al., 2015). En la ME se llevan a cabo estrategias cognitivo-atencionales basadas en habilidades relativas a la regulación de la atención, imaginación, y cognición prospectiva (Cebolla y Alvear, 2019). Primeramente, se realiza en formato de meditación guiada mediante audio y, posteriormente, cuando el usuario haya memorizado las fases de la ME, la puede llevar a cabo sin apoyo del audio. Esta meditación guía a la persona a imaginarse un momento de felicidad/eudaimonía evocando todos sus detalles y sensaciones, dirigiéndole posteriormen-

te a reflexionar acerca de las fortalezas y habilidades que fueron necesarias para generar ese momento. Prosigue extendiendo esa visión de felicidad/eudaimonía en un año, en cinco años, en veinte años y finalmente hasta la vejez, haciéndose la misma pregunta, ¿qué fortalezas y prácticas tendría que desarrollar para llegar a ese momento de bienestar?

Fases de la ME y Justificación Teórica en el Programa EBC

Si desglosamos la ME se puede ver cómo se compone de seis fases, la grabación de audio tiene una duración de 19 minutos. En la fase 1, se realiza una unificación de la atención mediante meditación concentrativa. En fase 2, primeramente se evoca y posteriormente se sostiene una actividad mental de saboreo de una experiencia muy satisfactoria del pasado, a la vez, se detectan las posibles habilidades, fortalezas o virtudes que fueron causa (parcial, por supuesto) de la citada experiencia. Más adelante, en la fase 3, mediante la cognición prospectiva, se evoca y saborea una hipotética experiencia futura muy satisfactoria, en este caso en un futuro relativamente cercano (dentro de un año), junto a ello, tal y como se hizo en la fase 2, se detectan las habilidades, virtudes o fortalezas que sostienen y son causa (parcial) de la citada experiencia hipotética futura, y que son susceptibles de entrenar y aumentar en el presente. En las fases 4, 5, y 6 se lleva a cabo la misma actividad mental que en la fase 3, con la diferencia que en la fase 4 el futuro al que se proyecta la experiencia muy satisfactoria es a dentro de cinco años, en la fase 5 es a dentro de veinte años, y, por último, en la fase 6 se proyecta a la vejez o ancianidad la citada experiencia muy satisfactoria. Si el usuario es una persona mayor, se puede suprimir la fase 5 y directamente pasar de la fase 4 a la fase 6. En la tabla 2. se pueden observar las seis fases, la actividad mental generada y el tiempo orientativo recomendado para cada fase.

Tabla 2. Fases, Actividad Mental Generada y el Tiempo Orientativo Recomendado para cada Fase en la Meditación en la Esperanza (ME)

FASE	ACTIVIDAD MENTAL	TIEMPO ORIENTATIVO
1	Unificación de la atención en la respiración	3 minutos
2	Evocar y saborear mediante imágenes una experiencia muy satisfactoria del pasado. Detectar las habilidades, virtudes o fortalezas que son causa (parcial) de esta experiencia	4 minutos
3	Evocar y saborear mediante imágenes una experiencia muy satisfactoria del futuro cercano (1 año). Detectar las habilidades, virtudes o fortalezas que son causa (parcial) de esta experiencia y que son susceptibles de entrenar en el presente	3 minutos

FASE ACTIVIDAD MENTAL	TIEMPO ORIENTATIVO
4 Evocar y saborear mediante imágenes una experiencia muy satisfactoria del futuro medio (5 años). Detectar las habilidades, virtudes o fortalezas que son causa (parcial) de esta experiencia y que son susceptibles de entrenar en el presente	3 minutos
5 Evocar y saborear mediante imágenes una experiencia muy satisfactoria del futuro lejano (20 años). Detectar las habilidades, virtudes o fortalezas que son causa (parcial) de esta experiencia y que son susceptibles de entrenar en el presente	3 minutos
6 Evocar y saborear mediante imágenes una experiencia muy satisfactoria del futuro muy lejano (vejez/ancianidad). Detectar las habilidades, virtudes o fortalezas que son causa (parcial) de esta experiencia y que son susceptibles de entrenar en el presente	2 minutos

La ME se encuentra integrada en el núcleo pedagógico del plan de trabajo para aumentar el bienestar propuesto en el EBC. El objetivo es que la actividad elaborada a la hora de crear en la mente un potencial yo-futuro con la mejor versión de uno/a mismo/a no se quede exclusivamente en un ansia o anhelo, sino que se desarrolle un plan de implementación. Por consiguiente, se dedica un tiempo a aclarar y planificar qué aspectos del participante (fortalezas, habilidades, actitudes, etc.) cree que debe desarrollar para alcanzar el bienestar. Este proceso de aclarar y planificar un yo-futuro cercano a la excelencia se desarrolla mediante el escrito y constante supervisión a lo largo de todo el entrenamiento de una carta. La carta se redacta en la primera semana del programa, a partir del conocimiento previo que posee el usuario, y se va modificando a lo largo del entrenamiento en la medida en que se van entrenando nuevas habilidades y se va ampliando el lenguaje y el léxico sobre las fortalezas personales en particular y sobre el bienestar en general.

Comparativa de la ME con el Ejercicio del Mejor Yo Posible (Best possible self-BPS)

En la ME se trata de combinar el potencial del ejercicio del *Mejor yo posible* proveniente de la psicología positiva con aspectos de tipo contemplativo centrados en la generación de imágenes y estados mentales. El ejercicio del mejor yo posible (*Best Possible Self-BPS*) es una intervención de psicología positiva orientado al futuro que se ha mostrado eficaz a la hora de incrementar el nivel de bienestar y del estado de ánimo (Enrique et al., 2018; Meevissen et al., 2011; Peters et al., 2010;

Renner et al., 2014), y en el aumento del optimismo (Malouff y Schutte, 2016). Este ejercicio fue inicialmente propuesto por King (2001) como ejercicio de escritura orientado a promover procesos de auto-regulación, pero sin la carga emocional negativa que implicaban los ejercicios anteriormente empleados como la escritura de acontecimientos traumáticos (Pennebaker, 1997). El BPS se considera una técnica de pensamiento futuro positivo, que consiste en la visualización y escritura de un futuro en el que su vida se ha desarrollado de la forma que desean, cumpliendo todas sus metas y objetivos planteados (King, 2001). Desde entonces, más de 30 estudios han aplicado este ejercicio y evaluado sus efectos (Loveday et al., 2018). En el ejercicio del BPS los participantes visualizan y escriben sobre el “mejor yo posible” en el futuro siguiendo instrucciones claras y sencillas, un ejemplo de las consignas pautadas en varias investigaciones es el siguiente:

Has sido asignado al azar para participar en una condición en la que vas a pensar sobre tu “mejor yo posible”. Con este posible mejor “yo” queremos que te imagines a ti mismo/a en un futuro en el que todo se ha desarrollado de la mejor manera posible. Te has esforzado mucho y has conseguido alcanzar todos los objetivos que te habías planteado en tu vida. Puedes imaginártelo como el hecho de haber conseguido todos tus sueños y de haber desarrollado todas tus potencialidades.

Dentro de un momento, te voy a pedir que pienses en la mejor manera posible en que tu vida podría desarrollarse en 4 ámbitos (personal, social, profesional y de la salud), con el objetivo de dirigir las decisiones que estás tomando en la actualidad.

Para poder determinar y guiar la construcción de tu mejor posible “yo”, durante los próximos 25 minutos, vas a pensar y a escribir las metas, habilidades y deseos que te gustaría adquirir en un futuro lejano dentro de cada uno de los cuatro ámbitos que hemos mencionado. Tienes que unificarlos en una especie de diario personal. A lo largo de este proceso, piensa en habilidades realistas y en metas/deseos que sean posibles de alcanzar y que te gustaría adquirir o lograr en el futuro. (Enrique, 2017, p. 217)

Las limitaciones encontradas en las investigaciones basadas en BPS tienen que ver con dos cuestiones. Por un lado, parece que las intervenciones basadas en objetivos supera a aquellas intervenciones orientadas a mejorar el optimismo como el BPS, las intervenciones basadas en objetivos engloban no solo el planteamiento de metas y expectativas de resultado sino también la planificación y el desarrollo de pasos dirigidos a la consecución de los propios objetivos (Enrique, 2017). Una explicación plausible al respecto podría deberse a que el ejercicio del BPS carece del planteamiento de las intenciones de implementación (Schweiger Gallo et al., 2007) y que podría generar una falsa esperanza, definida por Kwon (2002) como el estado en el que se tiene una meta deseada y motivación para alcanzarla, pero se carece de los planes para llegar a ella. Por otro lado, otra limitación tendría que ver con que el BSP no se encuentra enraizado en un modelo teórico que explique

su eficacia (Saiz, 2018).

La falta de intenciones de implementación en el ejercicio del BPS se intenta paliar en la Meditación en la esperanza mediante el uso de fortalezas y habilidades personales (Park y Peterson, 2009; Peterson y Seligman, 2004) como elementos de implementación. Por ejemplo, en muestra con sujetos adolescentes se ha visto que, según la teoría de la motivación basada en la identidad, una forma de aumentar las probabilidades de que el alumnado esté motivado consiste en que su yo-futuro adulto se encuentre conectado con su yo-actual (Nurra y Oyserman, 2018). En el caso del programa EBC se intenta, mediante diversas estrategias, que las fortalezas personales actúen como puente entre el presente y la meta deseada.

Por otro lado, el ejercicio del BPS es una técnica en la que se implementa la visualización (Meevissen et al., 2011), mas no se entrena al sujeto de manera explícita en cómo visualizar, ni siquiera se ofrecen pautas o instrucciones concretas para que pueda visualizar y sostener imágenes en la mente de una forma más efectiva. Este proceso de atención y mantenimiento de la imagen mental podría verse favorecido al incorporar ciertas características de la práctica de la meditación *mindfulness*. Se considera que el *mindfulness* y, más concretamente la práctica meditativa concentrativa, conlleva atender de forma intencionada a un objeto (como la respiración, el cuerpo, los sonidos, una imagen mental...), observando las sensaciones, pensamientos y emociones que emergen en ese momento (Vago y Silbersweig, 2012). Por tanto, y tal y cómo exponen Cebolla et al. (2017), la meditación *mindfulness* puede actuar como catalizador de las intervenciones positivas al atender y auto-observar la experiencia interna con conciencia plena. Junto a los beneficios que puede aportar el propio entrenamiento en *mindfulness*, en el programa EBC se destinan dos ejercicios a aprender a visualizar de manera más efectiva basados en el trabajo de Emily Holmes y su equipo (Pearson et al. 2013) (ver subapartado sobre habilidad imaginativa optimizada).

Hasta la fecha solo existe un estudio aleatorizado en el que se comparaba la eficacia de la ME frente al BPS en afecto positivo y negativo, autocompasión, bienestar psicológico, expectativas futuras, optimismo y esperanza (Saiz, 2018). Se observó que la ME produjo cambios significativos en afecto negativo, expectativas futuras negativas, autoaceptación, autonomía y propósito en la vida, pero estos cambios no fueron significativamente mayores que los producidos por BPS. También se detectó que la autocompasión moderaba el efecto de la intervención, siendo las personas menos autocompasivas las que más se benefician de la ME (Saiz, 2018). De este trabajo se deduce que la ME es una intervención basada en psicología positiva válida, y aceptada y valorada positivamente por los participantes. De la misma manera, este trabajo también detectó que la ME requiere de un entrenamiento previo en *mindfulness* para potenciar sus efectos.

Propuesta de los Mecanismos de Acción Implicados en la ME

En la fase actual del programa EBC no es posible confirmar con certeza cuales pueden ser los mecanismos de acción implicados en la ME. No obstante, y partiendo de las premisas teórico-científicas con las que se diseñó la ME, podemos realizar un acercamiento hipotético a los posibles mecanismos de acción implicados en esta práctica meditativa. Partimos de cuatro estrategias implícitas que pueden ayudar a implementar el bienestar en los sujetos que practiquen la ME: el saboreo del pasado y futuro, la cognición prospectiva, el aprendizaje por modelado y la visualización optimizada.

Saboreo del Pasado y del Futuro

El saboreo (*savoring*) es una técnica desarrollada por Fred Bryant, que implica la habilidad de intensificar y prolongar los sentimientos positivos de forma deliberada, incrementando la toma de consciencia (*awareness*) y la apreciación de las experiencias positivas (Bryant y Veroff, 2007). Al igual que sucede con *mindfulness*, la capacidad de saboreo difiere de una persona a otra, y es susceptible de ser entrenada, ya que tiene un componente rasgo que es temperamental y un componente estado fruto de la práctica concreta. Cuando se practica el saboreo se enfoca la atención en las experiencias positivas mientras se interviene para modificar los pensamientos y las conductas, de manera que se intensifiquen y prolonguen los sentimientos positivos (Bryant et al., 2011). A nivel neurocientífico, se ha detectado que los correlatos neurales del saboreo están asociados con una activación sostenida del estriado ventral y con una conectividad sostenida entre la corteza prefrontal y el estriado ventral (Heller et al., 2013). Desde una dimensión temporal se han explorado tres dimensiones: el saboreo centrado en el futuro, el saboreo mediante la rememoración del pasado y el saboreo del momento presente (Bryant, 2003). Partiendo de estas dimensiones se han elaborado tres tipos de intervenciones basadas en saboreo: a) Las intervenciones para aprender a saborear el pasado; por ejemplo, pensar sobre sucesos biográficos positivos del pasado o la reminiscencia positiva; b) Las intervenciones para aprender a saborear el presente, como el incremento de estrategias para saborear la cotidianidad o entrenar un enfoque atencional positivo; c) Las intervenciones basadas en el saboreo del futuro.

En el caso de la ME, en la fase 2 se llevan a cabo micro-experiencias de visualización orientadas a saborear el pasado, lo que técnicamente toma el nombre de reminiscencia positiva, en las que se generan imágenes mentales (y también se re-experimenta corporalmente) relativas a un suceso positivo del pasado. En las fases 3, 4, 5 y 6 se generan imágenes mentales correspondientes a un yo-futuro con un nivel alto de excelencia y virtuoso, y, por ende, podríamos clasificarlo como un saboreo del futuro (Cebolla y Alvear, 2019).

Cognición Prospectiva

Tal y como se vio en el subapartado anterior desde un punto de vista afectivo, cuando en la ME se evoca un yo-futuro virtuoso se suele hacer insertado en una actividad de saboreo del futuro. No obstante, la perspectiva de futuro no implica solamente este aspecto afectivo, a la vez, la mente está generando una estrategia relativa a la regulación de la atención dirigiéndola al futuro, más exactamente, estamos hablando de cognición prospectiva (MacLeod et al., 1997).

En la ME se combinan tres aspectos: la capacidad cognitivo-prospectiva a orientar la mente a un yo-futuro, la base afectiva que supone el hecho de que este yo-futuro sea potencialmente compasivo y virtuoso, y la motivación para cuidar y hacerse cargo desde el yo-presente de este yo-futuro imaginado. En este sentido, se pretende que este yo-futuro se encuentre alineado con el yo-presente en forma de potenciales fortalezas personales que se puedan activar/entrenar en la actualidad (Nurra y Oyserman, 2018).

En relación al cuidado del yo-futuro nos basamos en dos trabajos. En los primeros se evaluó el impacto de vernos como ancianos a la hora de tomar decisiones para planificar nuestras finanzas tras el retiro laboral. Los resultados del estudio mostraron que aquellas personas que sintieron empatía por esa versión de sí mismos ancianos invirtieron más dinero (es decir, mostraron mayor autocontrol) para ahorrar, perdiendo la posibilidad de gastarlo en alguna actividad hedónica en el presente (Hershfield, 2011). En un segundo trabajo, en una dirección inversa, se invitó a un grupo de participantes a que interactuaran con una versión vívida y realista de sí mismos en el futuro, y posteriormente llevaron a cabo una tarea experimental en la que, para recibir una recompensa económica, había que falsear y mentir. Los resultados mostraron que el grupo que interactuó con ese yo futuro engañaba menos en la prueba que el grupo de control (Van Gelder et al., 2013).

La familiarización e identificación con un yo-futuro es un elemento clave en la ME, en muchas ocasiones se trata al yo-futuro como si fuera otra persona (Hershfield, 2011; Van Gelder et al., 2013), es decir, no hay una alta identificación o incluso la persona se muestra ajena respecto a su yo-futuro. Este hecho, obviamente, va a determinar los procesos de toma de decisiones, estrategias de autocontrol, compromiso y conexión con valores del presente.

Aprendizaje por Modelos Basado en Ideal del yo Futuro

El modelo ideal del yo ha sido ampliamente tratado en la literatura científica (Boyatzis y Akrivou, 2006; Wille et al., 2018). Tanto en el programa EBC, como específicamente en la ME, se procura ofrecer instrucciones al usuario para que genere un modelo ideal del yo adaptado a su contexto y que, a la vez, suponga un elemento motivacional para poder modificar su conducta ayudado por el desarrollo de fortalezas personales.

El aprendizaje por modelos, o modelado, se suele definir como el aprendizaje que se adquiere por medio de la observación del comportamiento de otra persona

(Barraca, 2014). En el caso de la ME, se lleva a cabo un modelado encubierto, basado también en aprendizaje vicario, aunque en este caso el proceso de modelado se sigue de forma encubierta (mediante la imaginación) (Cautela, 1971; Kazdin, 1978) al estar fundamentado en modelos de imitación de un yo-futuro virtuoso generado por imágenes mentales.

Al entrenar de manera combinada la escritura/lectura de la carta del modelo ideal del yo-futuro junto a la ME, se realiza un acercamiento paulatino a un modelo ideal de un yo-futuro virtuoso que se va depurando semana a semana en el propio entrenamiento.

Habilidad Imaginativa Optimizada

Tal como se señaló, la ME se cataloga como una práctica meditativa constructiva o generativa. La familia de las prácticas constructivas suele requerir del uso de la imaginación para inducir estados afectivos positivos, compasión, ecuanimidad, autocompasión, etc. Estas imágenes mentales generadas funcionarían como una especie de proceso de inducción de estados mentales positivos o virtuosos; por ello, las habilidades imaginativas son clave para su desarrollo y eficacia (Cebolla y Alvear, 2019).

En la actualidad es conocido que las imágenes mentales poseen la capacidad de evocar una respuesta emocional, hasta el punto de que se activan las mismas áreas cerebrales tanto al imaginar como al ver la misma imagen (Ji et al., 2016). En la ME se le da un gran valor al hecho de ofrecer instrucciones claras y basadas en la evidencia con el objetivo de conseguir una capacidad de imaginación eficaz. Para esta tarea nos basamos en los cuatro mecanismos esenciales en el proceso de imaginar propuestos por Holmes y su equipo (Pearson et al., 2013): la creación de la imagen mental, la capacidad de sostener la imagen mental, la capacidad de generar viveza y definición en la imagen mental, y la rotación y transformación de la imagen mental. A estos cuatro mecanismos le añadimos un quinto, relacionado con la incorporación del resto de sentidos sensoriales durante el proceso de imaginación.

Cualesquiera que sean las habilidades imaginativas que posea el practicante, tras el entrenamiento la práctica irá mejorando los cinco mecanismos, entre ellos el de el sostén y la posibilidad de transformación de la imagen mental. Debido a ello, es fundamental haber trabajado la práctica de la meditación concentrativa en entrenamientos anteriores, esta capacidad previa ayudará al practicante a mantener la imagen mental construida y a gestionar la divagación mental que podría obstaculizar la inducción de la experiencia imaginativa.

Conclusiones

La ME es una práctica meditativa de tipo generativo integrada en el entrenamiento en bienestar basado en prácticas contemplativas (programa EBC). Puede resultar de utilidad para integrarlo en un proceso psicoterapéutico con usuarios que hayan entrenado previamente habilidades *mindfulness* con el objetivo de aumentar

el bienestar y los niveles de esperanza rasgo.

La presentación de la ME en este escrito es un acercamiento teórico y descriptivo. Se necesitan estudios futuros que comparen la eficacia de la ME con otro tipo de técnicas, tanto con las relacionadas con aspectos prospectivos de un yo-futuro optimizado (e.g. BPS) como con prácticas meditativas generativas (e.g. meditación en compasión). También son necesarios trabajos que confirmen o descarten los cinco mecanismos de acción implicados propuestos.

Referencias

- Alvear, D. (2015). *Mindfulness en positivo. La ciencia de la atención plena y la psicología positiva en el camino del bienestar*. Milenio.
- Alvear, D. (2018). Mindfulness, psicología positiva e inteligencia emocional. En M. A. Santed y S. Segovia (coords.), *Fundamentos y aplicaciones*. (pp. 185-206). Paraninfo Universidad.
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. Síntesis.
- Boyatzis, R. y Akrivou, K. (2006). "The ideal self as the driver of intentional change". *Journal of Management Development*, 25(7), 624-642. <https://doi.org/10.1108/02621710610678454>
- Bryant, F. B. (2003). Savoring beliefs inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, 12(2), 175-196. <https://doi.org/10.1080/0963823031000103489>
- Bryant, F., Chadwick, E. y Kluwe, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 107-126. <https://doi.org/10.5502/ijw.v1i1.18>
- Bryant, F. B. y Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Lawrence.
- Cautela, J. R. (1971). Covert conditioning. En A. Jacobs y L. B. Sachs (eds.), *The psychology of private events: Perspectives on covert response systems* (pp. 109-130). Academic Press.
- Cebolla, A. y Alvear, D. (2019). *Psicología positiva contemplativa. Fundamentos para un entrenamiento en bienestar basado en prácticas contemplativas (EBC)*. Kairós.
- Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J. y García-Campayo, J. (2017). Contemplative positive psychology: introducing mindfulness into positive psychology. *Psychologist Papers*, 38(1), 12-18. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>
- Cebolla, A., Herrero, R., Carrillo, A., Navarro, J., Soler, J. y Alvear, D. (2019). Contemplative Practice-Based Well-Being Training (CBWT): Towards a Contemplative Positive Psychology. En L. Galiana y N. Sansó (eds.), *The power of compassion* (pp. 159-174). Nova Science Publishers.
- Dahl, C. J., Lutz, A. y Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 515-523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- Dambrun, M. y Ricard, M. (2011). Self-centeredness and selflessness: a theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Review of General Psychology*, 15, 138-157. <https://doi.org/10.1037%2Fa0023059>
- Davidson, R. y Schuyler, B. (2015). Neuroscience of happiness. En J. Helliwell, R. Layard y J. Sachs (eds.), *World happiness report 2015* (pp. 88-105). Sustainable Development Solutions Network.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Enrique, A. (2017). Efficacy of positive psychological interventions oriented toward the future: experimental studies with general and clinical populations. [Tesis doctoral. Universitat Jaume I (España)]. <http://dx.doi.org/10.6035/14023.2017.209666>
- Enrique, A., Bretón-López, J., Molinari, G., Baños, R. M. y Botella, C. (2018). Efficacy of an adaptation of the Best Possible Self intervention implemented through positive technology: A randomized control trial. *Applied Research in Quality of Life*, 13(3), 671-689. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9552-5>
- Heller, A. S., van Reekum, C. M., Schaefer, S. M., Lapate, R. C., Radler, B. T., Ryff, C. D. y Davidson, R. J. (2013). Sustained ventral striatal activity predicts eudaimonic well-being and cortisol output. *Psychological Science*, 24(11), 2191-2200. <https://doi.org/10.1177%2F0956797613490744>

- Hershfield, H. E. (2011). Future self-continuity: how conceptions of the future self transform intertemporal choice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1235, 30-43. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1749-6632.2011.06201.x>
- Huppert, F. A. y So, T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- Huta, V. y Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1425-1456. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0>
- Ji, J. L., Heyes, S. B., MacLeod, C. y Holmes, E. A. (2016). Emotional mental imagery as simulation of reality: fear and beyond- a tribute to Peter Lang. *Behaviour Therapy*, 47(5), 702-719. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.004>
- Kazdin, A. E. (1978). Covert Modeling: The Therapeutic Application of Imagined Rehearsal. En J. L. Singer y K. S. Pope (eds.), *The Power of Human Imagination. Emotions, Personality, and Psychotherapy* (pp. 255-278). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3941-0_9
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(7), 798-807. <https://doi.org/10.1177/0146167201277003>
- Kwon, P. (2002). Hope, defense mechanisms, and adjustment: implications for false hope and defensive hopelessness. *Journal of personality*, 70(2), 207-231. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.05003>
- Loveday, P. M., Lovell, G. P. y Jones, C. M. (2018). The Best Possible Selves Intervention: A Review of the Literature to Evaluate Efficacy and Guide Future Research. *Journal of Happiness Studies*, 19(2), 607-628. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9824-z>
- MacLeod, A. K., Tata, P., Kentish, J. y Jacobsen, H. (1997). Retrospective and prospective cognitions in anxiety and depression. *Cognition and Emotion*, 11, 467-479. <https://doi.org/10.1080/026999397379881>
- Malouff, J. M. y Schutte, N. S. (2017). Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 594-604. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1221122>
- McConnell, A. R. (2011). The multiple self-aspects framework: self-concept representation and its implications. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 3-27. <https://doi.org/10.1177%2F1088868310371101>
- Meevissen, Y. M., Peters, M. L. y Alberts, H. J. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.012>
- Nurra, C. y Oyserman, D. (2018). From future self to current action: An identity-based motivation perspective. *Self and Identity*, 17(3), 343-364. <https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1375003>
- Park, N. y Peterson, C. (2009). Character strengths: research and practice. *Journal of College and Character*, 10(4). <https://doi.org/10.2202/1940-1639.1042>
- Pearson, D. G., Deeprose, C., Wallace-Hadrill, S. M., Heyes, S. B. y Holmes, E. A. (2013). Assessing mental imagery in clinical psychology: A review of imagery measures and a guiding framework. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.001>
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1467-9280.1997.tb00403.x>
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K. y Linton, S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), 204-211. <https://doi.org/10.1080/17439761003790963>
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association.
- Pollard, E. L. y Davidson, L. (2001). *Action research in family and early childhood: Foundations for child well-being*. UNESCO Education Sector.
- Renner, F., Schwarz, P., Peters, M. L. y Huibers, M. J. (2014). Effects of a best-possible-self mental imagery exercise on mood and dysfunctional attitudes. *Psychiatry Research*, 215(1), 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.033>
- Saiz, I. (2018). *Intervenciones psicológicas positivas: Eficacia de la Meditación en la Esperanza vs. El mejor yo posible* [Trabajo de fin de Máster. Universitat de València. España].
- Schweiger Gallo, I. y Gollwitzer, P. M. (2007). Implementation intentions: Control of fear despite cognitive load. *Psicothema*, 19, 280-285.
- Sheldon, K. M. (2013). Individual daimon, universal needs, and subjective well-being: Happiness as the natural consequence of a life well lived. En A. Waterman (ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonic functioning* (pp. 119-137). American Psychological Association.

- Sheldon, K. M. (2018). Understanding the good life: Eudaimonic living involves well-doing, not well-being. En J. P. Forgas y R. E. Baumeister (eds.), *The Social Psychology of Living Well* (pp. 116-136). Routledge.
- Singer, T. y Engert, V. (2019). It matters what you practice: differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project. *Current Opinion in Psychology*, 28, 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.005>
- Tiberius, V. y Hall, A. (2010). Normative theory and psychological research: Hedonism, eudaimonism and why it matters. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 212-225. <https://doi.org/10.1080/17439761003790971>
- Vago, D. R. y Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 296. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Van Gelder, J. L., Hershfield, H. E. y Nordgren, L. F. (2013). Vividness of the future self predicts delinquency. *Psychological Science*, 24(6), 974-980. <https://doi.org/10.1177%2F0956797612465197>
- Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Desclee de Brower.
- Wille, L., Van Hove, G., Weijters, B., Rangarajan, D. y Carpentier, M. (2018). To be yourself or to be your ideal self? Outcomes of potential applicants' actual and ideal self-congruity perceptions. *Journal of Personnel Psychology*, 17(3), 107-119. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000213>

DESARROLLO PERSONAL Y PRÁCTICA ESPIRITUAL: ANÁLISIS NARRATIVO DE VIVENCIAS

PERSONAL DEVELOPMENT AND SPIRITUAL PRACTICE: NARRATIVE ANALYSIS OF EXPERIENCES

Asun Puche Echegaray

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull. Barcelona. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2329-780X>

Luis Botella García del Cid

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull. Barcelona. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3794-5967>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Puche, A. y Botella, L. (2020). Desarrollo Personal y Práctica Espiritual: Análisis Narrativo de Vivencias. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 57-83. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.449>

Resumen

El objetivo de este trabajo es adentrarse en la vivencia espiritual y contribuir a la comprensión de los efectos que aporta la práctica espiritual. El estudio se abordó desde el estudio de dos prácticas espirituales de la tradición cristiana: los Ejercicios Espirituales de San Ignacio de Loyola –una práctica intensiva de un mes de duración– y los Ejercicios de Contemplación del jesuita Franz Jalics, de 8 días. El método desarrollado fue un análisis narrativo exhaustivo de las experiencias en primera persona de diez participantes en dichos ejercicios espirituales. Los resultados hallados se presentan en forma de mapa conceptual y en macro-categorías de significado de la experiencia. El análisis dio lugar a la emergencia de un concepto nuclear al que denominamos Sensibilidad Espiritual, y para el que propusimos una definición a partir de las categorías halladas. Como conclusión se apunta hacia una psicología contemplativa, enfocada hacia la dimensión espiritual y contemplativa del ser humano y de los procesos que facilitan dicha dimensión.

Palabras clave: *Espiritualidad, Ejercicios Espirituales Ignacianos, Ejercicios de Contemplación, Prácticas contemplativas, Sensibilidad Espiritual, Narrativas.*

Abstract

The goal of this study is to study thoroughly in the lived spiritual experience, and to contribute to the understanding of the effects that the spiritual practice brings forth. Specifically, the study addressed the analysis of two spiritual practices from the Christian tradition. The Spiritual Exercises of Saint Ignatius of Loyola –an intensive month-long practice– and the Contemplative Retreat of the Jesuit Franz Jalics. The method employed a detailed narrative analysis of the first person accounts of ten participants in the mentioned spiritual practices. The findings were presented in the form of conceptual map and in macro-categories of the meaning of the experience. The analysis brought up the emergence of a nuclear concept that we called Spiritual Sensitivity, and to which we proposed a definition based on the categories previously found. As a conclusion, we point to the emergence of a contemplative psychology, focused on the spiritual and contemplative dimension of the human being and on the processes that facilitate this dimension.

Keywords: *Spirituality, Ignatian Spiritual Exercises, Contemplative Retreat, Contemplative Practices, Spiritual Sensitivity, Narratives.*

Fecha de recepción: 10 de septiembre de 2020. Fecha de aceptación: 17 de septiembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: asunpe@blanquerna.url.edu

Dirección postal: Asun Puche, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Cister 34, 08022-Barcelona. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



En los últimos años se ha ido haciendo más explícita la colaboración entre la psicología y la espiritualidad, como lo demuestra el creciente interés de los temas convergentes entre ambos campos.

Este interés queda reflejado en el desarrollo de nuevos modelos conceptuales y aplicados que integran en sus planteamientos la dimensión trascendente de la persona –que tradicionalmente había sido considerada desde el ámbito de la espiritualidad– como ha sido el caso de la psicología transpersonal.

Abraham Maslow propuso el término transpersonal para designar lo que se consideró un nuevo modelo de psicología que estudiaba y promovía experiencias, fenómenos y “estados de conciencia trascendentes, espirituales y unificadores” (Lajoie y Shapiro, 1992, p. 91).

El objetivo principal de la psicología transpersonal es que los seres humanos trasciendan el sentido de sí mismos la identificación con el cuerpo y la mente –para llegar a identificarse con una conciencia mayor (Groff, 2000; Maslow, 1972; Wilber, 1989).

Este modelo ha puesto en diálogo la práctica psicológica clínica con principios de las tradiciones espirituales (véase, por ejemplo, Almendro, 1995; Braud y Anderson, 1998; Groff, 1986).

Por otro lado, cada vez se está profundizando más en el estudio de los efectos de diferentes prácticas de meditación –procedentes de tradiciones espirituales– así como en su aplicación en contextos psicoterapéuticos (véase, por ejemplo, Schreurs, 2004; Wellwood, 2002). En concreto, el concepto de *mindfulness* –traducible por conciencia plena– y que procede del budismo está siendo incorporado en investigaciones científicas de campos interdisciplinarios como son las ciencias de la salud, las neurociencias y las ciencias cognitivas.

Así se investiga sobre *mindfulness* en relación a la reducción del estrés (Grossman et al., 2004; Kabat-Zinn et al., 1992) en comportamientos adictivos de abuso de sustancias (Leigh et al., 2005); en pacientes con depresión tratados desde modelos cognitivos (Ramel et al., 2004; Scherer-Dickson, 2004; Segal et al., 2002; Teasdales et al., 2000); y en nuevas corrientes de terapia conductual (Hayes et al., 1999; Hayes, 2004; Hayes et al., 2006).

En nuestro contexto, por ejemplo, se editaron dos volúmenes monográfico sobre *mindfulness* y psicoterapia en la *Revista de Psicoterapia*, uno en el año 2006 y otro en 2016 coincidiendo con el décimo aniversario del primero, y algunos de sus artículos son de hecho los más leídos de la revista según sus propias estadísticas.

Así pues está dándose una convergencia entre prácticas procedentes de tradiciones espirituales y la psicología, tanto a nivel conceptual como aplicado. Específicamente, se trata de prácticas meditativas procedentes de oriente –principalmente del budismo, aunque también del hinduismo– a pesar de que la cultura occidental cuenta con una larga tradición contemplativa –procedente del cristianismo– práctica que se puede equiparar con el concepto de meditación oriental.

Campo Específico de la Experiencia Espiritual Objeto de Estudio

Prácticas espirituales hay muchas, tantas como tradiciones y familias religiosas se han sucedido a lo largo de los tiempos.

Este trabajo se focaliza en dos de ellas, enmarcadas en la tradición cristiana, en concreto católica. No obstante, hoy en día, en la práctica, podemos encontrar en los grupos de practicantes a personas provenientes de otras tradiciones o familias religiosas, suficientemente abiertas para apreciar y aprovechar la sabiduría y los beneficios de estos caminos de crecimiento.

La primera son los Ejercicios Espirituales de San Ignacio de Loyola. La tradición cristiana dispone de la expresión “contemplativos en la acción”, que refleja el ideal o carisma propio de la espiritualidad ignaciana, a partir de la vivencia de San Ignacio de Loyola, fundador de la Compañía de Jesús, a la que pertenecen los Jesuitas. Contemplativo en la acción implica una actitud de contemplación continuada desde el propio actuar, en una dinámica permanente y circular en la que el actuar es asimismo generado desde el contemplar. Con una tradición ya secular, tal como hoy se presenta, se ha ido enriqueciendo con las aportaciones de diferentes ámbitos de las ciencias humanas.

La segunda son los Ejercicios de Contemplación, tal como son propuestos por el jesuita húngaro Franz Jalics. Basados en el silencio y la quietud y apoyados en la invocación del nombre de Jesús, esta práctica contemplativa cristiana se acerca a otras tradiciones contemplativas orientales.

Método

Participantes: Los Ejercitantes

Dada la elevada demanda de tiempo y esfuerzos requerida para el análisis individualizado, intensivo y exhaustivo de cada narrativa, y su gran dependencia en métodos cualitativos y de análisis de texto, así como debido a la propia naturaleza de la experiencia, el número de participantes se limitó a diez. Para la primera parte del estudio, referido a la vivencia de los Ejercicios Espirituales de San Ignacio, se dispuso de cuatro narrativas; tres de las cuales fueron reflexiones *a posteriori*, mientras que una cuarta persona entregó para el estudio su diario personal que escribía día a día acerca de su vivencia durante los 30 días de duración del retiro de Ejercicios Espirituales.

Para la segunda parte del estudio, se contó con seis narrativas de personas participantes en un retiro de Ejercicios de Contemplación de 8 días de duración siguiendo el modelo propuesto por Franz Jalics, sj. (1998).

Todos los participantes fueron voluntarios a quienes se les informó del estudio una vez finalizado el retiro y que desearon colaborar escribiendo su vivencia, según la pauta amplia que se les dio.

Como se ha mencionado, ambos retiros se realizaron en el Centro Internacional de Espiritualidad Cueva de San Ignacio, de Manresa, donde jesuitas y laicos colaboradores dan los dos tipos de retiros cada año.

Presentamos brevemente a los ejercitantes que participaron en el trabajo.

Para el Estudio 1 del Mes de Ejercicios Espirituales de San Ignacio de Loyola se contó con la participación de tres mujeres, Esther, Alicia, Verónica y, un varón Arturo.

Ester tenía 27 años en el momento del retiro. Su atracción por la figura de Jesús de Nazaret “había ido creciendo y madurando, aumentando mis ganas de amarle y seguirle, y conduciéndome a realizar experiencias como ésta”. (Ester, 7-9).

Alicia, de 53 años, practicante de meditación zen, junto con sus prácticas como cristiana católica, deseó aclarar en su narrativa –en un pie de página– que “cuando decidí hacer el Mes de Ejercicios Espirituales la motivación era “poner orden”, ver si podría ser más consecuente en mi estilo de vida” (Alicia, 215, nota 2).

Verónica, de 34 años, religiosa en una congregación católica, misionera en África. En el primer día de su diario de Ejercicios Espirituales dejó anotado: “Llego a Manresa con el deseo de dejarme guiar por Él a través de todo, de entrar en ese nivel profundo del corazón y quedarme ahí”. (Verónica, 62-63).

Arturo, sacerdote diocesano que, con 64 años, inició la narrativa sobre su vivencia del Mes de Ejercicios Espirituales diciendo: “Participar en los Ejercicios Ignacianos en Manresa me ha marcado profundamente, es un hito en mi vida, hay un antes y un después”. (Arturo, 5-7).

Para el Estudio 2 de Ejercicios de Contemplación (8 días) se contó con la participación de 6 mujeres.

Begoña, de 48 años, había iniciado la práctica contemplativa según el modelo propuesto por Franz Jalics tres años atrás.

Carolina, de 51 años, iniciada en este modelo de práctica contemplativa un año atrás, si bien ya tenía experiencia anterior con otros tipos de prácticas contemplativas.

Gabriela, de 60 años. Su segundo año de retiro de ocho días de Ejercicios de Contemplación.

Mariluz, de 59 años, se inició en esta modalidad contemplativa tres años atrás.

Marta, de 54 años. Éste fue su cuarto retiro anual consecutivo de 8 días de Ejercicios de Contemplación.

Nerea, de 48 años, éste fue su primer retiro de esta modalidad.

Todas ellas se ejercitaban cada día en la práctica contemplativa entre 30 minutos y dos horas.

Instrumentos: Las Narrativas

El estudio contó con diez narrativas en primera persona acerca de la vivencia del retiro de Ejercicios producidas por los mismos participantes voluntarios. Estas narrativas fueron solicitadas como medio para acceder a su experiencia subjetiva o, más precisamente, al modo en que ellos la construyeron.

En la carta en que se solicitaba una colaboración voluntaria para este estudio se dio una indicación para la elaboración de su narrativa, y que en esencia se centraba en la vivencia del retiro espiritual y en lo que había significado en su vida.

Reproducimos a continuación el fragmento en el que se halla dicha indicación (con ligeras modificaciones en el segundo estudio).

Indicación para la elaboración de la narrativa para los participantes de los Ejercicios Espirituales de San Ignacio:

En concreto, a efectos de tu experiencia te solicitamos lo siguiente:

Nos gustaría que reflexionaras por escrito sobre tu vivencia en el Mes de Ejercicios del pasado Julio incluyendo todos los aspectos que consideres necesario, y haciendo especial énfasis en lo que significa para ti y para tu vida. Hazlo con tanta extensión y profundidad como sientas necesario.

Indicación para la elaboración de la narrativa para los participantes de los Ejercicios de Contemplación:

La participación y colaboración consiste en describir por escrito la vivencia de los Ejercicios y la práctica contemplativa según se indica a continuación: Describe, en los términos y extensión que consideres oportunos, cuál/es ha/n sido tu/s vivencia/s de los Ejercicios de Contemplación (siguiendo el método Jalics) que acabas de realizar, incluyendo todas las dimensiones que quieras destacar. También, si lo deseas, puedes añadir cualquier cambio que consideres que la práctica contemplativa realizada de forma regular te haya aportado a nivel interior y/o en tu vida, así como describir tu vivencia personal sobre ello.

Asimismo, se les solicitó en este último caso, información contextual adicional referida al sexo, la edad, inicio de la práctica contemplativa según el modelo de Jalics, la frecuencia de la práctica, así como otro tipo de prácticas contemplativas o modos de oración que realizaran.

Procedimiento: Categorización de Unidades de Análisis

Tras haber compilado las narrativas en primera persona, éstas fueron analizadas siguiendo una metodología basada en el método cualitativo de *Grounded Theory Methodology*. Dado que una revisión exhaustiva de los fundamentos epistemológicos de dicha metodología va más allá de la finalidad de este artículo, remitimos al lector interesado al trabajo de Herrero (2003).

En síntesis, el método utilizado fue:

1. El texto se dividió en unidades de análisis (UAs) significativas. En este trabajo, se adoptó un criterio basado en la coherencia de contenido. A cada UA se le asignó un código numérico jerarquizado en orden decimal. Además, al final de cada UA aparece el nombre asignado a el/la autor/a de la narrativa de la que se trate, así como la/s línea/s de texto de la que se extrajo la UA.

2. El significado de cada UA se sintetizó en tantas categorías como fue necesario.

3. Las UAs se codificaron en estas categorías. Cada UA se codificó según su significado y fue asignada al menos a un nódulo de categoría. Eventualmente, el proceso entero se satura; es decir, la codificación no aporta ninguna otra categoría. El análisis se realiza mediante consenso entre investigadores.

4. Las categorías se organizan jerárquicamente en forma de mapa conceptual. Este proceso es dialéctico en su propia naturaleza, ya que el mapa conceptual se va delimitando a medida que la avanza la codificación, y la codificación cambia según se va refinando el mapa. Del mismo modo que en el paso 3, eventualmente todo el proceso queda saturado; en este caso, una nueva codificación del texto no modifica la estructura del mapa conceptual.

Aspectos Éticos: El Anonimato

Dada la naturaleza de este trabajo, en el que nuestra aproximación fue a personas que ya habían realizado una experiencia determinada, las consideraciones éticas quedaron enfocadas a asegurar los siguientes aspectos: a) participación voluntaria e informada y b) garantizar el anonimato de los ejercitantes que compartieron por escrito sus vivencias de los retiros. Para ello, en la carta remitida a los ejercitantes solicitando su colaboración se explicó el modo en que se procedería.

Dando cumplimiento al principio del anonimato, los nombres de todos los participantes han sido cambiados. Asimismo, decidimos omitir el año del retiro tanto para el estudio del Mes de Ejercicios Espirituales como en el de Ejercicios de Contemplación de ocho días, con la intención y el deseo de extender aún más ese principio, dada la cercanía física del lugar en el que los ejercitantes llevaron a cabo los retiros, y el relativamente reducido número de personas que los realizan en cada tanda.

El Mes de Ejercicios Espirituales

Resultados e Interpretación

Dada la naturaleza de este trabajo, los resultados van íntimamente ligados a su interpretación. Elaborar categorías a partir de unidades de análisis es, en sí mismo, un modo de interpretar. Junto a Charmaz (2008) asumimos que “somos parte de los significados que observamos y definimos” (p. 90). Es por ello, que estos dos importantes elementos de la investigación han quedado explícitamente unidos en el encabezado de este apartado.

El resultado-interpretación de este estudio toma la forma de Mapa Conceptual que se fue desarrollando, según indicado en el apartado de procedimiento, siguiendo los pasos y la metodología propia de la *Grounded Theory Methodology*, incorporando procesos propios de las técnicas de análisis del discurso. En él se encuentran los diversos niveles de jerarquización y categorías en que fueron codificadas cada unidad de análisis, las líneas de texto de cada narrativa.

Mapa Conceptual

En base al análisis de los textos conjuntamente considerados emergieron siete categorías de estructura narrativa, cada una de las cuales incluye codificaciones de las vivencias experimentadas por los ejercitantes del Mes de Ejercicios Espirituales, siendo una de ellas comentarios reflexivos que surgieron durante la tarea de narrar

su experiencia por escrito.

1. Información contextual
2. Estructura de las jornadas de Ejercicios Espirituales.
3. Comentarios reflexivos centrados en la propia tarea de narrar la experiencia de los Ejercicios Espirituales.
4. Vivencias de los Ejercicios Espirituales propiamente dicha.
5. Resumen sintético de la experiencia.
6. Valoración global de la experiencia.
7. Efectos post- de la experiencia.

Cada una de estas categorías nucleares albergaba otros niveles de categorías más cercanos a la experiencia directamente expresada en la narrativa. El número de línea(s) de la narrativa de dónde partió la categorización se indica junto al nombre del narrador.

Antes de proceder con la exposición del mapa conceptual, cabe precisar que el proceso de interpretación se inicia –empieza a asomar– en la forma del mapa conceptual, mas no concluye aquí. En el siguiente apartado titulado “El Árbol-Eje de la Vivencia” la interpretación prosigue y se adentra en la discusión del trabajo, tal y como se explicará.

El Árbol-Eje de la Vivencia

Una vez obtenido el mapa, en el que quedaron incluidas todas las líneas de texto de las narrativas, se inició una fase de adentramiento más profundo siempre con la intención de seguir indagando a partir de la pregunta originaria: ¿qué viven las personas que realizan una práctica espiritual intensiva?

El propio proceso de acercamiento sistematizado, de creación de categorías, de búsqueda de relaciones entre ellas, de aproximaciones a conceptos cada vez más englobantes, llevaba a regresar una y otra vez a la lectura–escucha cada vez más interiorizada–de los textos.

Finalmente, emergió un tronco común, como una columna vertebral que engarzaba las diversas formulaciones disponibles y que parecía sostener la comunalidad de la experiencia tal y como fue narrada.

Aquí aparecía una estructura de interpretación fruto del análisis exhaustivo dando coherencia, en una síntesis de significado, que contenía los elementos más relevantes, y cuyas categorías nucleares surgieron en forma de respuesta a preguntas. Preguntas que enmarcan el eje de la vivencia: “Entrar en una escuela de vida”. Preguntas que respondían a la clave de lectura, y que presentamos a continuación:

1. ¿De dónde parte?
2. ¿Con qué cuenta?
3. ¿Qué encuentra?
4. ¿A dónde lleva?
5. ¿Qué emerge?

Recorrer ese tronco común, abrir sus ramas, exponer sus hojas, mostrar sus

frutos, y eventualmente penetrar y palpar sus raíces es la propuesta cuyo equivalente en terminología académica configura la interpretación y discusión de este trabajo.

A continuación, el tronco con sus ramas principales.

1. ¿De dónde parte?
 - a. La experiencia: El Mes de Ejercicios Espirituales de san Ignacio de Loyola
 - b. ¿Cómo se llega? Disposición al inicio y experiencias previas
2. ¿Con qué cuenta? (Elementos de apoyo en el proceso)
 - a. En retiro y en silencio
 - b. Método y estructura
 - c. Acompañamiento
 - d. El grupo
 - e. Los espacios: capillas, jardín, dormitorio, sala de puntos
 - f. Ejercicios y prácticas cinéticas: Chi-Kung
 - g. Alimentación
 - h. Actividades guiadas de mediodía
3. ¿Qué encuentra?
 - a. Auto-descubrimiento: el encuentro con la propia realidad
 - b. Aumento de la conciencia
 - c. Una nueva conciencia del cuerpo
 - d. Experiencias unitivas: la relacionalidad
4. ¿A dónde lleva?
 - a. Aceptación
 - b. Crecimiento
 - c. Integración
 - d. Cambios en la vida
5. ¿Qué emerge?: El horizonte del nuevo *self*
 - a. Libertad
 - b. Entrega (servicio)
 - c. Conciencia de unidad
 - d. Actuar desde el ser: contemplativos en la acción

Figura 1. *Cuerpo de los Efectos Hallados*

¿Qué encuentra?



¿A dónde lleva?



¿Qué emerge?

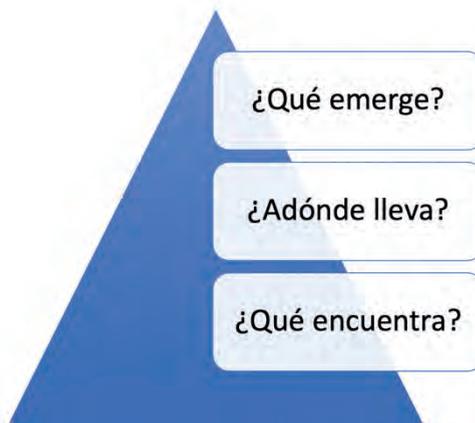


Las dos primeras preguntas –clave de lectura– proporcionan información sobre el método, en concreto el punto de partida de los ejercitantes y los elementos de apoyo propios de la práctica espiritual en este estudio considerada.

Las tres preguntas siguientes: ¿qué encuentra?, ¿adónde lleva? y ¿qué emerge? constituyen el cuerpo de los efectos hallados de la práctica de Ejercicios Espirituales (Figura 1). De aquí emergieron 12 categorías nucleares que respondían a las preguntas que han enmarcado el eje de la vivencia, tal y cómo la hemos interpretado. Cada pregunta surge de un nivel de abstracción que va abriéndose más hacia un espacio insinuado, apuntando hacia un horizonte: el del nuevo self.

Las respuestas –categorías emergentes– a cada pregunta van configurando un recorrido. Este recorrido queda sintetizado en lo que aparecía como un proceso de descubrimiento (¿qué encuentra?), que conduce a un proceso de transformación (¿adónde lleva?), para que se manifieste el fruto en un proceso unitivo (¿qué emerge?) (Figura 2). Posteriormente, nos percatamos de la resonancia de los procesos que así sintetizamos con la denominación clásica del progreso en la vida espiritual de vía purgativa, vía iluminativa y vía unitiva.

Figura 2. *Recorrido Ascendente*



A continuación, se muestra en representación visual las 12 categorías nucleares halladas y los niveles a los que pertenecen (tabla 1).

Tabla 1. *Categorías Nucleares y Niveles del Proceso*

¿Qué encuentra?	→	¿Adónde lleva?	→	¿Qué emerge?
↓		↓		↓
Auto-descubrimiento	→	Aceptación	→	Libertad
Aumento de la conciencia	→	Crecimiento	→	Entrega
Una nueva conciencia	→	Integración	→	Conciencia de unidad cuerpo
Experiencias unitivas	→	Cambios en la vida	→	Actuar desde el ser
Proceso de descubrimiento	→	Proceso de transformación	→	Proceso unitivo

Interpretación y Discusión: “Entrar en una Escuela de Vida”

A continuación, vamos a centrarnos en la interpretación y discusión de las categorías que corresponden directamente a lo que podemos denominar “efectos” de la práctica espiritual, en este caso, del Mes de Ejercicios Espirituales ignacianos. En concreto, las que dan respuesta a las preguntas: ¿Qué encuentra? (figuras 3, 4, 5, 6 y 7), ¿adónde lleva? (figuras 8, 9, 10, 11 y 12), ¿qué emerge? (figura 13).

¿Qué encuentra?

Figura 3. *Primer Nivel de los Efectos: ¿Qué Encuentra?*



Auto-descubrimiento

Figura 4. *¿Qué Encuentra?: Auto-descubrimiento*



El auto-descubrimiento: tocar la propia realidad.

La experiencia de Ejercicios Espirituales –especialmente en la primera semana– conlleva un descubrimiento de uno mismo en aspectos interiores pendientes de sanar e integrar (sombras), de los que la persona no había tomado consciencia con anterioridad. Ello puede llevarla inicialmente a la vivencia de “*topar con una realidad dura de sí misma*” (Esther, 22).

Como veremos en el desarrollo de la discusión de lo hallado, a lo largo del recorrido del Mes de Ejercicios Espirituales, la toma de consciencia de la propia realidad irá acompañada de la sanación de dichas heridas y penas, asumiéndolas como parte de la vida, en un proceso de aceptación de los límites –propios y ajenos– mediante el perdón, hacia a uno mismo y a los otros.

Se vive como una apertura a lo nuevo, como una purificación, en la que elementos interiores percibidos como dispersos pasan a ser integrados en una nueva consciencia.

El auto-descubrimiento como paso previo a la sanación.

El descubrimiento –o profundización del conocimiento– de heridas interiores durante la Primera Semana de los Ejercicios Espirituales alcanza no sólo a uno mismo sino también a las heridas del mundo, que dejan huella en la historia, personal y colectiva, y que pueden llegar a ser sentidas por el cuerpo.

Todo ello, emergerá y será considerado a la luz del agradecimiento y la ad-

miración por la vida y el amor recibidos, en contraste con la constatación de tanta fragilidad y sufrimiento, propios y del mundo.

Aumento de la Conciencia

Figura 5. *¿Qué Encuentra?: Aumento de la Conciencia*



Destacamos el aumento de auto-conciencia que se desprende en las narrativas de los ejercitantes y que ellos resaltan cuando espontáneamente escriben en modo resumen la síntesis de su vivencia. Esta mayor auto-conciencia incluye una mayor conciencia de las propias necesidades; el desvelamiento y la aceptación de las propias sombras; una mayor conciencia de la interacción; una trascendencia de lo discursivo; una conciencia del cuerpo como guía integral; una conciencia agradecida de lo hecho, vivido, sufrido, gustado, aprendido a lo largo de los años; la sanación de heridas cargadas desde la infancia; la aceptación de limitaciones; y la auto-conciencia trascendida. Asimismo, incluimos aquí la conciencia de los sueños, la emocionalidad profunda y el dolor temporal cíclico.

También se añade un matiz, que hemos denominado “afinamiento de la conciencia”, en alusión a esa capacidad de prestar mayor atención y habilidad de dis-

criminar el modo en que se responde interiormente a un evento exterior, pudiendo ser éste tan sucinto como una palabra. Este afinamiento de la conciencia requiere abrirse a lo nuevo, integrar lo anterior y purificar lo que emerge.

Una Nueva Conciencia del Cuerpo

Figura 6. *¿Qué Encuentra?: Una Nueva Conciencia del Cuerpo*



La inclusión de ejercicios físicos como parte de los elementos de apoyo en el proceso representa una novedad para los participantes de esta tanda de Ejercicios Espirituales.

En concreto, la práctica de ejercicios de Chi-Kung es valorada como de ayuda y hasta imprescindible. Aporta conciencia de energía y superación de barreras internas. Se vive como “algo especial” y “sagrado”, y llegan a sentir en la práctica una experiencia muy honda.

Los ejercicios de bio-energética llevaron a la liberación de llanto y tensión acumulada y aportó liberación interior. Cómo se ha explicado anteriormente, estos ejercicios se realizaron durante la primera semana y tenían por finalidad ayudar en el proceso de exploración y liberación de las sombras.

A partir de la narrativa de Esther encontramos una relación entre el aumento y profundización de la auto-conciencia y la sanación de heridas, pasando por la conciencia del cuerpo y el contacto con el dolor físico, no para quedarse en él, sino para abrirse a la comprensión de lo que estaba produciéndolo y sosteniéndolo. La toma de conciencia de todo ello produce en ella liberación y transformación en forma de sanación.

¿Qué liberación/transformación se produce?

El descubrimiento de esta nueva conciencia que le muestra la auto-aceptación viene acompañado de una nueva clave de interpretación de diversos síntomas físicos y psicológicos, que pone en conexión con lo hallado.

Accede a esta clave interpretativa apoyada en los diversos ejercicios propuestos para aumentar la consciencia y la capacidad de auto-observación sobre el cuerpo y la mente, junto con el trabajo bio-energético y el régimen dietético vegetariano.

El cuerpo es receptáculo de conciencia. Es necesaria la auto-consciencia para acceder más y más a los movimientos que se producen en el cuerpo interior y poder comprender cada vez más sus significados. En ausencia de atención, los pensamientos y emociones negativas van a ir sedimentando sus efectos de manera física en el cuerpo.

Experiencias Unitivas: la Relacionalidad

Figura 7. ¿Qué Encuentra?: Experiencias Unitivas: la Relacionalidad



Los ejercitantes van tejiendo una relación muy significativa con el grupo—aún en silencio— con el acompañante y, especialmente, con la figura de Jesucristo, centro de los Ejercicios Espirituales. A lo largo del proceso, van adentrándose a la profundidad de la Relación. La relación como configuradora de cambios internos que se manifiestan en cambios en la vida.

En este contexto de retiro, significativamente diferente al habitual y muy específico a este tipo de práctica espiritual, se va accediendo a la relacionalidad, o capacidad para la alteridad, de modos diversos. Se da básicamente a dos niveles diferenciados que, en último término, llevan o cabe llevar, a su integración, desde una conciencia de unidad.

En un nivel, están los otros ejercitantes con quienes no se interactúa a nivel verbal, pero sí que se establece con ellos una relación al compartir el mismo espacio—el centro de espiritualidad— y tiempos muy significativos, no sólo por la duración sino por la profundidad que conlleva el tipo de experiencia que comparten.

Asimismo, se da una relación con el/la acompañante, en el encuentro de entrevista diaria que, si bien se limita a unos 20 minutos, el contenido y el modo en que ésta se lleva a cabo requiere y configura una alta calidad relacional.

La relación con el acompañante –como con un terapeuta o *coach* o tutor– como marco de posibilidad y concreción de la Relación Primordial que se va tejiendo con el Radicalmente Otro, en el que el “antiguo” *self* pasa también a ser incorporado.

El ejercitante comparte con su acompañante los movimientos interiores que percibe y recibe en los momentos de oración, que en tiempo de Ejercicios Espirituales alcanza la totalidad del día. Ambos están en disposición de escucha interior, y receptivos a la direccionalidad de esos movimientos para así poder discernir el curso de acción. Así mismo, el ejercitante cuenta a través de la persona del acompañante con el contraste conveniente con el principio de realidad, y una guía oportuna en su recorrido de oración.

En otro nivel, la totalidad de los Ejercicios Espirituales está sostenida en el encuentro con Cristo Jesús. Por ello y para ello, las oraciones implican una comunicación con Jesús como modelo de la divinidad humana, así como con otras figuras históricas como María de Nazaret, así como santos y arquetipos de la divinidad propios de la tradición cristiana como son los ángeles y arcángeles, Dios Padre/Madre, y el Espíritu Santo, hacia quienes los ejercitantes se dirigen buscando luz interior en su proceso de encuentro con lo divino en el camino de plenitud humana y de quienes esperan y confían hallar esa guía.

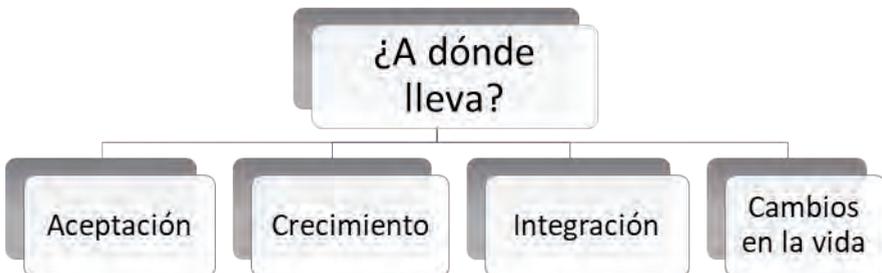
A lo largo de todo el proceso de Ejercicios Espirituales, se va abriendo y consolidando la profundidad de la relación personal –y al mismo tiempo comunitaria– de la ejercitante con Cristo Jesús, que la va llevando a una mayor profundidad de relación consigo misma y hacia los demás.

¿A dónde lleva?

Las categorías anteriormente presentadas llevan a un nuevo nivel de categorización que implica una mayor conceptualización de la vivencia, lo que denominamos un nivel intermedio.

Así, sobre la base del auto-descubrimiento, el Aumento de Conciencia, una Nueva Conciencia del cuerpo y las Experiencias Unitivas, emerge este nuevo nivel con cuatro elementos: *Aceptación, Crecimiento, Integración y Cambios en la vida.*

Figura 8. Segundo Nivel de los Efectos: ¿Adónde Lleva?



Aceptación

Figura 9. ¿Adónde Lleva?: Aceptación



La aceptación como expresión de sanación. La fecundidad del auto-descubrimiento se manifiesta en la aceptación –signo de sanación.

La aceptación discurre por diversos gradientes de profundidad y de amplitud, todos ellos matices de un paisaje interior que ha crecido, pues ahora permite incorporar los aspectos de uno mismo que permanecían ocultos o ensombrecidos, inhibidos, o con los que se estaba en lucha, generando tensión interior y malestar. Expresado en las narrativas incluye la aceptación de los límites propios, las carencias, inseguridades, ignorancias, temores, las necesidades y los errores; las sombras que se reflejan también en la interacción.

La aceptación llega –y lleva consigo– a los otros, también con sus límites, carencias y dificultades.

Serena las emociones negativas y encuadra las reacciones.

Rebaja el perfeccionismo y aleja las exigencias.

Aparta la culpa y atrae el agradecimiento.

Llama a la asunción de sí mismo en clara invitación a responsabilizarse de la propia vida.

Lleva a la aceptación profunda y plena de todo lo que es.

“Todo ser que alienta alaba al Señor. Cada cosa es lo que es, y así está bien”
(Verónica, 303).

Crecimiento

Figura 10. *¿Adónde Lleva?: Crecimiento*



La vivencia de crecimiento queda explicitada en las narrativas de los ejercitantes y asimismo late como fruto de esta experiencia espiritual intensiva. Procede de la valoración global de su experiencia, y de los cambios que sienten se han producido en ellos. Ha conllevado una purificación y una sanación. El aumento de conciencia les permite una mirada de mayor amplitud hacia su propio proceso, que no acaba, y que les permite sentirse en camino de posibilidades abiertas, no limitadas por la edad biológica. Un camino de vida.

Integración

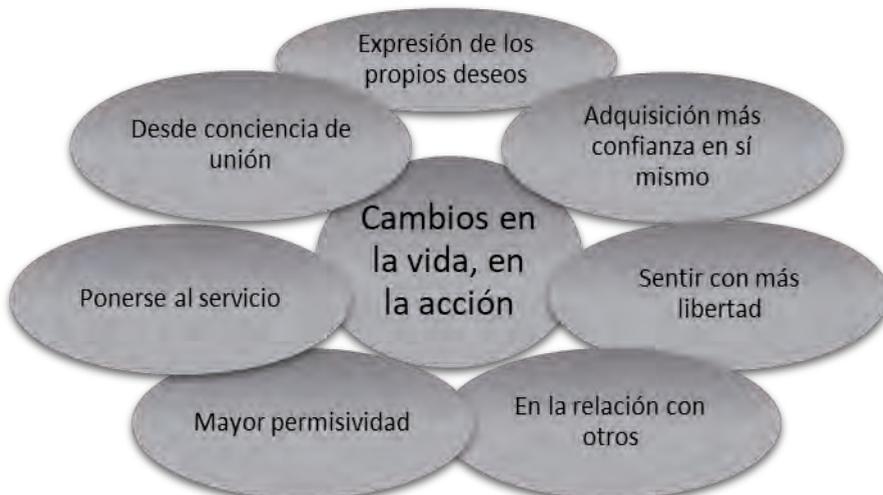
Figura 11. *¿Adónde Lleva?: Integración*



Integración como consciencia de los ecos de la vivencia que son captados y re-reproducidos en el cuerpo. Entrar en los múltiples niveles de resonancias que se dan en la experiencia consciente. Avanzar en la des-identificación del contenido mental, atravesar la marea emocional, entrar en lo desconocido. De la mano de la confianza. Alinear el interior. Superar la fragmentación.

Cambios en la vida

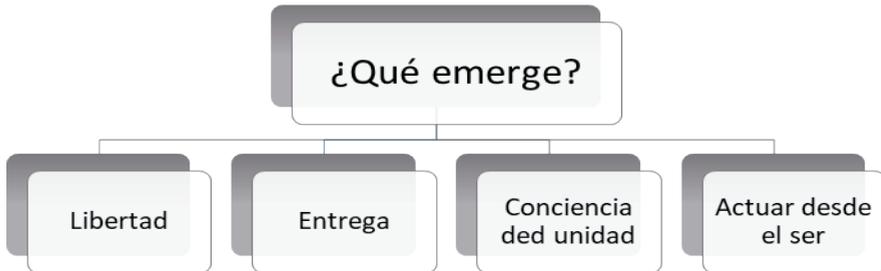
Figura 12 *¿Adónde Lleva?: Cambios en la Vida*



Hemos recogido en esta categoría todos aquellos elementos expresados en las narrativas cuya vivencia conlleva cambios en la acción, en el modo actuar en el mundo. Y son los siguientes: expresión de los propios deseos; adquisición de mayor confianza en sí misma; sentir con más libertad; cambios en la interacción; al servicio de los demás; mayor permisividad; liberación de las ansiedades y dependencias, y acción desde la consciencia de unión.

¿Qué emerge?: El horizonte del nuevo self

Figura 13 Tercer Nivel de los Efectos: ¿Qué Emerge?



Libertad como el movimiento –impulso genuino y natural de vida– que lleva a que cada uno sea como es sin detrimento de los demás y de lo otro. Implica una plena aceptación propia, de los demás y de las circunstancias tal y como se presentan, que pueden incluir dolor y privaciones. La auto-conciencia de esa aceptación implica un crecimiento que es vaciamiento de las propias expectativas sobre uno, los demás y las circunstancias. Integrar todo ello, en un plano de manifestación física –que es corpórea– y que incluye la relacionalidad con el otro y lo otro, lleva a una conciencia de unidad. Desde esa asunción, emerge un movimiento hacia fuera que incide en el plano exterior dejando cambios, “*SIENDO desde Quien le hacer SER*” (Esther, 39-41).

Libertad. Con la aceptación de los límites descubiertos y sentidos en uno mismo, en los otros, y en la propia estructura de la realidad, van cayendo las expectativas –construcciones de exigencia a lo que ES.

En ese nuevo espacio, se va hallando una mayor libertad para acoger al otro y para ser acogido. Los límites entre el sí mismo y el otro pierden rigidez.

La consciencia del lugar interior desde el que tomar decisiones se ha ido transformando en una mayor clarificación que supera las imposiciones mentales, que conlleva una nueva atribución de significado a las propias opciones y acciones.

El sentimiento de libertad y la consciencia de gratuidad de todo lo que existe parecen darse muy estrechamente la mano.

Entrega (Servicio). El proceso de los Ejercicios Espirituales de San Ignacio va guiando a la persona hacia el deseo de servir en el mundo, de concretar el sentido de su existencia en una entrega de sí mismo, un sí mismo que ya no es de sí,

ni es el mismo.

Acción desde el ser: contemplativos en la acción

La acción desde el ser o la forma que va tomando la elección.

La acción de Dios en uno prolongándose en la acción de uno en el mundo. El ser haciéndose forma del Ser sin forma ni medida.

La seducción de Cristo es la seducción del Ser, de ser en plenitud; el Reino (la plenitud) es lo que va surgiendo al obrar desde el ser, al ser desde el obrar.

El horizonte del nuevo *self*:

“Aquí estoy, Señor,
Toma mi respiración
Que es mi vida entera.
Tú me diste el aliento
Al dejar de respirar,
Y me haces continuamente
Con el soplo de tu Espíritu.
Respráme Tú, corazón con corazón,
Latido con latido, como lo respiras todo.
Todo puede pasar, pero esto me basta. Que en ese todo puedas,
En mí, amar y servir” (Verónica, 808-818).

Ejercicios de Contemplación

Resultados: Mapa Conceptual y macro-estructuras

En el estudio de la vivencia de los Ejercicios de Contemplación procedimos a analizar las narrativas del mismo modo que en el estudio del Mes de Ejercicios Espirituales. El mapa conceptual quedó estructurado en base a 8 categorías principales:

1. Resumen camino espiritual previo
2. Práctica espiritual actual
3. Valoración camino interior
4. Efectos de los Ejercicios de Contemplación
5. Proceso de los Ejercicios de Contemplación
6. Vivencias durante los Ejercicios de Contemplación
7. Reflexión sobre la experiencia
8. Cambios atribuidos a la práctica contemplativa

De nuevo, cada línea de texto fue analizada y se crearon las unidades de análisis en base a la coherencia de contenido. Junto a cada una de ellas se indica el número de línea de la narrativa, así como el nombre de la narradora.

En un proceso de síntesis a partir de la elaboración del mapa conceptual, llegamos a identificar 3 macro-estructuras conceptuales que emergían –principalmente de la categoría *Vivencias*– y que parecen aportar el significado nuclear de la experiencia interior, como la trinidad que abraza y sostiene los cambios que

mencionan en sus vidas. Éstas son: Atravesar el dolor, Presencia, Ser.

Atravesar el dolor. En el contexto de los Ejercicios de Contemplación el dolor puede presentarse en su forma más elemental como dolor físico por la postura de quietud que se adopta en el banquito de meditación o en el cojín.

Pero el dolor más difícil de afrontar es el dolor interior causado habitualmente por asuntos del pasado pendientes de resolver o de integrar. El encubrimiento de ese conflicto se manifiesta con síntomas físicos de malestar. En momentos prolongados de quietud contemplativa pueden emerger a la conciencia, trayéndolos al presente, sosteniéndolos, y atravesarlos en una nueva atribución de significado; hallando un nuevo lugar en el espacio interior.

Presencia. La presencia: una quietud despierta que atraviesa el campo del malestar.

Que también es presencia de sí misma, en sí misma.

Apertura que trae claridad.

Habita el interior y lo llena de dulzura y compasión.

Presencia inmutable que traspasa todos los estados.

Ser. En la presencia.

Ser reconocida y reconocer-se.

En un camino de plenitud.

Que deja ser.

Que trae cambios.

Y cuya unión con la presencia se vislumbra así...

“Sentir tu propia vibración.

Sentir otra vibración.

Sentir que las dos son la misma.

Sentir una sola vibración.

Una sola presencia que abarca toda la realidad.

Descansar en esa presencia y abandonarse a ella.

Desaparecer y, al mismo tiempo, SER más que nunca.”

(Marta, 144-151).

Interpretación y discusión: “Un viaje a mi geografía interior”

El adentramiento en las narrativas, tras el proceso de análisis y categorización, fue llevando a identificar una clara comunalidad de vivencia tal y cómo quedaba reflejada por sus autoras e interpretada en el mapa conceptual.

El árbol-eje de la vivencia de los Ejercicios Espirituales pasaba a ser aquí una melodía. Cada narrativa parecía aportar los acordes que resonaban en un mismo armónico.

Pusimos palabras a esa melodía común, surgiendo una narrativa única. Inclusiva. Las vivencias narradas se asemejaban hasta el punto de poderlas unificar en una sola. En un relato de viaje común....

“Un viaje a mi geografía interior” (Begoña, 6).

1. Lugar de partida
2. Equipaje
3. Recorrido
4. Imágenes
5. Sensaciones
6. Tropiezos, hallazgos y encuentros
7. Recuerdos de lo vivido
8. ¿Cómo es ahora?

A efectos de este artículo, por motivos de espacio, reproducimos el último punto de la narrativa única interpretada, la que describe propiamente los “efectos” de los 8 días de Ejercicios Contemplativos, titulada “¿Cómo es ahora?”

¿Cómo es ahora?

A nivel interior, vive la práctica contemplativa como un proceso de descubrimiento. Al que llegó por saturación de su trabajo anterior de crecimiento personal, que incluía diversas experiencias. Ese tramo de su etapa anterior la llevó a intuir y a aspirar hacia algo mucho mayor. En este su nuevo camino halló el modo de trascender la carga personal: entrar y habitar el silencio. Ahí descubrió la ausencia de interpretación y de auto-juicio. Una aceptación plena que le permite ser tal como es. Que le muestra una nueva visión sobre la calidad de ser. Encuentra –y se encuentra– en un camino de plenitud y verdad.

Esto la lleva a superar la necesidad de buscar fuera, confiada en eso mucho mayor que ha hallado, que lo siente interno, muy propio y muy bueno. Y descansa en eso.

Se da cuenta que, en su movimiento externo desde ese interior, atiende ahora a lo pequeño, a lo aparentemente insignificante, pues sabe que lo importante, lo valioso, lo esencial no está fuera. Su deseo de estar acorde con esta armonía interior la lleva a hacer las cosas bien –despojadas de perfeccionismo–, a hacerlas con gusto, con una dedicación más atenta. Se da cuenta que la lleva a más y mejor entrega.

Sigue su verdadera guía, a la que reconoce porque le aclara la mirada, no juzga ni critica, la deja ser. Le muestra la sustancia y la belleza de su vida.

Se siente íntima y profundamente acompañada desde su propio interior. Sabe de quién se fía. Y así, recibe fuerza y serenidad para afrontar cambios y retos importantes en su vida.

En su relación con los otros, percibe con mayor sensibilidad las necesidades de los demás. Su generosidad ha crecido y también su alegría.

Este camino ha conllevado para ella una acción liberadora, que le permite relativizar las cosas y actuar con distancia emocional. Brota así un mayor compromiso en ella y desde ella; un mayor equilibrio y paz.

Los pasos en este camino imprimen una visible huella de aceptación, de los propios procesos y de los demás.

En ese andar despojado de imposiciones a la realidad puede ver la perfección

de cada día.

Conclusiones: Las Raíces

Existe una dimensión en el ser humano, común a todos, que lo vincula a todo, y que al mismo tiempo le otorga su esencialidad y singularidad. Es la dimensión más honda que subyace en la realidad que lo constituye. Es la dimensión espiritual o trascendental.

En un modelo integrador del ser humano cabe incluir y explicitar esta dimensión espiritual en el avance de la comprensión y facilitación de los procesos óptimos de desarrollo humanos.

Una psicología con vocación de servicio a la persona en su totalidad y que tiene en consideración todo el ámbito de la experiencia humana, está llamada a incluir en sus planteamientos de estudio y de praxis, de investigación y de aplicación, dicha dimensión espiritual.

En la actualidad, podemos presentar dos conceptos, dos constructos, a través de los cuales se está acercando este postulado al campo de la psicología. Uno de ellos, el *Mindfulness*, (traducido como atención o conciencia plenas) ha llegado directamente de la mano de la espiritualidad reglada, en concreto procedente del budismo, y está hallando su lugar principalmente en el terreno de la psicoterapia.

El otro, la *Inteligencia Espiritual*, está siendo desarrollado en el contexto de la personalidad, con una clara proyección hacia ámbitos aplicados como la educación.

Hacia una Psicología Contemplativa

En la introducción del *Mindfulness* en ámbitos clínicos, éste parece haber quedado circunscrito a la aportación pionera del médico y practicante budista Jon Kabat-Zinn, quien, a partir de la incorporación de prácticas de atención plena en pacientes con dolor crónico desarrolló el programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (MBSR: *Mindfulness Based Reduction Program*). Al integrar su dedicación profesional en el campo de la interacción mente-cuerpo con su experiencia en la práctica de meditación abrió un nuevo ámbito de exploración de posibilidades al aplicar algunas técnicas de las enseñanzas budistas en situaciones clínicas.

Mindfulness es algo difícil de definir. Lo que resulta muy notorio –y sugerente de reflexión– es que un término directamente procedente de una tradición de sabiduría espiritual se encuentre en la actualidad tan extensamente introducido en el ámbito académico y clínico.

Ciertamente, nos hallamos ante un nuevo modelo en el que la sabiduría contenida y custodiada por ramas milenarias de conocimiento profundo del ser humano parece haber penetrado el árbol de la ciencia, en un encuentro llamado a dar fruto.

Quizás es ésta una buena oportunidad para abrir aún más el espacio de acogida y de hacer aún más porosa la corteza del árbol para dejar que las ciencias humanas, sociales y de la salud se impregnen de la savia procedente de los densos

bosques de las tradiciones contemplativas que generosamente viene a derramarse para llegar a suelo común, para nutrir a toda la especie, pasando a través del árbol haciéndolo así fecundo.

Un árbol de conocimiento que se abre a estudiar aquello que recibe, humildemente dispuesto a entrar “en terreno sagrado” y ofrecer lo mejor de sí para acercarse a enseñanzas que albergan modos, métodos y prácticas para llevar al ser humano a la mejor versión de sí mismo.

En concreto, una psicología tendida hacia el estudio de las prácticas y ejercicios que abren la dimensión contemplativa y que fundamenta a las tradiciones de sabiduría.

Una psicología que contempla, y desde ahí, actúa.

Kabat-Zinn (1994) sintetiza *mindfulness* como prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente, y sin juzgar.

En nuestro contexto, Vicente Simón (2010) lo define como la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.

Esta capacidad requiere práctica, y una práctica paciente. Una práctica que empieza observando dentro, volviendo la mirada hacia sí. Quizás lo que más la diferencia de cualquier otro tipo de práctica es la actitud fundamental que la acompaña: la aceptación. No hay un lugar dónde ir, ni un estado determinado que alcanzar. Tan “sólo” estar. Estar con todo lo que va emergiendo en la conciencia, en tiempo de quietud meditativa, para ir extendiéndolo al momento-a momento interactivo con el otro, los otros, lo otro. Ampliando el sí mismo en un horizonte común.

Una cualidad de estar que va configurando un modo de ser y de relacionarse.

Una capacidad de irse haciendo más consciente que puede ser ejercitada mediante prácticas que modifican la capacidad atencional, pero que está lejos de confinarse a un espacio cognitivo. Abrirse a mayor conciencia conlleva abrir el corazón.

Posiblemente a eso se deba los efectos beneficiosos sobre la salud física, emocional y mental de las personas a quienes se les enseña a practicar en contextos clínicos supervisados profesionalmente. Profesionales que, a su vez, han recibido beneficios de dicha práctica y, en esa medida y de ese modo, pueden acercarla para ayudar a aliviar diversos modos de sufrimiento y acompañar procesos de cambio hacia el crecimiento. La literatura sobre estos efectos en ámbitos clínicos se extiende en la actualidad a, literalmente, miles de trabajos científicos, situación que la coloca más allá del ámbito de este artículo, tanto por extensión, como por contenido.

Ampliando los Márgenes de la Inteligencia: La Inteligencia Espiritual

El modelo de inteligencias múltiples enunciado por Howard Gardner (1998) amplió sustancialmente el escurridizo y delicado constructo de inteligencia, también explorado en sus diferentes aristas por otros investigadores. Goleman (1996) afinó aún más la aproximación al introducir el concepto de inteligencia emocional

que basó en la inteligencia intra-personal y la inter-personal. El paso decisivo a no confinar la inteligencia a unas habilidades útiles pero restringidas, abrió nuevas consideraciones sobre la potencialidad del ser humano en sus diferentes facetas.

Ha sido recientemente que se ha introducido en el ámbito de la investigación el constructo de inteligencia espiritual. Si un acuerdo sobre qué significa espiritualidad resulta difícil dado las múltiples connotaciones que implica, adjetivarlo junto a la inteligencia puede parecer en exceso elusivo a la psicología académica. Y al mismo tiempo, denota la constatación de una realidad y el deseo de acercarse más a ella (para una perspectiva amplia y crítica, véase Emmons, 2000).

En el giro de siglo que han sido presentadas diversas definiciones de Inteligencia Espiritual (Zohar y Marshall, 2000, y en nuestro contexto Torralba, 2010) en un movimiento sincrónico con un aumento del interés hacia la espiritualidad desligada de un marco confesional en un amplio sector de la sociedad occidental.

En un excelente ensayo publicado en el *Journal of Humanistic Psychology*, Frances Vaughan (2002) se adentra a indagar qué es la Inteligencia Espiritual, desde la interconexión entre la psicología y la espiritualidad a partir de su propia experiencia personal y profesional como terapeuta humanista, y destaca como ésta puede desarrollarse con la práctica.

En comunicaciones anteriores (Puche et al., 2012; Puche y Botella, 2013), expusimos un trabajo preliminar en el que exploramos la relación entre inteligencia emocional (Salovey y Mayer, 1989) y espiritual, siendo ésta una línea de investigación en la que esperamos publicar más extensamente en breve.

En paralelo a nuestra primera presentación en contexto científico, se publicó un artículo poniendo en relación los dos constructos de Inteligencia Emocional y Espiritual (King et al., 2012), que nos confirmó el interés de dicha exploración.

Tendiendo Puentes

Queda mucho terreno por explorar para ver de qué modos la psicología tiende puentes hacia la comprensión profunda de la naturaleza espiritual del ser humano y de los contextos necesarios para que ésta florezca y sea fecunda.

En este nuevo marco, resulta alentador el interés científico actual de crear campos de investigación inter-disciplinarios sobre la vivencia en primera persona de diversas prácticas espirituales consolidadas, así como de los efectos que produce en la persona y, en último término, en los cambios que esto trae a la sociedad.

Allan Wallace (2009) denomina “*científicos contemplativos*” a la generación actual de profesionales formados tanto en las ciencias de la mente como en el ejercicio de las prácticas contemplativas, así como en el estudio de las teorías que las enmarcan.

Las iniciativas de encuentros científicos multi-disciplinarios como las promovidas por el *Mind and Life Institute* son una buena muestra de este giro hacia una aproximación contemplativa de la ciencia. Comunicaciones científicas sobre prácticas contemplativas se entrelazan con momentos de práctica conjuntamente

realizada por los investigadores participantes en el encuentro. En palabras de Wallace:
 En el futuro, la combinación de la investigación científica objetiva dirigida hacia el exterior, con la investigación contemplativa dirigida hacia el interior, abrirá la posibilidad de una comprensión mucho más profunda de la naturaleza y del potencial de la consciencia. (Wallace, 2009, p. 65)

Reflexiones Finales

La vivencia espiritual. Narrada en primera persona. A partir de dos prácticas espirituales regladas, dos métodos, dos caminos conductivos de vivencia interior profunda. Que producen cambios, en el modo de comprenderse a sí mismo, a los otros y a lo otro. Cambios interiores que llevan a cambios en el modo de vivir. En el modo de asumir y asumirse. Cambios que apuntan a un horizonte de crecimiento hacia la plenitud. Cambios que se inician en el individuo y tocan la realidad que lo rodea. El desarrollo pleno de un individuo –la asunción plena en uno– no empequeñece a nadie, nos agranda a todos.

Un horizonte de plenitud que está aquí y ahora. Inmerso en lo cotidiano, en la dificultad y en la desidia, en la ambición y en la traición, en la ruptura y el desengaño; en el dolor y el sufrimiento. Propio y del mundo. Pues no hay diferencia. No hay límite que lo separe. Está en uno y está en todos. En todo. Esperando ser *reconocido*, mostrado y compartido.

Recibido, asumido y entregado.

Esperando...

Esperando que el canto del canario que enmudece y se desvanece en la mina de carbón sea suficiente signo.

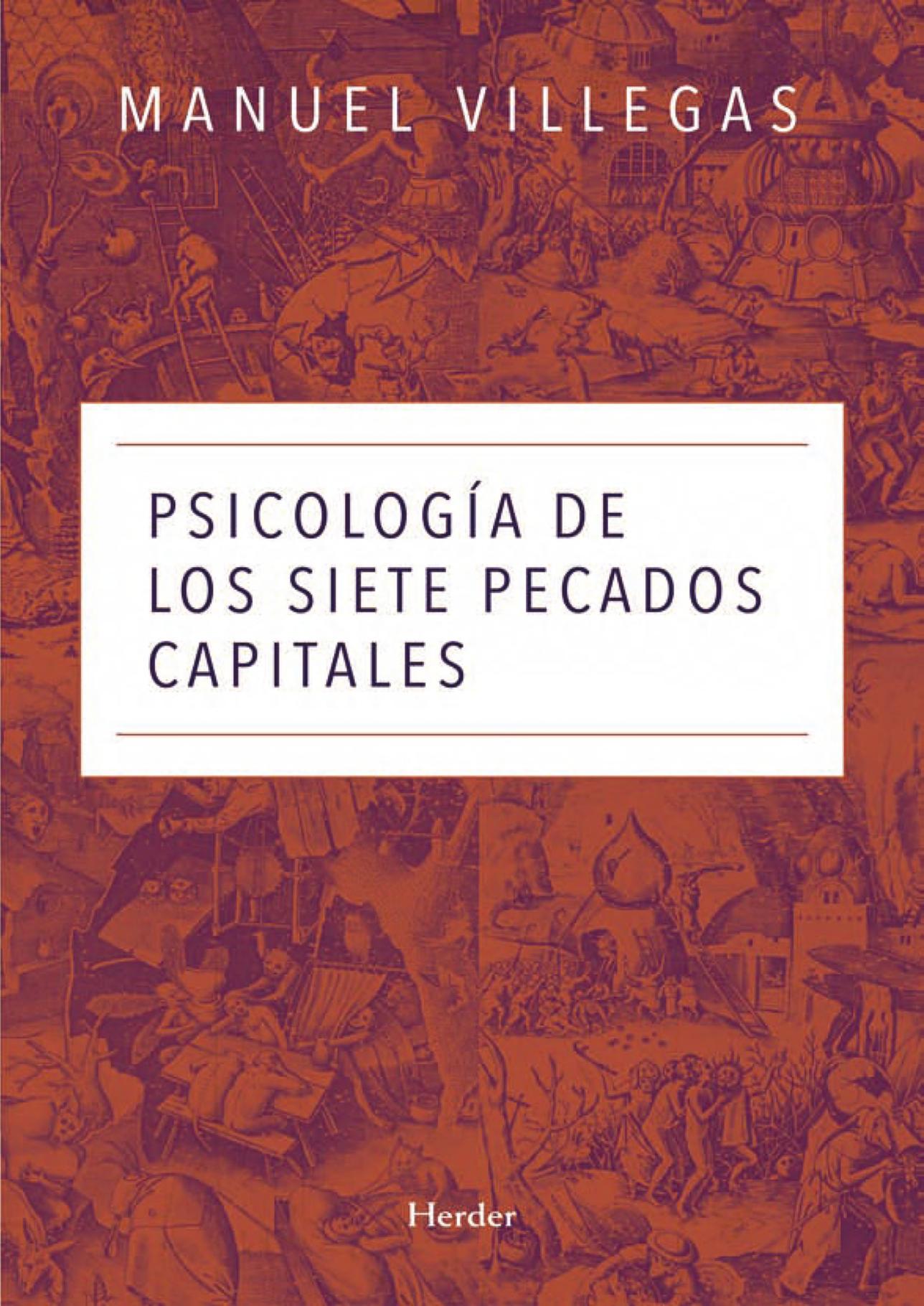
Signo suficiente para movilizar. Para preguntarnos qué es lo que está asfixiando la vida. Qué toxicidad nos aparta de la pureza del aliento que nos sostiene.

Un respirar que está aquí y ahora. Esperando ser inhalado y exhalado. En las formas que corresponden a cada tiempo, a cada momento. A este ahora. En este aquí.

Referencias

- Almendro, M. (1995). *Psicología y Psicoterapia Transpersonal*. Kairós.
- Braud, W. y Anderson, R. (1998). *Transpersonal research methods for the social sciences : honoring human experience*. Sage Publications.
- Charmaz, K. (2008). Grounded Theory. En J. A. Smith (ed.), *Qualitative Psychology. A practical Guide To Research Methods* (2ª Ed., pp. 81-110). Sage Publications.
- Emmons, R. A. (2000). Is Spirituality an Intelligence? Motivation, Cognition, and the Psychology of Ultimate Concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3–26. http://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001_2
- Gardner, H. (1998). *Inteligencias múltiples*. Paidós.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Kairós.
- Groff, S. (1986). *Psicología Transpersonal: nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Kairós.
- Groff, S. (2000). *La psicología del futuro. Lecciones de la investigación moderna de la consciencia*. La Liebre de Marzo.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). *Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follete y M. M. Linehan (eds.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 1-29). Guilford.
- 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 and Therapy*, 44(1), 1-25. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford.
- Herrero, O. (2003). *De la ausencia de significado al significado de la ausencia: la reconstrucción discursiva de los procesos de duelo en un caso de psicoterapia*. [Tesis doctoral, Universidad Ramon Llull (España)].
- Jalics, F. (1998). *Ejercicios de Contemplación*. Sígueme.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where ever you go, there you are*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R. y Santorelli, S. F. (1992) Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7), 936-943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
- King, D. B., Mara, C. A. y De Cicco, T. L. (2012). Connecting the spiritual and emotional intelligences: Confirming an intelligence criterion and assessing the role of empathy. *International Journal of Transpersonal Studies*, 31(1), 11-20. <http://dx.doi.org/10.24972/ijts.2012.31.1.11>
- Lajoie, D. H. y Shapiro, S. L. (1992). Definitions of transpersonal Psychology - the first twenty three years. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 79-98.
- Leigh, J., Bowen, S. y Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1335-1341. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.01.010>
- Lowen, A. (1994). *La espiritualidad del cuerpo: bionérgica, un camino para alcanzar la armonía y el estado de gracia*. Paidós.
- Maslow, A. (1972). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Kairós.
- Puche, A. y Botella, L. (2013, Octubre). *The Emergence of Emotional Intelligence and Spiritual Sensitivity in an Intensive Spiritual Program* [Presentación de Póster]. Mind and Life Europe Symposium for Contemplative Studies, Berlin.
- Puche, A., Botella, L. y Gallifa, J. (2012, Noviembre). *Desarrollo de la Inteligencia Emocional a Través de un Programa Intensivo Espiritual: Estudio de Caso* [Comunicación Oral]. 1^{er} Congreso Nacional de Inteligencia Emocional, Barcelona, España.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E. y McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455. <http://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045557.15923.96>
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1989). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <http://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 223-234. <http://doi.org/10.1080/09515070410001728253>
- Schreurs, A. (2004). *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica*. Desclée de Brower.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. y Teasdales, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford.
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Revista Cuadrimestral Del Col·legi Oficial de Psicòlegs de La Comunitat Valenciana*, 100, 162-170.
- Teasdales, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- Torralla, F. (2010). *Inteligencia Espiritual*. Plataforma.
- Vaughan, F. (2002). What is Spiritual Intelligence ? *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 16-33. <https://doi.org/10.1177%2F0022167802422003>
- Wallace, B. A. (2009). *Mente en Equilibrio. La meditación en la ciencia, el budismo y el cristianismo*. Rígidon-Institut Gestalt.
- Wellwood, J. (2002). *Psicología del despertar. Budismo, psicoterapia y transformación personal*. Kairós.
- Wilber, K. (1989). *El proyecto Atman. Una visión transpersonal del desarrollo humano*. Kairós.



MANUEL VILLEGAS

PSICOLOGÍA DE
LOS SIETE PECADOS
CAPITALES

Herder

PSICOTERAPIA PRIMORDIAL UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL Y GRUPAL

PRIMORDIAL PSYCHOTHERAPY AN INTEGRAL APPROACH TO THE INDIVIDUAL AND GROUP THERAPEUTIC PROCESS

Daniel Taroppio

Fundación Universitaria de Estudios Integrales

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3780-147X>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Taroppio, D. (2020). Psicoterapia Primordial. Una concepción integral del proceso terapéutico individual y grupal. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 85-103. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.437>

Resumen

La Psicoterapia Primordial constituye la aplicación práctica del Modelo Interacciones Primordiales, una concepción humanística-existencial-integral de la naturaleza humana, centrada en la relevancia de las relaciones interpersonales en la salud y el pleno desarrollo de la persona y los grupos.

Este artículo procura mostrar la importancia del abordaje integral y de la antropología de base en el diseño y aplicación de metodologías terapéuticas, aplicables tanto a los procesos individuales como grupales.

Presenta un modelo que integra sistemáticamente el trabajo corporal, energético y lingüístico-cognitivo, completado con un método de meditación sin contenidos religiosos.

Palabras clave: integralidad, relaciones interpersonales, trabajo corporal, trascendencia, meditación.

Abstract

Primordial Psychotherapy is the practical application of the Primordial Interactions Model, a humanistic-existential-integral view of human nature, focused on the relevance of interpersonal relationships in the health and full development of each individual and groups of people.

This article seeks to show the importance of an integral approach and of basic anthropology in the design and application of therapeutic methodologies suitable for both individual and group processes.

It provides a model which systematically integrates body, energetic and linguistic-cognitive work together with a meditation method free from religious content.

Keywords: integrality, interpersonal relationships, body work, transcendence, meditation.



La Psicoterapia Primordial comenzó a desarrollarse a principios de los años 80 en el marco del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas del gobierno de la República Argentina (CONICET). Desde sus orígenes, este modelo tuvo como objetivo fundamental el desarrollo de concepciones, metodologías y técnicas que tuvieran un amplio alcance social, es decir, que pudieran ser aplicados a grandes cantidades de personas, en poco tiempo, a bajo costo y con resultados verificables. El mayor desafío de este proyecto consistió en que la amplitud del alcance no fuera en desmedro de la profundidad de los procesos terapéuticos personales y/o grupales, para lo cual se inició con un replanteo acerca de cómo concebimos la formación de en las facultades de psicología (Taroppio, 1984).

La estrategia para avanzar hacia estos ambiciosos objetivos se basó fundamentalmente en una reflexión previa acerca de la condición humana actual (Heidegger, 1951) y en la noción de integridad desarrollada por Ken Wilber (Wilber, 1977, 2000, 2007, 2017). Así como el pensamiento de este autor ha ido evolucionando a lo largo de estas décadas, lo mismo ha ocurrido con esta forma de concebir y practicar la psicoterapia.

Desde una concepción integral de la persona humana, incorporando los dominios corporales, energéticos (Lowen, 1985), emocionales, lingüísticos, cognitivos, psicosociales y trascendentes, se fueron desarrollando metodologías que dieran cuenta de cada uno de ellos, para terminar completando un modelo de abordaje que honra todas las dimensiones de la experiencia humana. Cabe aclarar que cuando hablamos de la dimensión trascendente no nos estamos refiriendo en absoluto a un tema religioso, sino a la necesidad humana de ir más allá de los límites de la identidad básica, de pertenecer, de servir, de percibir alguna forma de comunicación con la naturaleza y el cosmos, de encontrar sentido y de formularse la pregunta por el misterio de la existencia.

La Integralidad

Desde los comienzos de esta investigación se procuró trascender la concepción de integralidad como un mero agregado de métodos. Una comprensión superficial del tema de la integralidad puede llevarnos a creer que basta con tomar de distintos lugares una metodología lingüística, otra corporal, otra emocional y alguna filosofía espiritual, para con eso construir un abordaje integral. La integralidad que aquí concebimos trasciende la idea de que basta con juntar técnicas o aun métodos diversos para crear un modelo integral. La eficacia del proceso de integrar no depende de cuántas metodologías o ámbitos de la realidad pretendamos abarcar, sino de la *coherencia interna* del modelo que construyamos y de que sus metodologías estén *sistemáticamente vinculadas* entre sí, respondiendo a una mirada abarcativa, profunda y coherente de la condición humana.

Para que un conjunto de métodos y técnicas sea realmente efectivo, no basta con que tome en cuenta todas las dimensiones de lo humano, es preciso también que lo haga desde un núcleo conceptual en lo posible único, y si no, por lo menos,

de diversos marcos que sean realmente factibles de ser integrados en una síntesis coherente.

Veamos un ejemplo para ilustrar esta problemática. ¿Podríamos, por citar sólo alguna combinación, hablar de un “yoga psicoanalítico”? En principio, podría parecer interesante que antes de una sesión de psicoanálisis los pacientes realizaran algunos ejercicios de yoga. Sin embargo, no podemos desconocer que el objetivo último de esta disciplina oriental es que sus practicantes alcancen la unión con el cosmos, algo que la mayoría de los psicoanalistas (con importantes excepciones) siempre consideró como una regresión característica de los procesos psicóticos. En general, el psicoanálisis nunca distinguió entre la unión que puede alcanzarse en los más altos niveles de la consciencia, con la fusión característica de los procesos regresivos patológicos. En este simple ejemplo, podemos apreciar claramente la forma en que la mera mezcla de técnicas, sin considerar los modelos y los supuestos de los cuales provienen, puede llevarnos a propiciar prácticas confusas y en algunos casos hasta perjudiciales.

Esto no significa que no podamos tomar lo mejor de distintos modelos procurando desarrollar métodos que los integren y los trasciendan, pero deberemos ser muy cuidadosos y no confundir integración con mezcla indiscriminada.

Hablar de integralidad implica hablar de poder. Siempre que intentemos iniciar un proceso de transformación en ámbitos en los que el cambio pueda resultar complejo, es fundamental tener presente que un enfoque que pueda abordar la situación por muchas puertas y comprender mayor cantidad de variables, tendrá muchas más posibilidades de éxito que un modelo parcial, que sólo aborde un ámbito de la problemática y se despliegue con un solo tipo de metodologías y técnicas. Pero ocurre que cuando simplemente juntamos metodologías sin preocuparnos por observar en qué mirada del ser humano, en qué filosofías y en qué epistemologías se basan, en lugar de ofrecer un trabajo integral estamos brindando simplemente una reunión inconexa de aportes, que pueden incluso terminar siendo contradictorios y por lo tanto perjudiciales para las personas que confían en nosotros. En este punto no podemos ser simplista e ingenuamente “empíricos”. Yuxtaponer, por ejemplo, una metodología que proviene de una cosmovisión mítica, con otra que lo hace desde una mirada posmoderna, terminará produciendo una disonancia cognoscitiva y generando contradicciones, tanto en la práctica como en la autocomprensión que los protagonistas del proceso de transformación puedan alcanzar. Construir un modelo de desarrollo humano y psicoterapia integral, requiere mucho más que una mezcla de técnicas.

El Modelo Interacciones Primordiales constituye un intento de respuesta a este desafío, aportando un conjunto de métodos que provienen y/o se integran en un marco conceptual único, lo que torna la aplicación empírica de cada uno mucho más profunda, efectiva y coherente (Taroppio, 2012).

Convivimos en una cultura patriarcal, que valora unilateral y exageradamente los valores del racionalismo y el pensamiento analítico y lineal, mientras desprecia

explícitamente los valores de la intuición, la sensibilidad y el pensamiento holístico complejo. Privilegiamos la economía sobre la ecología, el pensamiento sobre el sentimiento y en especial la mente sobre el cuerpo. Una de las consecuencias más graves de esta distorsión cultural es que propicia la disociación entre lo mental y lo corporal. A partir de esta disociación, hemos desarrollado modelos educativos, organizacionales, de convivencia e incluso de psicoterapia que, en lugar de resolver, propician niveles aun más graves de desconexión y alienación de los seres humanos consigo mismos, con su naturaleza orgánica, con sus emociones, con sus sentimientos y entre ellos.

Todo método que enfatice unilateralmente el trabajo verbal-analítico por sobre el corporal-emocional no hace más que acentuar la disociación característica de nuestra cultura patriarcal y racionalista. En otros trabajos se ha profundizado acerca de que los métodos unilateralmente corporales y emocionales que reniegan del trabajo verbal, producen resultados disociativos similares. Sólo los modelos de trabajo integrales han comprendido verdaderamente esta problemática y aportan abordajes que brindan respuestas efectivas a este desafío cultural (Taroppio, 2006, 2020).

Es fundamental que asumamos que si nuestro método de trabajo no es integral seguiremos propiciando el lenguaje y el pensamiento sobre el cuerpo y el sentimiento, o viceversa, y por lo tanto, seguiremos siendo parte del problema y no de la solución.

La Antropología Filosófica del Modelo Interacciones Primordiales

Si la efectividad de un modelo integral depende de que todos sus métodos y técnicas se encuentren sustentados en un núcleo teórico que les brinde coherencia interna, el mismo debe a su vez basarse en una concepción del ser humano que sea compatible.

Los psicoterapeutas trabajamos con personas, no somos ingenieros, ni técnicos que reparan aparatos. Por lo tanto, nuestras prácticas no pueden ser ajenas a nuestra comprensión de lo humano más allá de nuestra disciplina específica.

La antropología filosófica del modelo interacciones primordiales concibe a la mujer y al hombre como seres relacionales en permanente interacción con la otredad.

Procuremos recordar cualquier período, situación o experiencia de nuestra vida en la que hayamos sentido que había una oportunidad para aprender, crecer o trascender en algún sentido, y descubriremos que, en todos los casos, sin excepción, teníamos delante a un otro u otra, con quien era preciso aprender a interactuar. Padre, madre, hermanos, amigos, pareja, socios, jefes, compañeros, siempre hay una interacción desafiante en toda situación importante de nuestra vida. Y si no se trata de una persona, lo otro puede ser una situación, una enfermedad, un evento, una circunstancia de nuestra vida (un despido, un desastre natural, una situación sociopolítica, una pandemia, una crisis financiera), pero en todo caso hay siempre involucrada una interacción con *la otredad* en sus infinitas formas. No somos libres de elegir todos los otros, las otras o lo otro que aparecerán en nuestra vida, sin em-

bargo, podemos elegir la forma en que nos relacionaremos con lo que aparezca. *El modo en que interactuamos con aquello que se nos presenta, define quiénes somos.*

Entre los innumerables otros y otras que aparecen en la vida de nuestros consultantes, nos interesa fundamentalmente la relación que mantienen con: su corporalidad, su inconsciente, las personas significativas de su entorno, las circunstancias desafiantes de la vida cotidiana, la naturaleza, el cosmos y el misterio insondable de la existencia. Dado que estamos abordando los fundamentos antropológicos y filosóficos de nuestra comprensión del ser humano, comenzaremos por abordar este último tema: su relación con el cosmos y el misterio de la existencia.

Como miembro de una especie que, a partir del desarrollo de su corteza frontal, y fundamentalmente desde la aparición del lenguaje, el ser humano perdió la sensación de unidad inocente e inconsciente con la naturaleza, que caracteriza a las demás formas vivas hasta donde hoy sabemos. Esto ha sido intuido desde la antigüedad y expresado en una enorme cantidad de mitos, tal como el de la expulsión del paraíso. No debe ser casualidad que un corte transversal del cerebro se asemeje tanto a la imagen de un frondoso árbol, y que comer “del fruto del árbol del conocimiento del bien y del mal” haya provocado aquella expulsión.

El lenguaje, la capacidad de recordar el pasado y anticipar el futuro, estas maravillosas adquisiciones evolutivas que nos han hecho ser quienes somos como especie, constituyen simultáneamente el origen de la culpa y el resentimiento (por los errores propios y ajenos del pasado), la ansiedad anticipatoria (por lo que traerá el incierto futuro) y la sensación de orfandad con respecto a la naturaleza y al universo. A esta inseguridad ontológica generadora de angustia, la hemos denominado la *herida básica* de la mujer y el hombre contemporáneos, y es la condición fundamental sobre la cual se estructuran las innumerables formas de trastornos psicológicos que advertimos en la actualidad. La herida básica no es una condición psicológica sino existencial, no depende de las experiencias infantiles sino que forma parte de nuestra naturaleza en tanto seres humanos. Luego, los avatares de la vida pueden acentuar o aminorar esta herida, pero no la causan.

Todas las culturas de la antigüedad se han hecho cargo de este tema elaborando mitos y leyendas que pretendían dar alguna forma de explicación al origen del universo y a la existencia del ser humano en la tierra. Pero a partir de la modernidad, este tipo de explicaciones ya no es aceptable para la mayoría de las personas, que en lugar de narraciones fabulosas, requiere de experiencias concretas que les ayuden a recuperar algún sentido de pertenencia que no se base en la adhesión ciega a ningún sistema de creencias. Como veremos más adelante, una de las herramientas con que contamos en la actualidad para intervenir sobre esta temática, es la meditación, práctica que cuenta cada vez con más evidencia científica con respecto a su efectividad.

Esta concepción no implica de ninguna manera que los terapeutas tengamos que ofrecer respuestas ante las grandes preguntas de la existencia ni llevar nuestras sesiones al terreno de los planteos existenciales o espirituales. *Nuestro*

trabajo consiste en intervenir sobre los temas que nuestros consultante nos traen y mantener al margen nuestros sistemas de creencias. Pero esto no implica que no podamos estar abiertos a acompañar a quienes nos consultan en el proceso de sus grandes preguntas. Los terapeutas no brindamos respuestas existenciales, no compartimos ningún tipo de dogma, simplemente podemos sostener el espacio de las preguntas mismas. Sin dejar de lado el tratamiento específico de los motivos de consulta y la sintomatología de nuestros pacientes, simplemente podemos dejar la puerta abierta para ser buenos escuchantes de los temas profundos que subyacen a todos ellos. Hasta en conversaciones con niños pequeños podemos comprobar que los temas existenciales aparecen espontáneamente cuando los adultos mostramos disposición a escuchar.

Otro tema fundamental en nuestra concepción de la mujer y el hombre es que, en cuanto tales, los humanos habitamos muchos espacios desafiantes; la vida nos presenta permanentemente todo tipo de retos que desafían nuestra capacidad de adaptación, resiliencia, creatividad y crecimiento. Sin embargo, más allá de esta enorme variedad de situaciones que nos ponen a prueba, todas ellas tienen algo en común: en todos los espacios de nuestra vida se pone en juego nuestra capacidad de crear y sostener relaciones interpersonales saludables.

Todo grupo (familia, institución, organización) está compuesto de personas. Donde hay personas hay interacciones. Donde hay interacciones hay posibilidades, tanto de crecimiento y realización personal, como de conflicto y dolor. Esta dinámica constituye el núcleo de la existencia humana, tanto en los planos personales como profesionales.

Este modelo procura comprender las dimensiones más profundas de las relaciones, el sentido último de los vínculos y la manera en que esto influye en las familias, grupos y organizaciones. Su aplicación está dirigida a resolver los conflictos que dificultan la interacción entre las personas, al mismo tiempo que dinamiza las potencialidades que pueden hacer de todo encuentro humano un espacio de realización personal, profesional y organizacional.

La tesis fundacional de este modelo se basa en considerar al encuentro entre las personas como el ámbito y el sentido más profundo de la existencia y de todo proyecto humano.

Sin embargo, la capacidad de encontrarse con el otro o la otra no es algo que pueda desarrollarse por mero voluntarismo. Todos estamos dotados de este valioso don, pero la mayoría de las personas lo pierde a expensas de los procesos de educación disfuncional y las heridas psicológicas, que propician el desarrollo de personalidades, grupos y hasta culturas cerrados y disociados, con todo lo cual se pierde la sensibilidad necesaria para desarrollar esta cualidad. Para acompañar a nuestros consultantes a acceder a la profundidad de los encuentros humanos, antes es preciso acompañarlos en el proceso de liberación de los patrones disfuncionales personales y sociales, que son los que convierten a los vínculos en espacios de conflicto. Por esta razón, nuestro mayor desafío al desarrollar este modelo, fue

acompañarlo de metodologías que permitieran aplicarlo en las situaciones concretas que experimentan las personas, los grupos y las organizaciones en su vida cotidiana.

Metodologías de la Psicoterapia Primordial

Nuestro objetivo fundamental es llevar esta mirada a una aplicación práctica, en todo tipo de ámbitos humanos, personales, profesionales y sociales. Para ello, hemos desarrollado tres metodologías: el Movimiento, la Lingüística y la Meditación Primordiales, con sus respectivas técnicas, que se aplican de manera conjunta y sistemática.

Si el núcleo teórico que permitió darle sustento a la integralidad de este enfoque fue una concepción evolutiva del ser humano, que procura comprenderlo en todos sus ámbitos de desarrollo, a saber, lo corporal, lo energético, lo emocional, lo lingüístico, lo cognitivo, lo psicosocial y la necesidad de trascendencia, resultó evidente desde el comienzo de esta investigación que, para trascender el mero enunciado de esta concepción integral, sería necesario superar las antiguas concepciones acerca de terapias corporales, terapias lingüísticas, terapias transpersonales, etc., y desarrollar un abordaje metodológico en el que distintas formas de abordaje se articularan de un modo coherente y sistemático. El resultado de esta estrategia fue el desarrollo de tres metodologías, cada una con sus respectivas técnicas, pero todas vinculadas a una concepción central y unívoca.

Lingüística Primordial

Muchas de las formas de psicoterapia contemporáneas han sido poderosamente influenciadas por la filosofía posmoderna. Uno de los grandes aportes del posmodernismo comenzó a ver la luz cuando, entre fines del antepasado y principios del siglo pasado, Ferdinand de Saussure (un auténtico adelantado a su tiempo) sentó las bases de la lingüística moderna y del estructuralismo, que posteriormente diera lugar al post-estructuralismo y al posmodernismo (Ferdinand de Saussure, 1945).

Este aporte consiste en la intuición de que el lenguaje no sólo nombra y describe al mundo, sino que lo crea. Es decir que no siempre la realidad precede al lenguaje, sino que en muchos casos lo sigue. El lenguaje no es sólo una capacidad mediante la cual simplemente nombramos objetos, seres y situaciones que existían *antes*, sino que, mediante su poder performativo, *el lenguaje literalmente crea situaciones, eventos y realidades de todo tipo*.

Esta genial intuición ha permitido a muchos modelos modernos de comunicación humana entender que aquello que nos decimos a nosotros mismos, le decimos a los otros y ellos nos dicen, determina nuestra estructura de pensamiento, y desde allí la forma en que estructuramos la percepción de nosotros mismos y de nuestra realidad. Si aprendemos a transformar la forma en que nos comunicamos internamente y con los otros, es decir nuestro lenguaje interno e interpersonal, estaremos aprendiendo a deconstruir y reconstruir nuestros estados internos, nuestra identidad y nuestra existencia, es decir, nuestro mundo. El lenguaje construye la emocionalidad y el

pensamiento; desde la emocionalidad y el pensamiento construimos nuestro mundo interno y nuestro mundo interno condiciona nuestra realidad externa. Esta realidad se revierte sobre el lenguaje y el *feedback* continúa indefinidamente.

Reconociendo el valor de esta gran y, en su momento, revolucionaria intuición, consideramos que ha llegado el momento de dar un paso más allá de esta mirada posmoderna, honrando e integrando todos los grandes aportes que nos ha legado¹.

Somos seres lingüísticos, no hay duda; el lenguaje nos distingue como especie y su poder creador es inconmensurable. Pero, a pesar de que tantos pensadores posmodernos lo afirmen, el lenguaje no lo es todo. *Somos seres lingüísticos, pero no somos sólo seres lingüísticos*. Parafraseando a Derrida (“Nada hay más allá del texto”) afirmamos que más allá del lenguaje hay “algo”, y que ese “algo”, quizás incognoscible e innombrable, es muy importante. Habitamos y nos desplegamos en muchos otros dominios, y la exagerada preocupación por el lenguaje puede terminar empequeñeciendo nuestra existencia. Somos lo que nos contamos que somos, pero también somos mucho más que eso. Lo que no sabemos, el misterio, lo ignoto, lo inefable, también nos constituye, aunque no podamos nombrarlo. Y en buena medida, esta dimensión yace en lo profundo de nuestra corporalidad y de nuestro inconsciente personal y colectivo (Jung, 2007). Por este motivo, no basta con simplemente declarar que además de lingüísticos somos seres corporales, emocionales, sociales y trascendentes; es preciso desarrollar métodos con los cuales hacernos cargo de trabajar con estas dimensiones en lugar de sólo hablar de ellas, puesto que el mero declararlas sigue siendo un abordaje exclusivamente lingüístico.

Cuarenta años de experiencia en comunicación humana como psicoterapeutas, nos han convencido de que el trabajo con el mero lenguaje hablado, incluso cuando se le agregan algunas intervenciones corporales a modo de completamiento, es absolutamente insuficiente para comprender y asistir a los seres humanos en sus procesos de autoconocimiento, transformación y desarrollo personal. Toda práctica de psicoterapia que carezca de una integración sistemática con la comunicación corporal y energética nos lleva a trabajar desde una enorme desventaja, y como ya adelantamos, sigue siendo parte de la disociación, es decir del problema, no de la integralidad, es decir, de la solución. En el libro *Meditación Primordial* (Taroppio, 2020) tratamos este tema con mayor profundidad y extensión.

En un nivel mucho más profundo que el de la palabra, nuestra corporalidad-energía-emocionalidad también crea mundos, determina nuestra identidad y establece los límites estrechos o generosos dentro de los cuales se desarrolla nuestro movimiento por la vida, tanto personal como profesional. Las diferentes formas en las cuales nos movemos, nuestros patrones respiratorios, nuestros gestos y posturas, envían poderosas señales a nuestro propio cerebro y al mundo que nos rodea, especialmente al espacio interpersonal, a las demás personas con quienes interactuamos. Las investigaciones del doctor Rupert Sheldrake, biólogo de la Universidad de Cambridge, aportan muy provocadoras intuiciones al respecto (Sheldrake, 2011)².

Entre todos estos patrones de comportamiento se destacan los que han sido

denominados *movimientos primordiales*: *gestos, miradas, actos, posturas, formas de respirar, tonos e inflexiones de la voz que proyectamos hacia y recibimos de los otros*. Esta kinesis primal es fundamentalmente inconsciente y constituye una estructura de estar-en-el-mundo que envía y recibe señales determinantes, tanto a quienes nos rodean como a nosotros mismos. Estos movimientos primales marcan nuestro estado de ánimo, lo que a su vez afecta al entorno. Permanentemente estamos comunicando mucho más de lo que somos conscientes, y esta comunicación corporal y energética es determinante en nuestros vínculos y en los ambientes que nos rodean. Los seres humanos proyectamos nuestro mundo interno en nuestro entorno, y esto nos viene de vuelta en un *feed back* permanente. Tomar consciencia de nuestra corporalidad, de nuestra respiración, de nuestra gestualidad y movimientos, y poder enriquecerlos conscientemente, liberando todas las capacidades sensitivas y expresivas de nuestro organismo, produce profundas transformaciones en nosotros y en nuestro mundo externo. De este modo, un *feedback* inconsciente y perjudicial puede ser creativamente transformado en un *feedback* consciente y favorable para nosotros y para quienes nos rodean.

La metodología primordial nos permite acceder a los niveles más profundos del lenguaje y a la dimensión corporal-energética de nuestro ser, con lo cual podemos comenzar a comprender cuáles son nuestros patrones de movimiento, gestuales, respiratorios y energéticos que influyen en las personas que nos rodean y aun en todo nuestro medio ambiente. Al mismo tiempo activa y sostiene procesos de desarrollo y transformación personal e interpersonal desde dimensiones profundas de la personalidad.

La Lingüística Primordial permite revisar la forma en que a través de la palabra construimos nuestras interpretaciones, juicios y creencias, a fin de trascender nuestros mapas disfuncionales y restrictivos, fortaleciendo los que liberan nuestra creatividad, productividad y capacidad de encuentro y realización. Las técnicas lingüísticas de la comunicación primordial permiten una comprensión muy sutil y acabada de la manera en que hablamos y, por lo tanto, pensamos. Cuenta con herramientas que permiten detectar con sencillez el lenguaje disfuncional, manipulador y limitante, favoreciendo una comunicación fluida y espontánea.

Simultáneamente, en un nivel mucho más profundo aún, el abordaje corporal-energético (que describiremos más adelante) brinda la posibilidad de acceder a las estructuras físicas que condicionan nuestra percepción emocional de la realidad, nuestros estados de ánimo y nuestro ser-en-el-mundo. De este modo, no sólo podemos trascender nuestros patrones emocionales limitantes, sino al mismo tiempo liberar nuestras potencialidades psicogenéticas y trascendentes, redescubriendo nuestra naturaleza original y aquello que constituye el poder fundamental de nuestro ser único e irrepetible. Cuando hablamos de naturaleza original no nos estamos refiriendo a ningún concepto esencialista y universal. Concebimos al ser humano como aquél cuya naturaleza original consiste en reinventar permanentemente su naturaleza original. Y en este proceso de autodescubrimiento y desarrollo consiste

precisamente la Psicoterapia Primordial.

La integración del lenguaje verbal con la comunicación corporal permite que la palabra encarne lo más profundo del propio sentir. El lenguaje se torna auténtico, real, encarnado en la profundidad del ser. Cuando la palabra y la corporalidad se integran y armonizan, la comunicación se torna consistente, profunda y la conexión con los otros y otras se hace mucho más auténtica, veraz y poderosa.

Un lenguaje claro, asentado en una respiración profunda, en una gestualidad armónica y consciente, en posturas firmes y gráciles, en una tonalidad de voz que suena desde la hondura del organismo, sin tensiones ni bloqueos en la garganta, aporta una nueva cualidad a las relaciones interpersonales.

Simultáneamente, la estabilidad emocional que brinda el trabajo corporal-energético integrado al lenguaje permite desplegar la capacidad de escucha, apertura y contacto con las otras personas. Cuando la palabra y el cuerpo están armónicamente integrados, la persona se ubica en un lugar completamente distinto, desde donde se asientan la autoestima y la confianza, imprescindibles para estar disponible para otros.

Las técnicas lingüísticas primordiales permiten detectar con mucha mayor facilidad las contradicciones, incoherencias e inautenticidades en el propio lenguaje y en el de los demás. Las relaciones interpersonales comienzan entonces a cambiar en una dirección muy positiva.

El trabajo con la Lingüística Primordial se centra en los siguientes objetivos fundamentales:

- Integrar el lenguaje y el pensamiento con la corporalidad, la respiración, la emoción y la energía vital, es decir, hablar desde el cuerpo.
- Transformar nuestros diálogos internos disfuncionales (autocríticas exageradas, juicios disfuncionales, auto-descalificación y toda forma de maltrato interno) y desarrollar modalidades de comunicación intrapersonal que generen estados internos de equilibrio, armonía y salud psicofísica.
- Comprender y desarticular todas las formas de manipulación verbal que caracterizan la forma de comunicación entre las personas no integradas, afectando sensiblemente la capacidad de encuentro interpersonal y efectividad en las tareas compartidas.
- Cultivar el lenguaje franco, asentado en el contacto con la propia emocionalidad y la confianza en sí mismo, favoreciendo las formas de comunicación auténticas, que propician el encuentro humano y el desarrollo de personas, familias, grupos y organizaciones efectivas.
- A partir de la comprensión de que nuestro lenguaje crea mundos, detectar, entender y deconstruir los sistemas de interpretaciones, juicios y creencias disfuncionales que restringen nuestras posibilidades de desarrollo y nos cierran caminos de acción efectiva y transformadora.
- Fortalecer los sistemas de interpretaciones, juicios y creencias motivantes y expansivos, que abren nuevas vías de acción y viabilizan el pleno

desarrollo de las personas y los grupos humanos.

Movimiento Primordial

El abordaje corporal-energético-emocional que describíamos más arriba se realiza mediante una metodología que hemos denominado Movimiento Primordial.

Su práctica no requiere de destrezas especiales; por el contrario, se asienta en el despliegue de movimientos simples, naturales, originales, orgánicos, que por diversos motivos se van atrofiando en nuestra vida. Por ello su implementación está al alcance, incluso, de niños y personas de edad avanzada o con capacidades especiales.

Nuestro organismo está colmado de información universal. Millones de años de evolución se sintetizan en cada ser humano, conjugando una sabiduría extraordinaria. Surgimos de una tierra que se formó por la condensación de gases que provenían de explosiones solares. Es decir que estamos hechos de energía solar; somos seres cósmicos por naturaleza. Y ésta no es una frase poética sino una verdad literal. Ésta es nuestra identidad, tal como lo afirma la física moderna. Y curiosamente, es lo mismo que nos repiten las tradiciones espirituales de oriente y occidente desde hace milenios.

Movimiento Primordial es una respuesta al desafío de estos tiempos, mediante un sistema de crecimiento y sanación personal e interpersonal, basado en *la recuperación de esta información cósmica que toda persona alberga*, en la forma de posturas, gestos, movimientos, sonidos, patrones respiratorios y pautas de interacción ancestrales, primigenias y universales; de ahí su nombre.

Los movimientos primordiales van activando la que podríamos denominar *memoria molecular*, que en muchos casos duerme olvidada en la profundidad del cuerpo. Al mismo tiempo, van removiendo los bloqueos que se anclan también en el carácter (Lowen, 1985) y que han hecho perder la memoria de la sabiduría ancestral. Entonces se comienza a recordar la naturaleza primal. El Movimiento Primordial ayuda a recordar lo que la educación y socialización represiva y disfuncional han hecho olvidar.

La práctica de Movimiento Primordial se basa en la reivindicación de movimientos arquetípicos o “primales” que movilizan cada segmento del cuerpo con posturas, movimientos, respiraciones, gestos, sonidos, imágenes y ejercicios de interacción específicos, individuales, en parejas o en grupos. Este trabajo va liberando a nuestros consultantes de los elementos artificiales, ideológicos, dogmáticos y por lo tanto neuróticos de sus personalidades, permitiendo que la identidad se vaya asentando cada vez más en la realidad interior, en la naturaleza vital, el origen universal, o lo que hemos denominado el *Núcleo Primordial: el reservorio de información genética que toda criatura recibe en el momento de su concepción.*

Nuestra corporalidad crea mundos. Decíamos que la posmodernidad nos había mostrado que el lenguaje no sólo describe mundos, sino que también los crea. Hoy podemos afirmar que, en un nivel mucho más profundo, el cuerpo también crea

mundos. Como ya hemos visto, nuestra forma de movernos, nuestra gestualidad, nuestra respiración, crea el mundo a nuestro alrededor, pues influye en los estados emocionales de las personas que nos rodean. La práctica del Movimiento Primordial permite que esta creación del mundo a nuestro alrededor se realice de forma cada vez más consciente y voluntaria.

Este abordaje no resuelve mágicamente todos los problemas de la vida, pero permite pararse desde un lugar donde el panorama completo de la existencia se transforma radicalmente, y donde las potencias del universo, que toda persona encarna, vuelven a estar a su disposición.

Los objetivos del Movimiento Primordial.

Más que objetivos a alcanzar, Movimiento Primordial posibilita el despliegue de cualidades naturales que toda persona posee y en muchos casos ha olvidado. Este despliegue tiene varios niveles.

En el plano psico-físico posibilita el enraizamiento, el contacto con la realidad, el descubrimiento de la identidad básica, genética, biológica y la capacidad de discriminar y poner límites, externos e internos. Estimula además la vitalidad y la salud del organismo.

En el plano emotivo ayuda a resolver bloqueos de la expresividad y trastornos en la modulación de la agresividad, la tristeza, la sexualidad, la alimentación y el *stress*.

En el nivel afectivo permite la reconexión con las necesidades naturales de encuentro, intimidad, ternura, comunicación e intercambio de cuidados.

En el plano mental estimula enormemente la creatividad y la inteligencia para vivir en plenitud.

En la dimensión trascendente, las posturas, gestos, sonidos y movimientos primordiales reconectan con la naturaleza cósmica, con el origen universal, permitiendo recuperar la capacidad de fluir en armonía con la vida.

Lingüística y Movimiento Primordial

Veamos entonces cómo se relacionan en la práctica Lingüística y Movimiento Primordial.

Lo primero que es preciso considerar para comprender esta relación es que el Movimiento Primordial no constituye una práctica corporal que puede utilizarse como “complemento” de la psicoterapia verbal. No estamos hablando aquí de dos metodologías, que provienen de dos teorías distintas y que es bueno juntar para que cada una aporte sus propios beneficios. Muy por el contrario, esta forma de trabajo constituye una integración que nace en el diálogo permanente entre la teoría y la práctica y se consume en la aplicación de ambos métodos en forma sistémica.

Cuando un psicoterapeuta ha desarrollado sus habilidades lingüísticas y las ha podido integrar a su práctica corporal-energética, ambas confluyen en una nueva capacidad de percepción de sus pacientes. Sólo cuando el Movimiento Primordial

está integrado en la propia corporalidad, podemos comenzar a percibir de qué manera el lenguaje funciona como un medio para la expresión del ser y la creación de entornos enriquecedores o, por el contrario, si está operando como una manera de ocultamiento, de defensa y llevando a una existencia inauténtica e insatisfactoria.

La práctica de Movimiento Primordial lleva a un profundo contacto con la propia corporalidad, y esto agudiza la capacidad para percibir si los movimientos de las otras personas conllevan un flujo natural de sus energías, y por lo tanto de sus emociones latentes, o si por el contrario éstas están bloqueadas. En la absoluta mayoría de los casos, el bloqueo de la energía está vinculado a una disociación del cuerpo, a una falta de conocimiento de la manera en que podemos expresar nuestros sentimientos y emociones corporalmente. Al ocurrir esto el lenguaje comienza a hipertrofiarse, a desarrollarse de una manera exagerada, pues es usado como una forma manipulativa de ocultar la propia emocionalidad.

Cuanto mayores sean las capacidades lingüísticas de una persona disociada de su cuerpo, mayor puede ser su capacidad para manipular y ocultar su propia emocionalidad, lo que termina llevando a una existencia profundamente frustrante, puesto que no hay manera, a través del mero lenguaje verbal, de recuperar la vitalidad, la energía vibrante que caracteriza a las personas integradas a su propio cuerpo. En pocas palabras, el lenguaje disociado se convierte en un elemento fundamental en la constitución y sostenimiento de “la sombra”, como la concebía Jung, es decir, de todo lo rechazado, negado y escindido en la personalidad.

Una vida sana y plena requiere necesariamente del desarrollo de la capacidad de percibir las propias emociones, saber distinguir unas de otras y encontrar la forma de expresarlas en armonía con el medio ambiente físico y humano. A esta capacidad la denominamos *modulación emocional* y consiste en el arte de equilibrar la consciencia y expresividad de las emociones sin perdersen en ellas y sin tampoco disociarlas, reprimirlas o negarlas. El puro lenguaje nunca es suficiente para este complejo aprendizaje, que debería comenzar en la infancia pero que, lamentablemente, pocas veces lo hace. El desarrollo de la *inteligencia emocional* (Goleman, 1994) y *relacional* constituye una responsabilidad que, por lo general, no es asumida ni por la familia ni por la escuela. Es más, las personas disociadas, que temen a su propia emocionalidad y la de los otros, descalifican y combaten la educación emocional. Cuando estas personas ocupan cargos directivos en instituciones educativas o gubernamentales, las consecuencias son lamentables. Esto produce un bache en la formación que es llevado a todos los aspectos de la vida, tanto íntima como profesional. Como hemos visto, la cultura patriarcal, con su énfasis en el intelectualismo, ha privilegiado la inteligencia analítica y menospreciado la inteligencia emocional. Es tiempo de que corriamos este grave error cultural.

Los ejercicios de Movimiento Primordial³ se integran a las intervenciones lingüísticas, lo que hace de las sesiones de psicoterapia un espacio de profundo autoconocimiento y transformación personal e interpersonal, pues de hecho pueden ser aplicados en grupos. Contando con el acompañamiento de un profesional bien

entrenado, con la sensibilidad necesaria para percibir los bloqueos energéticos ocultos tras el lenguaje puramente verbal, la inteligencia emocional comienza a desarrollarse de manera natural y fluida. De este modo podemos comenzar a superar la disociación pandémica de nuestra cultura.

Por su parte, los principios de la Lingüística Primordial permiten ir deconstruyendo los patrones de pensamiento disfuncionales y articulando lenguaje y cuerpo, a fin de lograr que la palabra organice y exprese auténticamente el estado interior del paciente y le permita descubrir todas las posibilidades que cada situación le ofrece.

El trabajo con las interpretaciones, juicios y sistemas de creencias disfuncionales

En la mayoría de las distintas formas de abordaje terapéutico se considera fundamental trabajar sobre las interpretaciones, juicios y sistemas de creencias que, sin contar con un fundamento empírico, es decir, siendo infundados, son al mismo tiempo disfuncionales, en el sentido de que empobrecen la percepción que las personas tienen de sí mismas, de las situaciones que enfrentan, de las otras personas e incluso de la existencia como un todo. Las lecturas disfuncionales de la realidad cierran puertas, bloquean caminos, inhiben el pensamiento, la creatividad y la acción, y por lo tanto achican el horizonte existencial de quienes nos consultan.

En muchos casos, la mera confrontación o desafío de un juicio infundado y disfuncional con otro juicio, que sea fundado y funcional, alcanza para que la persona reflexione, cuestione el origen de su mirada y la transforme.

Sin embargo, en muchos otros, la mera confrontación cognitiva de los juicios disfuncionales se evidencia como muy poco efectiva para su transformación. Y lo más preocupante es que esto suele ocurrir incluso con aquellas lecturas de la realidad que son causantes de gran sufrimiento para quienes las sostienen. Una enorme cantidad de consultantes naturaliza la violencia de sus jefes, amigos o parejas como si fuera una condición inevitable de la convivencia. Otros brindan argumentos pseudo racionales acerca de los beneficios de las adicciones. Hay quienes se aferran a fundamentalismos religiosos para sostener sus prácticas discriminatorias. Los ejemplos son innumerables.

La pregunta entonces es por qué, pese a generar auto y hetero-sufrimiento, estos sistemas de interpretaciones, juicios y creencias se siguen sosteniendo, impenetrables a la confrontación cognitiva. Y la respuesta es muy simple, todas estas lecturas disfuncionales hunden sus raíces en temas emocionales no resueltos, cuya confrontación aparece, en el inconsciente, como más dolorosa que el sufrimiento que produce perpetuarlas.

Esto convierte al trabajo emocional como una condición ineludible en cualquier proceso terapéutico profundo. Y a su vez, el trabajo emocional profundo se torna mucho más accesible, rápido y efectivo cuando se realiza a través del abordaje corporal, puesto que no hay manera más directa para acceder a la emocionalidad, que el movimiento sentido.

Vemos entonces que la integración de Lingüística y Movimiento Primordial

brinda al psicoterapeuta un doble aporte:

En primer lugar, amplía y profundiza su mirada, al permitirle percibir, desde una sensibilidad expandida, la corporalidad del consultante, integrada o disociada de su lenguaje verbal.

Y, en segundo lugar, le brinda una metodología que cuenta con ejercicios específicos para trascender esta disociación y colaborar en la integración psicofísica y emocional del consultante.

Lenguaje verbal, corporalidad, emocionalidad y energía confluyen entonces en una unidad de comprensión e intervención en la práctica de la psicoterapia, que adquiere entonces una nueva dimensión en cuanto a su poder de transformación.

Como veremos a continuación, la Meditación Primordial viene a completar este enfoque, brindando la posibilidad de encontrar aquietamiento, equilibrio, estabilidad psicofísica, mayor perspectiva, autoobservación y experiencia de unidad frente a los desafíos de la vida.

Meditación Primordial

Antes de describir las características propias de la Meditación Primordial, es importante destacar que el abordaje terapéutico a partir de la meditación cuenta cada día con más sustento científico. Avalan esta práctica trabajos experimentales, realizados en importantes universidades de Estados Unidos y Europa, tales como las rigurosas investigaciones sobre los efectos de la meditación en la reducción del estrés, en la salud y en la estructura cerebral, realizados en la Universidad de Massachusetts y en la Universidad Técnica de Munich.

Desde 1979, la Universidad de Massachusetts cuenta con un servicio llamado *Stress Reduction Clinic*, por el que han pasado cerca de 30.000 personas. Esto ha permitido a los investigadores hacer estudios comparativos entre las estructuras cerebrales de las personas que asisten a este programa de ocho semanas, antes y después del mismo.

Utilizando equipos de resonancia magnética, se obtuvieron imágenes de los cerebros de las personas voluntarias antes y después de estas ocho semanas de entrenamiento. Las imágenes tomadas después de los seminarios demostraron la existencia de un aumento en la densidad de materia gris del hipocampo, lo cual constituye un dato sumamente significativo. El hipocampo es una zona del cerebro vinculada a cualidades que siempre han estado asociadas a las personas meditativas, tales como la compasión, la consciencia de sí, la introspección, la capacidad de aprender y la memoria.

No menos importante fue el descubrimiento de una disminución en la materia gris de la amígdala cerebral, lo que constituye un claro indicio de reducción del estrés.

Todos estos estudios se realizaron también con un grupo control que no realizó el seminario y en el cual no apareció ninguno de estos cambios tan significativos, lo que demostraría que los mismos no ocurrieron por azar.

En su artículo “La neurociencia de la meditación *mindfulness*” y otros, la

doctora Britta Hölzel, del Departamento de Neurorradiología de la Universidad Técnica de Múnich, una de las más entusiastas investigadoras en el tema de los efectos neurológicos de la meditación, junto a otros investigadores, afirma:

Las investigaciones realizadas en los últimos decenios respaldan sólidamente la afirmación de que la meditación consciente, practicada ampliamente para la reducción del estrés y la promoción de la salud, ejerce efectos beneficiosos sobre la salud física y mental y el rendimiento cognitivo. Recientes estudios de neuroimagen han comenzado a descubrir las áreas del cerebro y las redes que median estos efectos positivos. (traducido por el autor, Hölzel et al., 2011)

La Meditación Primordial es el arte de descansar en la profundidad del propio ser. No se trata de control mental ni de ninguna forma de esfuerzo. Es tomar contacto con el estado profundo de la mente. En medio de todos los trajines y esfuerzos que marcan la vida contemporánea, encontrar un espacio para la quietud y el silencio es una fuente de salud de importancia fundamental para el organismo.

La meditación no es una tarea, ni un sacrificio, ni un esfuerzo. Realizada con la actitud correcta (no persiguiendo fines de maestría mental, viajes místicos ni control del pensamiento) es la actividad más relajante y gozosa del día.

Las técnicas de Meditación Primordial se basan en ejercicios psicofísicos que permiten recuperar el contacto con las dimensiones profundas, energéticas, del propio organismo, donde se encuentran las raíces que nos conectan con la totalidad de la vida. Los ejercicios respiratorios y los estados meditativos influyen directamente en nuestra química interior, y más aún en la intimidad vibracional de nuestras moléculas, produciendo efectos inmediatos de armonización y por lo tanto de sanación. Desde el punto de vista energético, la meditación produce un estado cerebral característico de los procesos intuitivos y de percepción interna, comprobable en el electroencefalograma, que favorecen los procesos de regeneración celular, sanación, lucidez mental y creatividad. Es por lo tanto una gran aliada en el cuidado de la salud psicofísica y relacional.

Su concepción no incluye elementos religiosos ni creencias de ninguna naturaleza. Es prescindente y a la vez compatible con cualquier sistema religioso o de creencias, pues está diseñada sólo para brindarnos una experiencia directa y vivencial de nuestra pertenencia a la totalidad del universo. Esto es lo que permite abordar desde su raíz la profunda sensación de alienación y vacío, que en los tiempos que corren, como ya hemos visto, nos amenaza permanentemente.

Meditación y Salud

Ya hemos señalado la íntima relación entre nuestro lenguaje interno e interpersonal y nuestra salud física, mental y vincular. Las palabras, y por ende las creencias, juicios y modelos mentales con los cuales nos hablamos a nosotros mismos (en esto consiste el pensamiento) y a los demás, afectan directamente la química y la estructura misma de nuestras células, que responden a estos estímulos

con salud o enfermedad.

Del mismo modo, como vimos, nuestra corporalidad, nuestro estado neuroquímico-emocional, determina nuestro lenguaje, juicios y creencias, todo lo cual se revierte en nuestros vínculos, profesiones y organizaciones.

La Psicoterapia Primordial trabaja desde la misma mirada que la Psico-Neuro-Inmuno-Endocrinología, pero con aplicaciones de otro alcance. Permite operar directamente sobre la relación entre nuestros diálogos internos e interpersonales y nuestra química interna, influyendo sobre la forma en que la palabra determina los estados corporales-emocionales, los vínculos y viceversa. Como ya hemos señalado, actúa sobre el núcleo bio-psico-lingüístico que determina nuestra salud físico-emocional y la de nuestras relaciones interpersonales. Aprendiendo a instrumentar el *feed-back* mente-cuerpo favorablemente, se desarrolla el poder de crear salud bio-psico-emocional.

La Meditación y la búsqueda del sentido. Mucho más allá de estos beneficios psicofísicos, la Meditación Primordial aporta a los procesos de desarrollo personal la posibilidad de contemplar el significado profundo de los avatares de la existencia.

Los procesos de transformación no pueden asentarse únicamente en la búsqueda de las causas que generan nuestros bloqueos mentales y cognitivos, o en los objetivos prácticos que buscamos. Es preciso complementar este enfoque centrado en el tiempo de *Kronos* (causal-lineal) con un enfoque centrado en los tiempos de *Kairós* y *Aión* o, según la mirada Jungiana, del tiempo sincrónico, donde las relaciones no están basadas en términos de causa y efecto sino de sentidos.

Desde la mirada causal procuramos encontrar en el pasado las razones que afectan a nuestro presente, el porqué, el origen de nuestras disfunciones o síntomas. Desde la mirada de *Kairós* y *Aión* procuramos entender en el aquí y ahora, el para qué, el significado, el sentido de los sucesos de nuestra vida.

Para enfrentar la pregunta por el sentido, un acompañamiento profesional no directivo, no invasivo, similar a la mayéutica de Sócrates, que estimula la propia observación y sirve de espejo a los propios procesos internos, es fundamental; sin embargo, es la práctica de la meditación la que lleva el autoconocimiento a los niveles más profundos.

Así como la Lingüística Primordial desarrolla nuestra inteligencia existencial, y el Movimiento Primordial activa nuestra inteligencia emocional, la Meditación Primordial despierta nuestra inteligencia espiritual, entendida no como la búsqueda de respuestas recetadas a los desafíos de la existencia, sino como la capacidad de convivir con los grandes misterios, con las grandes preguntas que no pueden ser respondidas.

Conclusión

Esta descripción de métodos y tipos de prácticas de ninguna manera establece límites rígidos y sólo sirve como una introducción teórica y aclaratoria, a fin de brindar una imagen general de todos los elementos que se incluyen en esta

modalidad de psicoterapia. En la práctica, todas estas metodologías se integran y se tornan muy difíciles de diferenciar entre sí. Así, por ejemplo, el Movimiento Primordial es también una meditación en movimiento; la Lingüística Primordial implica un trabajo emotivo que incluye al cuerpo, y la Meditación tiene profundos efectos sobre nuestra fisiología, nuestras emociones y nuestro lenguaje. Es decir que todo está integrado a todo.

A modo de conclusión abordaremos un ejemplo práctico de trabajo integral.

Como ya hemos visto, uno de los elementos que más perjudican la calidad de vida de las personas, son los juicios infundados y disfuncionales que albergan acerca de sí mismas, de las otras personas y de la existencia.

Si durante la profunda impotencia que genera, por ejemplo, una experiencia de violación, una persona ha formulado el juicio inconsciente de que deberá permanecer siempre oculta para no llamar la atención, pues será incapaz de defenderse en caso de un ataque, esto va a determinar un patrón conductual que llevará permanentemente a la inhibición, a un temor patológico y a un empobrecimiento de la propia existencia. En general, presta poca utilidad, en estos casos, recurrir al voluntarismo ingenuo o al mal llamado “pensamiento positivo” (que muchas veces consiste en un pensamiento negador y evasivo) y proponerle a la persona en cuestión que haga afirmaciones del tipo “yo puedo defenderme”, “esto no volverá a ocurrir”, o brindarle argumentos racionales acerca de las posibilidades estadísticas de volver a pasar por la misma experiencia.

La Psicoterapia Primordial enfocaría un caso similar mediante un triple trabajo integrado y sistemático. Por ejemplo, cuando la persona esté en condiciones, se podría comenzar por recrear dramáticamente la situación traumática con toda su carga emocional y, mediante las técnicas del Movimiento Primordial, se propiciaría que la persona tome contacto con posturas, gestos, visualizaciones y patrones respiratorios que le permitan responder a esta situación disponiendo de sus energías vitales más primarias, previendo, huyendo a tiempo, defendiéndose o incluso atacando a su agresor. Obviamente, no se trata de estimular a las personas a realizar actos heroicos o venganzas en la realidad material, sino a liberar esas energías que han quedado congeladas en el cuerpo y asumir el propio poder, *en espacios simbólicos y cuidados*.

Este tipo de experiencias produce una reconfiguración emocional del recuerdo traumático y deja las puertas abiertas para una segunda etapa: el trabajo lingüístico cognitivo, mediante el cual se pueden revisar las actitudes, juicios, creencias y patrones conductuales que pueden haber llevado a exponerse a semejante experiencia, a fin de que la misma no vuelva a ocurrir.

Por último, la Meditación Primordial permite desarrollar la capacidad de observar el propio funcionamiento como un objeto de la consciencia. De este modo, en lugar de verse a sí misma y a la realidad desde sus propios patrones inconscientes, se va aprendiendo a convertir a estos mismos patrones en objetos de la percepción.

Las dinámicas de Diálogos Internos de Reconfiguración (DIR) y Vivencias

Experimentales de Reintegración (VER) son técnicas que incluyen elementos de psicodrama, bioenergética y terapia Gestalt, y se instrumentan en esta forma de psicoterapia, permitiendo objetivar nuestros procesos internos y de esta manera desidentificarnos de ellos, lo cual se convierte en un proceso aún más profundo cuando esto es llevado a la práctica meditativa cotidiana.

De este modo, el trabajo emocional-corporal-energético, se integra al trabajo lingüístico cognitivo y a la práctica contemplativa, generando un feedback sumamente poderoso y efectivo. Por supuesto, este ejemplo que aquí describimos muy sintéticamente no implica que el trabajo terapéutico deba ser realizado siempre en este mismo orden. De hecho, se puede entrar a la experiencia por cualquiera de sus puertas y, en tanto y en cuanto las tres metodologías se apliquen y se integren, el resultado será igualmente satisfactorio.

Notas

- 1 El Posmodernismo y el Constructivismo han devenido con algunos autores en un Posmodernismo radical que no compartimos, pero tal análisis excede los límites de este artículo. Sintéticamente, para el Posmodernismo radical o extremo, todo lo que uno dice de sí mismo o de la realidad externa es simplemente la repetición de discursos que han sido introyectados, lo cual es en gran parte cierto, pero no totalmente. Para esta versión exacerbada de la posmodernidad, no existe el individuo, sólo existen eslabones en cadenas de lenguaje. Desde esta mirada no somos nada más que un discurso, que un texto que se repite a sí mismo.
- 2 Sheldrake ha denominado “**campos mórficos**” a espacios que dan origen a las formas evolutivas, y que se sostendrían por la capacidad de los sistemas de comunicarse más allá de los medios convencionales concebidos hasta el momento. Para una descripción sintética de esta teoría consultar “El Vínculo Primordial” (Taroppio, 2012).
- 3 El Manual de Ejercicios de Movimiento Primordial cuenta con más de seiscientos ejercicios sistemáticamente ordenados y descritos para su aplicación práctica por profesionales certificados.

Referencias

- Goleman, D. (1994). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- Heidegger, M. (1951). *El ser y el tiempo*. FCE.
- Hözel, B. Carmody, J., Vangel, M., Congleton, Ch., Yerrasetti, S. M., Gard, T. y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.006>
- Jung, C. G. (2007). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Paidós.
- Lowen, A. (1985). *El lenguaje del cuerpo: dinámica física de la estructura del carácter*. Herder.
- Saussure, F. de (1945). *Curso de Lingüística General*. Editorial Losada
- Sheldrake, R. (2011). *Una nueva ciencia de la vida*. Kairós.
- Taroppio, D. (1984). *Nuevos paradigmas epistemológicos y formación del psicólogo* [Comunicación escrita]. 1^{er} Congreso Internacional sobre formación del psicólogo, Universidad de Tucumán.
- Taroppio, D. (2006). *Comunicación Primordial*. FUDEI.
- Taroppio, D. (2010). *El Vínculo Primordial*. Continente.
- Taroppio, D. (2012). *Danza Primal*. Continente.
- Taroppio, D. (2020). *Meditación Primordial*. Continente.
- Wilber, K. (1977). *The spectrum of consciousness*. Shambala.
- Wilber, K. (2000). *Integral Psychology*. Shambala.
- Wilber, K. (2007). *Integral Spirituality*. Shambala.
- Wilber, K. (2017). *Integral Meditation*. Shambala.

El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica

Ramon Rosal Cortés

editorial
MILENIO

IN MEMORIAM LEONOR PANTINAT

Comité de redacción de Revista de Psicoterapia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Comité de redacción de Revista de Psicoterapia (2020). In memoriam Leonor Pantinat. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 105-109.



Leonor Pantinat compañera desde sus inicios en la empresa de editar una revista de Psicología y Psicoterapia falleció este verano tras una larga enfermedad. Quienes compartimos aquellos momentos de ilusión, dudas, responsabilidad y también, todo hay que decirlo, una cierta inconsciencia de juventud, nos sentimos tristes por la pérdida y agradecidos por todo lo que nos aportó.

Este texto no pretende ser una biografía sino simplemente un relato cariñoso sobre una compañera en la revista y otras tareas profesionales. Por ello simplemente queremos escribir algunas anécdotas, impresiones y recuerdos más o menos exactos sobre los años que compartimos.

Manuel Villegas, hasta hace poco director de la revista recuerda:

Mis recuerdos relativos a la persona y amiga, Leonor Pantinat, están circunscritos a dos ámbitos muy definidos: la Revista de Psicoterapia (en sus inicios Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista) y la colaboración en la gestión de prácticas clínicas del Master en Terapia Cognitivo Social de la U.B. con el CSM del Prat, donde ejercía su actividad profesional como psiquiatra.

He dicho amiga, pero en realidad, como se puede deducir de lo dicho, nuestra relación estaba mediatizada por aspectos estrictamente profesionales. Y sin embargo, la sentía como amiga. Era posiblemente su carácter y actitud amistosa la que generaba esta impresión, siempre atenta, colaboradora, bien dispuesta, facilitadora, positivamente reforzadora, con toques de humor irónico, pero simpático.

Ana Gimeno miembro del Comité de redacción coincide en esta mirada:

Conocí a Leonor (Leo) en la primera reunión que convocó el creador de la Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista Andrés Senllé, apoyado por Lluís Casado, para recabar socios para sacarla adelante. En esos tiempos heroicos de la revista, los seis socios que la conformamos teníamos que hacer de todo en las tareas editoriales, aparte de cosas tales como prestar dinero para la impresión de un número o, a pesar de ello, rechazar la financiación con los apetecibles anuncios de fármacos.

Parte de los artículos que escribió Leo en ese tiempo, para contribuir al despegue, los hizo bajo el pseudónimo de “Aurora Zorán”. Estaba entonces interesada por el movimiento de la antipsiquiatría, y en el psiquiátrico donde trabajaba se había ganado algunas reprimendas. Recuerdo una porque, con motivo de la fiesta anual del mismo: había organizado una representación teatral a cargo de los pacientes en que daban su visión del tema y parodiaban a los psiquiatras y el resto del personal.

Lluís Casado, que era en esa época director ejecutivo de la revista, y después pasó a ser director sin más, recuerda que bajo su seudónimo de Aurora Zorán, lo que obviamente le aseguraba algunas bromas que le dedicábamos sobre su evidente trastorno disociativo, Leo aportó un punto de vista implicado y comprometido con la reforma psiquiátrica en nuestro país. Recordemos que estamos hablando de principios de los años 80 del siglo pasado. Así reportajes sobre los primeros hospitales de día o las incipientes comunidades terapéuticas, ofrecían una mirada nueva en el abordaje de los trastornos mentales severos o las toxicomanías.

Para Lluís Casado firmando como Aurora Zorán, en estas tareas “periodísticas”, Leo aportaba agilidad a la revista con interesantes entrevistas a personalidades como Claude Olivenstein, Arnold Keyserling, o Rojas Bermúdez por citar algunos nombres. Pero no acababa aquí el aire fresco que insuflaba a la revista. Leo creó una sección (Creatividad y Psicología) que durante varios números daba la palabra (y la imagen) a reputados pintores como Josep M^a Subirachs, Josep Amat o

Manolo Gómez.

Ambas miradas, recuerda Casado, la reforma psiquiátrica y la creatividad y el arte confluyeron de una manera inspiradora en un reportaje publicado en el número 4 de la revista titulado “Poesía de la imagen, imagen de la poesía” en el que se reproducían versos y pinturas de internos en instituciones psiquiátricas catalanas.

Como afirma Manuel Villegas: esta dualidad, en su momento tensionada por las discusiones en el campo de la psiquiatría sobre el modelo a escoger en el tratamiento de los pacientes, las luchas por la hegemonía de una psiquiatría biológica, frente a una concepción más comunitaria, social y psicológica tuvo que ver posiblemente en su implicación personal en la gestación, impulso y realización de la “Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista”, antecedente de la actual “Revista de Psicoterapia”, en cuyo título ya puede apreciarse la asociación poco frecuente entre dos términos casi antagónicos: Psiquiatría y Humanismo. Asociación que presidió su práctica profesional tanto en el ámbito público como privado.

Por supuesto que Leo, ahora ya como Leonor Pantinat, también publicó interesantes ensayos sobre temas de su variada experiencia profesional, ya que como recuerda Ana Gimeno “*su curiosidad le hacía visitar e implicarse en los diferentes modelos terapéuticos que iba conociendo, y entusiasmarse sucesivamente con uno u otro: la Psicoterapia de la Gestalt, el Psicodrama, la Terapia Familiar Sistémica... Eso también significó que la revista se fue enriqueciendo con los artículos que sobre cada uno de estos temas iba escribiendo*”.

Pero está claro que al margen de su colaboración con la revista Leonor tuvo una intensa y fructífera actividad profesional.

Cuando fue nombrada psiquiatra coordinadora del CAP de El Prat de Llobregat, en esos momentos en que se estaba estrenando una nueva estructura de la sanidad pública en Cataluña, allá estaba ella intentando cambiar también el modo de gestión de los mismos. Recuerdo, dice Ana Gimeno, cómo me contó que estaba muy chasqueada y preocupada porque tenía la teoría de que absolutamente todas las decisiones debían tomarse en forma asamblearia, y tanto valía su voto como el del médico, el psicólogo, la administrativa, o la empleada de la limpieza. Ella había intentado llevarlo a cabo, y me decía con decepción que los demás querían que fuera ella quien tomara algunas decisiones. Bajo ese problema que planteaba estaba su absoluta convicción de la igualdad en valía de toda persona, por humilde que fuera su trabajo, y su absoluta relativización de los roles sociales.

Intentaba integrar la actividad diagnóstica y terapéutica como psiquiatra de un servicio público, con una atención psicológica personalizada hacia los usuarios del servicio y con una mirada humanizadora en su enfoque

terapéutico. Las memorias clínicas de sus pacientes, escritas a mano, una a una, llenas de detalles, observaciones, relatos, comentarios, además de los apuntes relativos al seguimiento de la medicación pautada, son un testimonio de su dedicación y compromiso.

Había cursado primero (después de su licenciatura en Filosofía) la carrera de Psicología. Después cursó la carrera de Medicina y se hizo psiquiatra porque, según decía y cuando ya era psicóloga, le intrigaba averiguar qué era eso tan especial que sabían los psiquiatras que les hacía sentirse tan importantes y por encima de los psicólogos. Confesó que, tras haber obtenido la especialidad de psiquiatría, seguía sin averiguarlo.

Su colaboración con la universidad también fue constante, y como comenta Villegas se cuidó de hacer posible y promover un grupo de terapia, concertado con el Master de la U.B., que inició en 1992 y perduró hasta 2006, ofreciendo a los alumnos de catorce promociones distintas la posibilidad de seguir a través de espejo unidireccional, y más tarde incluso por circuito interno de televisión, el desarrollo de sesiones semanales de grupo con pacientes derivados de su servicio.

También tuvo consulta privada. Durante diez años en el Instituto Erich Fromm de Barcelona en donde desarrollaba terapia individual y durante un tiempo también terapia grupal con personas diagnosticadas de trastornos psicóticos. Dos anécdotas que relata Ana Gimeno ayudan a perfilar a la Leo compañera de trabajo.

Llegó un momento en que el Instituto se prohibió fumar pero ella hacía valer sus “derechos” a hacer -dentro de su sala de terapia- lo que le diera la gana. De este modo, cuando abría la puerta para recibir o despedir a un cliente, salía de allí una nube de humo. La segunda anécdota también nos dibuja una profesional en cierta manera atípica: Leo tenía, junto a todos los diplomas académicos oficiales, un diploma muy gracioso, que le había expedido un amigo suyo, y que le autorizaba a vender globos en todos los puertos del mundo mundial. Era su manera de relativizar y desacralizar lo sagrado.

Ana Gimeno dice “*si tuviera que elegir una palabra para describir a Leonor, creo que la palabra sería ‘intensa’*”. Intensa en su brillantez, su generosidad, su poder, su independencia, su simpatía, sus compromisos con su familia y sus pacientes, su visión anticonvencional de la vida. Era apta y apasionada para cualquier tipo de debate intelectual, artístico, político o terapéutico, pero se negaba a entrar en determinadas cuestiones. En las reuniones de la revista, cuando Lluís Casado nos empezaba a pasar las fotocopias con los balances económicos, presupuestos, etc., ella se ausentaba

interiormente. Nos decía: “*esto a mí no me interesa*”. Permanecía de cuerpo presente pero desconectaba, y se iba a sus mundos. Volvía a conectarse con nosotros cuando el tema de los números había terminado. Allá reaparecía, saliendo de su mundo submarino, vibrante, divertida y locuaz.

Había tenido una juventud muy dura. La suerte es que tenía todo tipo de recursos para sobrevivir. Como ejemplo anecdótico si se quiere, de joven residiendo en un país del Este en la época franquista (en la que estaba prohibido viajar a ellos), se mantenía gracias a unos pequeños ingresos de una beca que había ganado como estudiante de... español, en el que –por cierto– sacaba muy buenas notas.

La intensidad en sus compromisos y la magnanimidad acaban por perfilar a nuestra amiga y compañera. Cualidad esta segunda que demostró de una forma impactante cuando pudo, no solo perdonar, sino también cuidar amorosamente a una de las personas que más daño le hizo en la vida.

Como miembro activo y comprometido del consejo de la sociedad editora de la Revista de Psicoterapia, su participación fue siempre colaborativa y propositiva, con sus intervenciones cuestionándolo todo y ayudándonos a pensar desde la divergencia. La echábamos de menos en las últimas reuniones, a causa de sus ausencias, derivadas de su estado de salud. Y la continuaremos echando de menos de ahora en adelante, a causa de su reciente deceso. Pero su recuerdo pervivirá entre nosotros, al igual que su apoyo incondicional se dejará sentir entre sus compañeros, ligado siempre a los proyectos que emprendimos juntos.

MANUEL VILLEGAS

EL PROCESO DE
CONVERTIRSE EN
PERSONA AUTÓNOMA



Herder

INDICE GENERAL AÑO 2020

Nº 115 COMPLEJIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Complexity of Eating Disorders

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

COMPLEJIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Complexity of Eating Disorders

Laura Hernangómez Criado

OBSTÁCULOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PROPUESTAS PARA SUPERARLOS

Overcoming the Obstacles in the Treatment of Eating Disorders: A Proposal

Diana Kirszman

IDENTIDAD Y PROCESO EMOCIONAL DE CAMBIO EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Identity and Emotional Process of Change in Eating Disorders

Luis Beato Fernández y Teresa Rodríguez Cano

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

M^a Elena Gismero González

ACTUALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL CONTEXTO FAMILIAR EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: EL ROL DE LOS PADRES

Update of Interventions Aimed at the Family Context in Eating Disorders: The Role of the Parents

Ana Rosa Sepúlveda, Alba Moreno y Lucía Beltrán

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN ANOREXIA NERVIOSA: INVISIBLES FRENTE AL ESPEJO

Autistic Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: Invisible ones in front of the mirror

Gema García Marco

ALTAS CAPACIDADES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ¿VULNERABILIDAD O PROTECCIÓN?

Giftedness and Eating Disorders: Vulnerability or Protection?

Laura Hernangómez Criado

EFFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Effects of Physical Exercise on Patients with Eating Disorders

Sara Tabares Olmedilla

Artículos del monográfico de Libre Acceso

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Medical Complications of patients with Eating Disorders and Food Ingestion

Virginia María Peña Cortés

TÉCNICA DE LA REJILLA COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EXPLORACIÓN DE ESTRUCTURA COGNITIVA Y RELACIONES INTERPERSONALES EN UNA MUESTRA DE 20 PACIENTES

Grid Technique as an Instrument for Evaluation of Eating Disorders: Exploration of cognitive structure and interpersonal relationships in a sample of 20 patients

Estela M. Pardos-Gascón, Nicolás Gómez Calmaestra y María Victoria Rodríguez Vacas

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL RADICALMENTE ABIERTA PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

Radically Open -Dialectical Behavior Therapy for Anorexia Nervosa

Irene de la Vega Rodríguez y Teresa Montalvo Calahorra

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

CONTRADICCIONES DE LA PSIQUIATRÍA MÉDICA. EN LA TEORÍA Y EN LA PRÁCTICA

Contradictions of Medical Psychiatry. In Theory and Practice

Julio Company Ortega

TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Premature Termination in Psychotherapy: A narrative review

Pablo Rafael Santangelo

VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA E INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA: LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FOCALIZADA EN EL TRAUMA

Child Sexual Victimization and Evidence-Based Intervention: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy

Bárbara Kanter y Noemí Pereda

Recensión de Libros:

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA. PROCESO, TÉCNICAS Y APLICACIONES EN ÁREAS Y CONTEXTOS

Jesús García Martínez

116 CONVERSACIONES SOBRE PSICOTERAPIA

Conversations about psychotherapy

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

CONVERSACIONES SOBRE PSICOTERAPIA

Conversations about psychotherapy

Joan Miquel Soldevilla, Luis Ángel Saúl y Ciro Caro García

LA PSICOTERAPIA EN SU LABERINTO

Psychotherapy in its Labyrinth

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

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

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 psychotherapeutic clinic

Begoña Olabarria

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

Training career in clinical and health psychology in Spain

Adolfo Jarne Esparcia y Alba Pérez-González

LA IMPORTANCIA DE LA ACREDITACIÓN PARA LA PSICOTERAPIA

The Importance of Accreditation for Psychotherapy

Joseph Knobel Freud

EL PSICOTERAPEUTA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

The psychotherapist in the therapeutic process

Sergi Corbella

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

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

Artículos del monográfico de Libre Acceso

LA PSICOTERAPIA COMO CONVERSACIÓN CONTEMPLATIVA

Psychotherapy as contemplative conversation

María Teresa Miró

FENOMENOLOGÍA CLÍNICA DE LOS SIETE PECADOS CAPITALES

Clinical phenomenology of seven deadly sins

Manuel Villegas Besora

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

TEORÍA DEL APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: REVISIÓN TEÓRICA Y RECOMENDACIONES

Attachment Theory in Clinical Practice: Theoretical Review and Recommendations
Sara Benlloch Bueno

EL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PROFESIONALES CHILENOS E ITALIANOS
The Personal style of the therapist in Chilean and Italian Professionals

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

Inference, re-experiencing, and regression: Psychotherapy of Child ego states
Richard G. Erskine y Amaia Mauriz-Etxabe

LEER Y ESCRIBIR EN TERAPIA NARRATIVA, CONSTRUYENDO UNA NUEVA HISTORIA
Reading and Writing in Narrative Therapy, Constructing a New Story

Jael Alejandra Quintal Corzo, Silvia María Álvarez Cuevas y Dora Adolfini Ayora Talavera

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 e Ignacio Serván García

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y TERAPIA GESTALT: FACTORES DE CONVERGENCIA

Acceptance and Commitment Therapy and Gestalt Therapy: Convergence Factors
Raquel Ayala Romera y María del Carmen Rodríguez Naranjo

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Dissatisfaction With Body Image And Nutritional Status In University Students
Valeria Acuña Leiva, Consuelo Niklitschek Tapia, Álvaro Quiñones Bergeret y Carla Ugarte Pérez

EL APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Attachment and Clinical Psychology during COVID-19 Pandemic
Lorena Velayos Jiménez y Diego Sánchez Ruiz

117 PSICOTERAPIAS TRANSPERSONALES**Transpersonal psychotherapies**

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

PSICOTERAPIAS TRANSPERSONALES

Transpersonal psychotherapies
Ana Gimeno-Bayón Cobos

PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIAS TRANSPERSONALES. REFLEXIONES Y PROPUESTAS
Transpersonal Psychology and Psychotherapies. Reflexions and Proposals

Ana Gimeno-Bayón Cobos

LA MEDITACIÓN EN LA ESPERANZA EN EL PROGRAMA EBC: DESCRIPCIÓN Y MECANISMOS DE ACCIÓN IMPLICADOS.

The Hope Meditation in CBWT Program: Description and Mechanisms of Action
David Alvear Morón

DESARROLLO PERSONAL Y PRÁCTICA ESPIRITUAL: ANÁLISIS NARRATIVO DE VIVENCIAS

Personal Development and Spiritual Practice: Narrative Analysis of Experiences
Asun Puche Echegaray y Luis Botella García del Cid

PSICOTERAPIA PRIMORDIAL. UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL Y GRUPAL

Primordial Psychotherapy. An integral approach to the individual and group therapeutic process
Daniel Taroppio

IN MEMORIAM LEONOR PANTINAT

Comité de redacción de Revista de Psicoterapia

Artículos del monográfico de Libre Acceso

LOS PROCESOS SENSORIALES Y EMOCIONALES EN LAS ESPIRITUALIDADES RELIGIOSAS Y ATEAS

Sensory and Emotional Processes in Religious and Atheistic Spiritualities
Ramón Rosal Cortés

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

SAÚDE MENTAL, EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN LA INFANCIA Y SU IMPACTO SOBRE LA EXPERIENCIA ONÍRICA

Mental health, negative experiences in childhood, and its impact on dream experiences

Alejandro Parra y Víctor Hugo Damián Silguero

HACIA LA EVIDENCIA BASADA EN LA PRÁCTICA EN PSICOTERAPIA

Towards practice-based evidence in psychotherapy

Alberto Gimeno Peón y César Mateu Hernández

GENIOS LITERARIOS Y PÉRDIDAS PARENTALES: EL CASO DE JOHN R. R. TOLKIEN

Literature Genius and Parental Loss: John R. R. Tolkien's case

Silvia Beatriz Franchi

EL DESARROLLO INFANTIL EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA: LAS PRIMERAS TRES ETAPAS DE ERIK ERIKSON

Child Development in Integrative Psychotherapy: Erik Erikson's First Three Stages

Richard G. Erskine

CONTRIBUCIONES DE UN NUEVO PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A LAS PSICOTERAPIAS

Contributions of a new Psychological Assessment Process to Psychotherapies

Carmen Moreno-Rosset y Rosario Antequera Jurado

LAS CONVERSACIONES DEL EQUIPO EN EL MODELO NARRATIVO-TEMÁTICO. ABRIENDO PASO A LA HISTORIA POR VIVIR

Team Conversations in the Narrative-Thematic Model. Opening a space for the Story Not-Yet-Lived

Ricardo Ramos Gutiérrez, Sheila Izu y Laila Aljende

LA SUPERVISIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS (PADES). DE LA DEMANDA DE LA SUPERVISIÓN A SU FINALIZACIÓN

Supervision of a Home Care Team in Palliative Care. From the demand for supervision to its completion

Alfred Tejedo García

SOCIEDAD DE RENDIMIENTO Y PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA: LA PSICOTERAPIA INDIVIDUALIZADORA

Performance Society and Psychotherapeutic Practice: Individualizing Psychotherapy

Diego Sánchez Ruiz y Lorena Velayos Jiménez

LA SOLEDAD EN LA ALTA CAPACIDAD INTELECTUAL: FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Loneliness in giftedness: Risk factors and coping strategies

María Isabel Gómez-León

EL INSIGHT EN ESQUIZOFRENIA DESDE EL MODELO DE ASIMILACIÓN: UN ESTUDIO CUALITATIVO DE CASO A TRAVÉS DE NARRACIONES

The Insight in schizophrenia from the assimilation model: A qualitative case study through narratives

Restituto Vañó Monllor, Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PSICOTERAPIA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E IMPLEMENTACIÓN

Formation and Training Program in Psychotherapy: Theoretical Foundations and Implementation

Pablo Rafael Santangelo

REESTRUCTURACIÓN DEL VÍNCULO A TRAVÉS DE TERAPIA INTEGRATIVA EN UN CASO DE DUELOS MÚLTIPLES

Restructuring the bond through integrative therapy in a case of multiple griefs

María Teresa Monjarás Rodríguez y Emilia Lucio y Gómez Maqueo

RELEVANCIA DE LAS SESIONES INDIVIDUALES EN UN CASO DE TERAPIA DE PAREJA

Relevance of individual sessions in a couple therapy case

Juan Ignacio Martínez Sánchez

EFICACIA Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA RESILIENCIA Y BIENESTAR: QUÉDATE EN CASA. LA PSICOLOGÍA EN TIEMPOS DE CUARENTENA Y PANDEMIA

Efficacy and Satisfaction of the Resilience and Wellbeing Program: «Stay at home». Psychology in times of Quarantine and Pandemic

Oscar Sánchez-Hernández y Ana Canales

Recensión de Libros:

YA NO TE LLAMARÁN "ABANDONADA". ACOMPAÑAMIENTO PSICO-ESPIRITUAL A SUPERVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL

Carlos Alberto Rosas Jiménez

LOS PROCESOS SENSORIALES Y EMOCIONALES EN LAS ESPIRITUALIDADES RELIGIOSAS Y ATEAS

SENSORY AND EMOTIONAL PROCESSES IN RELIGIOUS AND ATHEISTIC SPIRITUALITIES

Ramón Rosal Cortés

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista. Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8378-2682>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rosal, R. (2020). Los Procesos Sensoriales y Emocionales en las Espiritualidades Religiosas y Ateas. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 115-162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.451>

Resumen

El autor es consciente de la importancia que tienen – para la vivencia de los valores y de la espiritualidad– el pensamiento inteligente y la voluntad. Pero de lo que se ocupa este trabajo no será de estos potenciales del ser humano, sino de la sensibilidad y los sentimientos que frecuentemente se han tendido a infravalorar, aunque también se ha producido, en los últimos decenios, un redescubrimiento de su importancia por parte de la investigación psicológica tanto científica como filosófica. Se pueden resumir en tres lo objetivos principales de este trabajo: a) Facilitar una respuesta a la pregunta sobre qué se entiende por espiritualidad, tanto en el marco de una cosmovisión religiosa, como de una atea; b) Mostrar el creciente interés psicológico respecto a la espiritualidad; y c) Ofrecer testimonios de experiencias de espiritualidad en personajes ilustres –principalmente científicos– vinculados a diferentes cosmovisiones y de diferentes estilos de personalidad

Palabras clave: *procesos sensoriales, procesos emocionales, espiritualidad religiosa, espiritualidad atea.*

Abstract

The author is aware of the importance of intelligent thinking and will, for the experience of values and spirituality. But what this work is concerned with will not be about these potentials of the human being, but with the sensitivity and feelings that have frequently tended to be underestimated, although there has also been, in recent decades, a rediscovery of their importance by of both scientific and philosophical psychological research. The main objectives of this work can be summarized in three: a) To provide an answer to the question about what is understood by spirituality, both within the framework of a religious worldview, as well as an atheist one; b) Show the growing psychological interest regarding spirituality; and c) Offer testimonies of experiences of spirituality in illustrious personalities –mainly scientific– linked to different worldviews and different personality styles.

Keywords: *sensory processes, emotional processes, religious spirituality, atheistic spirituality.*



Antes de definir la espiritualidad, tanto religiosa como atea, conviene subrayar el interés hacia ella de científicos ilustres.

Ken Wilber, en su libro *Cuestiones cuánticas. Escritos místicos de los físicos más famosos del mundo*, comenzaba su introducción con estas palabras:

En los últimos diez años han aparecido literalmente docenas de libros, escritos por físicos, filósofos, psicólogos y teólogos, con el común propósito de describir o explicar la relación extraordinaria que se da entre la más ardua de las ciencias, la Física, y la Mística, la más tierna de las religiones. Según algunos, la física y la mística están llegando rápidamente a una visión del mundo notablemente cercana. Para otros, se trata de enfoques complementarios de una misma realidad. (Wilber, 1987, p.15)

Su libro viene a ser una antología de textos de físicos ilustres en los que se refieren a lo que trasciende a la realidad que puede captar la Física. Wilber comprueba la práctica coincidencia entre estos científicos de la Física moderna en el reconocimiento de los límites de esta ciencia y en su incapacidad para ofrecer un “soporte positivo de ninguna clase en favor de ninguna especie de misticismo o trascendentalismo”. Al mismo tiempo comprueba que “todos ellos fueron místicos de una u otra forma” (Wilber, 1987, p. 18).

Los físicos sobre los que se ofrecen textos en su libro son:

- a) Werner Heisenberg (1901-1976), premio Nobel de Física en 1932, inventor de la mecánica cuántica matricial, descubridor del famoso principio de indeterminación, entre otros logros científicos. También fue reconocido como filósofo.
- b) Erwin Schrödinger (1887-1961), premio Nobel de Física en 1933. De forma independiente llegó a conclusiones equivalentes a las de Heisenberg.
- c) Albert Einstein (1879-1955), premio Nobel de Física en 1921. Entre sus muchos descubrimientos científicos destacaron las teorías especial y general de la relatividad, el efecto cuántico fotoeléctrico, etc.

Con palabras de Wilber:

Siempre estuvo profunda y devotamente convencido de que, aunque la ciencia, la religión, el arte y la ética constituyen empeños necesariamente distintos, la motivación que realmente subyace en todos ellos es el asombro ante la faz del “Misterio de lo Sublime”. (Wilber, 1989, p. 152)

- d) Sir James Jeans (1887-1946), físico, matemático, astrónomo y filósofo de la ciencia. Se le concedió en 1924 el título de Sir (equivalente a un Nobel británico).
- e) Max Planck (1858-1947), premio Nobel de Física en 1918. Es considerado el padre de la moderna teoría cuántica. Einstein sintió admiración hacia él. Sobre él afirmó:

El anhelo de contemplar la armonía de la fuente de la paciencia y perseverancia inagotables con que Planck se ha dedicado a los problemas más generales de nuestra ciencia [...] la actitud mental que capacita a un hombre

para una tarea de esta clase es afín a la que posee un hombre religioso o un amante. (Wilber, 1989, p. 205)

Junto con Einstein es considerado uno de los dos más importantes científicos de la Física moderna.

- f) Wolfgang Pauli (1900-1958), considerado por el ilustre Max Born como poseedor de un genio superior al de Einstein. Premio Nobel de Física en 1945. Reconoció con insistencia que la racionalidad científica requería el complemento de la mística.
- g) Sir Arthur Eddington (1882-1944). Se le otorgó el título de sir en 1930. Logró realizar la primera prueba verificadora de la teoría de la relatividad de Einstein. Fue también defensor de la mística.

Es llamativo comprobar, a través de estos científicos, el respeto e interés con que los Físicos más importantes del siglo XX se han referido a experiencias humanas denominadas con los términos “espiritualidad”, “mística” o “religiosidad”.

El claro reconocimiento de una realidad trascendente a la que pueda ser captado por la ciencia da lugar a que estos científicos sean o bien deístas, o teístas (sin vinculación a una religión concreta), o teístas cristianos, como es el caso de Max Planck y Erwin Schrödinger.

Esta conclusión no se deduce solo a partir del testimonio de los siete físicos de la antología de Wilber. Si se consulta la obra de Antonio Fernández-Rañada, presidente de la Real Sociedad Española de Física, y catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, autor de libros en los que se aborda esta cuestión, en especial *Los científicos y Dios* (Fernández-Rañada, 2016), son cerca de noventa los científicos ilustres que aparecen en su libros –no solo los físicos– resultando importante el porcentaje de los que manifiestan también la conciencia de los límites de la ciencia, y su reconocimiento de una realidad trascendente, y con ello, cierta experiencia de la espiritualidad.

En esta misma línea estará la obra del famoso economista, ex-marxista militante en el Partido Comunista español, Doctor en Derecho y Ciencias Económicas, Ramón Tamames, Doctor Honoris Causa en al menos cuatro universidades, reconocido con varios premios de Economía, firmante de la Constitución Española de 1978, miembro de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Publicó recientemente su libro *Buscando a Dios en el Universo. Una cosmovisión sobre el sentido de la vida*. En este tercer libro que cito son todavía más los representantes de la ciencia física o biológica que dan señales de su actitud respetuosa hacia lo trascendente y, por lo tanto, hacia la espiritualidad (sea en una religión teísta o al margen de ella).

Parece oportuno completar esta primera parte con una selección de párrafos de algunos de estos científicos que confirman lo que acabo de afirmar.

Reconocimiento de los límites de la ciencia por Erwin Schrödinger



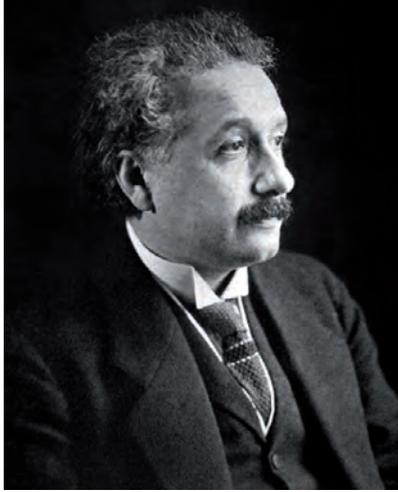
<https://www.astromia.com/biografias/schrodinger.htm>

La imagen científica del mundo que me rodea es muy deficiente. Proporciona una gran información sobre los hechos, reduce toda experiencia a un orden maravillosamente consistente, pero guarda un silencio sepulcral sobre todos y cada uno de los aspectos que tienen que ver con el corazón, sobre todo lo que realmente nos importa.

No es capaz de decirnos una palabra sobre lo que significa que algo sea rojo o azul, amargo dulce, físicamente doloroso o placentero, no sabe nada de lo bello o lo feo, de lo bueno o lo malo, de Dios o la eternidad. A veces la ciencia pretende dar una respuesta a estas cuestiones, pero sus respuestas son a menudo tan tontas que nos sentimos inclinados a no tomarlas en serio.

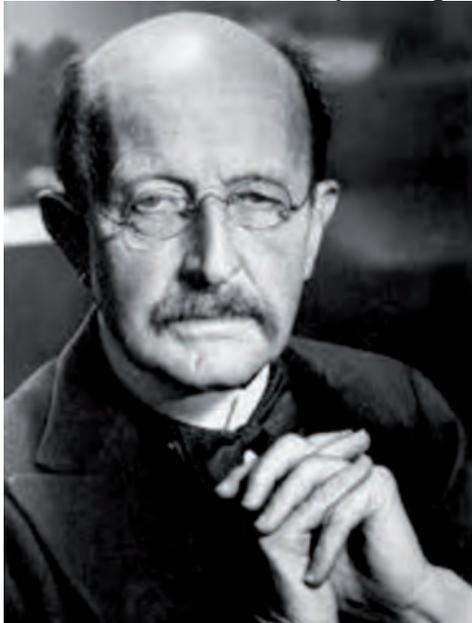
El mundo es grande, magnífico, hermoso. Mi conocimiento científico de cuanto ha sucedido en él comprende cientos de millones de años. Y sin embargo, visto desde otra perspectiva, todo eso se contiene en los setenta, ochenta o noventa años que puedo tener garantizados –una minúscula motita en medio del tiempo incommensurable– en medio incluso de los millones y miles de millones finitos de años que he aprendido a medir y a determinar. ¿De dónde vengo y a dónde voy? Esta es la gran cuestión insondable, la misma para cada uno de nosotros. La ciencia es incapaz de responderla. (Schrödinger, cit. en Wilber, 1987, pp. 128 y 131)

La experiencia de sentir el Misterio, según Einstein



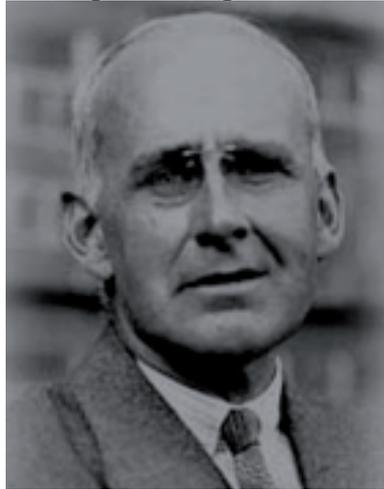
La experiencia más bella que podemos tener es sentir el misterio [...] En esa emoción fundamental se han basado el verdadero arte y la verdadera ciencia [...] Esta experiencia engendró también la religión [...] percibir que [tras lo que podemos experimentar] se oculta algo inalcanzable a nuestro espíritu, la razón más profunda y la belleza más radical, que solo nos son accesibles de modo indirecto –ese conocimiento y esa emoción es la verdadera religiosidad-. En ese sentido, y solo en ese sentido, soy un hombre religioso. (Einstein, 2000, p. 10)

Reconocimiento de la armonía entre la Ciencia y la Religión, según Max Planck



Nunca puede darse una verdadera oposición ente la ciencia y la religión. Cualquiera persona seria se da cuenta, creo yo, de la necesidad de reconocer y cultivar el aspecto religioso presente en su propia naturaleza, si quiere que todas las fuerzas del alma humana actúen conjuntamente en perfecto equilibrio y armonía. Y realmente no es accidental que los mayores pensadores de todas las épocas fueran almas profundamente religiosas, incluso si no mostraban en público sus sentimientos en este sentido. (Planck, cit. en Wilber, 1987, p. 210)

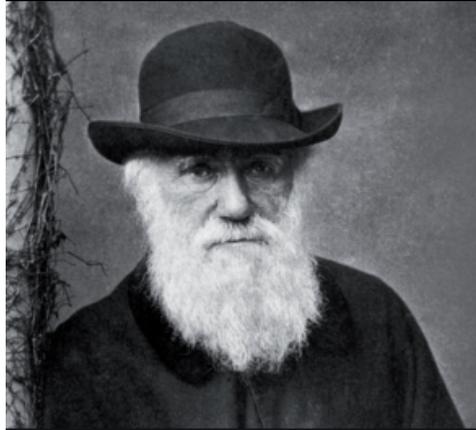
Límites de la ciencia física, según Eddington



<https://www.astromia.com/biografias/eddington.htm>

Todos sabemos que existen regiones en el espíritu humano que escapan del mundo de la física. en el sentimiento místico del mundo que nos rodea, en la nostalgia de Dios, En la expresión mística, el alma se eleva sobre sí misma hasta llenar en plenitud una aspiración que surge de su propia naturaleza. La confirmación de este proceder proviene del propio interior, de una inclinación nacida junto con la propia conciencia, o de una luz interior que procede de un poder superior al propio. Difícilmente puede la ciencia cuestionar esa confirmación interior, pues su propia búsqueda brota de una inclinación que la mente se ve compelida a seguir, de una tendencia a hacerse preguntas sobre la realidad sin poderlo remediar. Trátese de la búsqueda intelectual de la ciencia, o de la búsqueda mística del espíritu, la luz nos hace señas de seguir adelante. (Eddington, cit. en Wilber, 1987, p. 279)

Reconocimiento de una realidad trascendente en Darwin



Después de estos cuatro testimonios, a favor de la espiritualidad (o de su experiencia más profunda, como es la mística), recogidos de los textos en la antología de Wilber, tan solo se citará otro científico, fuera de la Física, al famoso naturalista, médico y biólogo, creador de la teoría evolucionista de las especies vivientes, Charles Darwin. A lo largo de su vida pasó por fases diversas en su espiritualidad, oscilando desde el teísmo cristiano, el agnosticismo, el deísmo y el ateísmo; pero su reconocimiento de una realidad trascendente que supera lo que la ciencia pueda captar se mantuvo siempre. Puede verse una de sus declaraciones en una de sus fases de espiritualidad teísta:

[La razón me indica la] extrema dificultad o, más bien, la imposibilidad de concebir este inmenso y maravilloso universo –que incluye el hombre y su capacidad de mirar muy lejos tanto hacia el pasado como hacia el futuro– como el resultado del azar ciego o de la necesidad. Cuando reflexiono sobre esto, me siento obligado a volverme hacia una Primera Causa dotada de una mente inteligente y análoga en cierta medida a la del hombre y merezco por tanto llamarme teísta. (Darwin, cit. en Tamames, 2019, p. 276)

Aunque en lo referente a señalar la contribución de los procesos sensoriales y emocionales en personajes de distintos estilos de personalidad y diferentes cosmovisiones se reserva para el final de esta exposición, puede adelantarse algo respecto a los científicos citados. Es fácil notar, tras una lectura atenta de estos párrafos, la implicación de sentimientos o emociones en todos ellos, ante todo el *sentimiento de admiración y respeto hacia lo que trasciende lo que puede captar la ciencia*, y la intuición y reconocimiento de la existencia de una Realidad inefable.

Asimismo, de los diversos procesos sensoriales, queda patente la *contribución de la mirada en la percepción sensorial durante la contemplación del Universo*. Todos estos físicos emplearon muchas horas, a lo largo de su vida, en una actitud de contemplación sensorial receptiva, acompañada de preguntas que les conducían a la intuición del Misterio inefable implicado en la inmensidad de lo que podían

percibir. Su profunda *receptividad sensorial era la base de una experiencia de meditación en la línea de una espiritualidad horizontal o vertical*, según los casos.

Qué se Entiende por Espiritualidad

Esencia y Áreas de la Vivencia de la Espiritualidad

Tengamos presentes que tanto filósofos como psicólogos transpersonales que han abordado la experiencia humana de la espiritualidad – no solo religiosa sino también la atea– parten de una antropología que diferencia tres niveles en la experiencia de la vida humana

- La experiencia corporal
- La experiencia psíquica o anímica
- Y la experiencia espiritual

La tercera constituye un potencial que capacita al ser humano para abrirse al entorno cósmico y/o divino que le trasciende y le envuelve en lo más profundo de su ser

Estas tres dimensiones de la experiencia humana implican tres tipos de conocimiento, a los cuales se ha referido Ken Wilber, el más prestigioso representante de la Psicología Transpersonal. Los denomina los “tres ojos del conocimiento” (ver tabla 1), expresión que recoge del filósofo medieval Buenaventura, religioso franciscano.

Tabla 1. *Esquema de los Tres Ojos del Conocimiento, según Wilber (1991)*

ESPÍRITU	3. conocimiento directo del espíritu como espíritu. Aludido a través de Textos revelados
	la mente intentando reflexionar sobre el espíritu. transpersonales o contemplativas Psicología Transpersonal, Teología, Psicología Espiritual...
MENTE	2. la mente reflexionando sobre lo racionalmente comprensible. Matemáticas, Sociología, Psicología convencional, Antropología, Historia...
	la mente reflexionando sobre lo sensible. Física, Química, Medicina, Geología...
CUERPO	1. cognición sensoriomotora

Ciencias como la Física, la Química, la Medicina, la Biología, la Geología, etc. implican *la mente reflexionando sobre lo sensible*

Ciencias como las Matemáticas, la Sociología, la Psicología convencional, la Historia, implican *la mente reflexionando sobre lo racionalmente comprensible*.

Ciencias como la Psicología Transpersonal, la Teología, etc. implican *la mente reflexionando sobre el Espíritu, sobre las experiencias transpersonales o de espiritualidad*.

Una vez considerados estos tres niveles de experiencia humana, y los cinco testimonios de espiritualidad citados, es el momento de responder a la pregunta:

¿Qué se puede entender por espiritualidad?

Veamos cómo responde a esta pregunta Raimon Panikkar, Doctor en Química, en Filosofía, y en Teología, hijo de indio teísta hindú y de catalana cristiana, de prestigio internacional, autor cuyas obras han sido recopiladas en 18 volúmenes, redactados y traducidos en distintos idiomas, y sobre el que se han hecho numerosas tesis doctorales en varios países.

Por espiritualidad podría entenderse aquella expresión de la vida humana que, superando la antropología dualista (cuerpo/alma), se deja también impregnar, o mejor dicho vivificar, por el Espíritu como símbolo de una tercera dimensión en la que el ser humano es consciente de vivir. (Panikkar, 2005, p. 50)

Por su parte, el autor de este artículo ofrece la definición siguiente:

Entiendo por espiritualidad toda vivencia auténtica y profunda de la apertura a la dimensión transpersonal o trascendente de la existencia humana. Una vivencia auténtica y profunda de la experiencia de sentirse un ser contingente y finito ante el misterio de una Realidad absoluta e infinita, llámese Realidad divina, Dios/a, Yahwé, Alá, Brahman, Universo, etcétera.

Ahora bien, tengamos presente que se han diferenciado dos dimensiones de la espiritualidad denominadas, respectivamente, la horizontal y la vertical

- *horizontal*: Nace de la motivación hacia la comunión con los demás, es decir, la unión de diferentes individualidades en algo más grande que ellas, construyendo un sistema más complejo, que representa un salto cualitativo respecto a los subsistemas que la integran.
- *vertical*: Nace de la motivación hacia la comunión con el Misterio del Absoluto Trascendente, en una experiencia humana –ampliamente testimoniada en la Historia– que necesita no tanto apropiárselo, sino ser y saberse apropiado por Ello (sea cual sea la descripción que se dé del Misterio de lo Absoluto).

Se diferencian entre sí, básicamente, a partir de las diferentes motivaciones que las animan. En el caso de la espiritualidad horizontal la motivación que la anima es el anhelo de comunicación con los seres integrantes del universo, conduciendo a algo más grande o Realidad Cósmica. Mientras que la espiritualidad vertical está motivada por la comunión con el Misterio de lo Absoluto trascendente al cosmos, que el filósofo protestante Rudolf Otto denominaba “lo Santo”.

El filósofo Martín Velasco, en el concepto de “misterio” incluye dos características importantes:

Dos rasgos característicos a la realidad designada con este nombre: su superioridad absoluta, su completa trascendencia y su condición de realidad que afecta íntima, total y definitivamente al sujeto. (Martín Velasco, 1993b, p. 1158).

La experiencia de la espiritualidad hasta hace poco tiempo parecía algo que solo formaba parte de las cosmovisiones religiosas –cuando en estas se destacaba

lo vivencial-, pero desde el siglo XX diferentes autores han dejado claro que la espiritualidad es una experiencia que también aparece en personas vinculadas a cosmovisiones ateas.

Entre los que han mostrado y acreditado este pluralismo de espiritualidades (o, como algunos prefieren decir, “religiosidades”) se encuentran el filósofo y psicólogo protestante William James, por ejemplo en su libro *Las variedades de la experiencia religiosa*; y el filósofo ateo André Comte-Sponville, en su libro *El alma del ateísmo. Introducción a una espiritualidad sin Dios*, publicado recientemente.

Teniendo en cuenta esta realidad, el filósofo español Martín Velasco ofrece la siguiente definición de religión, que viene a coincidir con las aportaciones de prestigiosos antropólogos culturales:

Sistema de expresiones organizadas, creencias, prácticas, símbolos, lugares, espacios, objetos, sujetos, etc. en las que se expresa una experiencia humana peculiar de reconocimiento, adoración, entrega, referida a una realidad trascendente al mismo tiempo que inmanente al ser humano y a su mundo, y que interviene en él para darle sentido y salvarle. (Martín Velasco, 1993a, p. 1239)

En esta definición fenomenológica hay que fijarse principalmente en la parte segunda, donde dice: *una experiencia humana peculiar de reconocimiento, adoración, entrega, referida a una realidad trascendente al mismo tiempo que inmanente al ser humano y a su mundo, y que interviene en él, para darle sentido y salvarle.*

Según esta concepción filosófica de la religión, no se implica necesariamente el reconocimiento de una realidad divina o “Dios”, según el lenguaje religioso popular. Este mismo autor diferencia tres formas de entender esta Realidad Suprema o Misterio

- a) Como poder o conjunto de poderes sobrenaturales
- b) Como realidad personal o conjunto de realidades personales
- c) Como estado al cual aspira el ser humano

En la forma c) podemos incluir, cuando sean experiencias vividas como “realidad suprema que da sentido a la vida”, según como la hayan vivido sus seguidores, por ejemplo: el Marxismo, el Psicoanálisis y la Psicología Humanista.

Recuerda el autor de este escrito una conferencia de Panikkar, hace unos treinta años, en el Ateneo, cuando se detuvo unos días en Barcelona en su traslado anual en verano desde California hasta la India. Una conferencia que se titulaba “El marxismo como religión”.

La religión entendida como “estado al cual aspira el ser humano”, incluye también lo que se implicaba en la primera parte de la definición de Martín Velasco: creencias, prácticas, símbolos, lugares, sujetos.

Por ejemplo: la visita periódica de rusos marxistas a la tumba de Lenin, tal como la viven algunos, puede considerarse una experiencia transpersonal horizontal equivalente a la experiencia religiosa de un sacramento. Se entiende por sacramento, o con otras palabras en las diversas religiones, la celebración simbólica de

experiencias culminantes de la vida, en la que se hace realidad lo que se simboliza.

Pero una espiritualidad auténtica no se reduce a la vivencia de unas prácticas concretas como, por ejemplo, la meditación zen, la meditación yoga, etc. Una espiritualidad auténtica debe influir en todas las áreas de la vida de las personas. Por razones didácticas, personalmente propongo una diferenciación de cuatro áreas de la vida:

- Espiritualidad en la meditación
- Espiritualidad en las celebraciones rituales de experiencias culminantes
- Espiritualidad en las experiencias comunitarias (familiar, ciudadana etc.)
- Espiritualidad en el trabajo
 - trabajo profesional
 - trabajo social y ciudadano
 - trabajo afectivo y familiar

La *experiencia de la meditación* se ha revalorizado en Occidente, desde el siglo XX, por influencia de formas hindúes –meditación yoga– y budistas –meditación zen– procedentes de Asia meridional (India y Japón, principalmente). En el Occidente cristiano había sido importante en siglos anteriores, pero había decaído y se tendía a reducir a la *meditación discursiva o reflexiva*, pero escaseaba la *meditación contemplativa*.

Desde hace unas décadas, y a raíz de las aportaciones orientales en el tema, el concepto de meditación se ha ampliado, e incluso tiende a aplicarse este nombre solamente a los tipos de meditación que excluyen la reflexión intelectual y que podemos situar dentro de las ciencias noumenológicas (utilizando la terminología de Wilber).

Este tipo de meditación ha alcanzado una popularidad entre nosotros que la ha llevado, irremediablemente, a tener que sufrir los peligros propios de todo conocimiento o metodología que es objeto de una gran difusión. Entre otros, su banalización y su deformación. [...]

El equilibrio consistirá en un acercamiento a la espiritualidad, sin abogar por una meditación dissociada de los problemas prácticos del individuo, que quede referida tan sólo a las altas esferas o estratosferas de la vida, sino que vaya un poco más allá de ellas y las sitúe, relativice y dé sentido. (Gimeno-Bayón, 2019b, pp.137-139)

En las espiritualidades teístas acostumbra a ir acompañada de la experiencia de oración –o diálogo con el Tú divino– que no debe reducirse a las meras peticiones propias de una espiritualidad primitiva. Las experiencias que he citado al principio, pueden implicar meditación contemplativa en el caso de la de Einstein y la de Schrödinger.

La *celebración de experiencias culminantes de la vida*, si son vividas con profundidad, con implicación de los potenciales psicológicos, pueden ser, por ejemplo:

- Las del nacimiento
- La despedida de la infancia (rito de paso)

- La obtención de la titulación académica
- La inauguración de la actividad profesional
- El compromiso matrimonial
- La reconciliación entre personas o entre países
- El aniversario del nacimiento
- El logro de un cambio importante en psicoterapia
- Un descubrimiento científico
- El aniversario de fechas importantes en la historia del país o de la cosmovisión
- La muerte

Cualquiera de estas experiencias puede celebrarse con un ritual que ayude a vivirla con más plenitud y con conciencia de su repercusión positiva en el entorno social. Pero también puede vivirse de forma muy convencional y rutinaria, con poca implicación de la sensibilidad, los sentimientos, la inteligencia, etc. En el primer caso se da una experiencia auténtica de espiritualidad. En el segundo, no se da.

Respecto a la espiritualidad en las *experiencias comunitarias*, la mayor parte de las celebraciones citadas en el apartado anterior son experiencias comunitarias (cumpleaños, celebración del compromiso matrimonial, etc.) pero además está la experiencia espiritual en la vida comunitaria ordinaria.

Respecto a la *espiritualidad en el trabajo*, ha tenido más relieve, en este caso, en las religiones llamadas “proféticas” de Occidente y en el ateísmo marxista, que Panikkar lo consideraba una ideología postcristiana. En cambio, en las denominadas religiones “místicas” de Oriente, el trabajo ha tenido poco relieve en la espiritualidad. Las reflexiones citadas de Max Planck, Eddington y Darwin, son testimonio de su espiritualidad en la vivencia del trabajo científico. Probablemente implican también la previa experiencia espiritual de meditación contemplativa.

Creciente Interés Psicológico por la Espiritualidad desde Finales del Siglo XX

Recientemente, en distintos lugares de España, principalmente en la Rioja, Aragón, Valencia, Andalucía y Euskadi, vienen produciéndose en los últimos años encuentros de espiritualidad con numerosos participantes. En Logroño tuvo lugar recientemente el octavo *Foro de Espiritualidad*, con 1.200 participantes (plazas limitadas). En los últimos años, a las pocas horas de abrirse la inscripción se agotaron las plazas. En Zaragoza se han ofrecido unos encuentros semejantes con alrededor de 600 participantes, y en otras cuatro o cinco ciudades españolas. Este año, Ana Gimeno-Bayón fue invitada a ser una de los cinco conferenciantes en el foro de Logroño. Se pudo intuir que entre estas 1.200 personas interesadas por la espiritualidad había personas ateas o agnósticas y personas vinculadas a religiones orientales y al cristianismo. Es muy probable que también asistieran personas vinculadas al judaísmo y al islam, aunque el autor de este trabajo no tuvo ocasión de comprobarlo.

a) Psicología Transpersonal

En otros países occidentales, este interés por la espiritualidad se ha manifestado antes que en el nuestro. Del mismo modo que se ha producido más la *difusión de la Psicología Transpersonal*, que el autor considera equivalente a la Psicología de la Espiritualidad.

La existencia de lo que hoy se conoce por Psicología Transpersonal no podemos reducirla a los años más recientes, pues –como luego se comprenderá– ha existido a lo largo de toda la historia, en paralelo y como expresión de las experiencias transcendentales de algunos místicos y maestros espirituales. Pero, en cuanto disciplina específica que pretende un espacio y acotar unos límites dentro del estudio de la Psicología, su nacimiento es relativamente reciente.

La mayoría de los tratadistas no dudan en colocar su nacimiento en la obra de Maslow, que acuñó el sentido preciso del término “transpersonal”, empleado previamente por Jung y Mounier. Esta paternidad tiene un doble motivo: a) Por un lado obedece al reconocimiento por parte de aquél autor de motivaciones que van más allá de las de autorrealización y que constituyen un nivel superior de su famosa “pirámide de necesidades”. Se trata de las motivaciones hacia trascenderse a sí mismo. Una trascendencia en base a la aspiración a valores que él denominó “transpersonales”:

También debo confesar que considero a la Psicología Humanista, esta Tercera Fuerza psicológica, como algo transitorio; como un allanamiento del camino hacia una Cuarta Psicología aún “más elevada”, una psicología transpersonal, transhumana, centrada en el cosmos más que en las necesidades e intereses humanos, yendo más allá de lo humano, de la identidad, de la autorrealización y cosas semejantes (Maslow, 1973, p. 12). b) Por otro lado obedece al hecho de ser este autor el que aglutinó, en primavera de 1969– ocho años después de la publicación del primer número del *Journal of Humanistic Psychology*– a una serie de psicólogos, parte de los cuales habían participado en él como Rogers, Frankl, Sutich, Grof, y Bühler–entre otros– en la Asociación de Psicología Transpersonal. En esa fecha surgía el primer número de la revista *Journal of Transpersonal Psychology*. Por aquél entonces, a la Psicología Transpersonal se le estaba empezando a denominar “Cuarta Fuerza” dentro de la Psicología (Gimeno-Bayón, 2015, pp. 9s.).

Ya Maslow consideró que entre lo que denominó las “experiencias cumbre” había que incluir las experiencias místicas de espiritualidad profunda. Jung también prestó especial atención a ellas. Y Roberto Assagioli, creador de la Psicosisntesis, uno de los modelos más importantes en el Movimiento de la Psicología Humanista –del cual en la Psicoterapia Integradora Humanista recogemos muchas de sus aportaciones técnicas con imágenes y fantasía – propuso diferenciar dos etapas sucesivas para la experiencia terapéutica, a las que denominó Psicosisntesis personal

y Psicósíntesis transpersonal.

El autor de este escrito sospecha que una de las causas de que en nuestro país la difusión de la Psicología Transpersonal haya sido menor puede haber sido el fenómeno de cierta alergia hacia todo lo que pueda tener alguna relación con el hecho religioso, por parte de sectores de la población indigestados del anterior nacionalcatolicismo. Al mismo tiempo, puede también deberse al hecho de desconocer que la experiencia de la espiritualidad –o las experiencias transpersonales– pueden vivirse también al margen de las religiones. También por desconocer el tercer tipo de la Realidad Suprema al que se puede referir una experiencia religiosa: “un estado al cual aspira el ser humano”. No toca detenerse aquí más en la Psicología Transpersonal. El que quiera ampliar dispone de tres libros publicados por Gimeno-Bayón (2015, 2019a, 2019b).

b) Inteligencia Espiritual

Otro fenómeno relacionado con este nuevo interés hacia lo espiritual es el surgimiento de la denominada *inteligencia espiritual*, desde finales del siglo XX. Ya unos años antes, Howard Gardner, profesor de la Universidad de Harvard, presentó su teoría de las inteligencias múltiples. Venía a demostrar que reducir la inteligencia a la que puede medirse con el denominado “coeficiente intelectual” implicaba una grave simplificación. Hasta la fecha, la lista de las inteligencias múltiples ya alcanza a doce tipos. El coeficiente intelectual solo podía captar a dos de ellas: la lingüístico-verbal y la lógico-matemática.

Posteriormente se presentó –difundida por Daniel Goleman– la teoría de la inteligencia emocional, que venía a incluir dos de la lista de Gardner: la interpersonal y la intrapersonal. Finalmente, la profesora Dana Zohar, de la Universidad de Oxford y el psiquiatra Ian Marshall, de la Universidad de Londres, presentaron su teoría de la inteligencia espiritual que, según sus palabras “activa las ondas cerebrales, permitiendo que cada zona especializada del cerebro converja en un todo funcional”.

El filósofo catalán Francesc Torralba, ha publicado una obra sobre la inteligencia espiritual que tengo aquí presente. A modo de definición pueden valernos los siguientes párrafos de este autor

La inteligencia espiritual impulsa a plantearnos interrogantes existenciales y a vivir experiencias que trascienden los límites habituales de los sentidos, que conectan con el fondo último de la realidad y que nos acercan al verdadero potencial de cada uno

...lejos de apartarle de la realidad, del mundo, de la corporeidad y de la naturaleza, le permiten vivirla con más intensidad, con más penetración, ahondando en los últimos niveles. (Torralba, 2010, p. 57 y 53)

Es importante tener presente el párrafo segundo, para evitar el peligro de una espiritualidad patológica por trastorno evitativo de personalidad. Este escrito se limitará a mostrar algunos de los diecisiete *poderes de la inteligencia emocional*,

según Torralba:

- 1. La búsqueda de sentido
- 2. El preguntar último
- 3. La capacidad de distanciamiento
- 4. La autotrascendencia
- 5. El asombro
- 8. El gozo estético
- 9. El sentido del Misterio
- 11. El sentido de pertenencia al Todo

A continuación, se ofrecen unas brevísimas aclaraciones sobre algunos términos:

Respecto a la Búsqueda de Sentido. El hecho de plantearse preguntas sobre el sentido de la vida puede ya indicar un poder de la inteligencia espiritual. Como ejemplos posibles de tales preguntas, Torralba indica: “¿Vale la pena vivir?”, “¿Tiene sentido la vida?”, “¿Qué cabe esperar?” (Torralba, 2010, p. 80).

Respecto al Preguntar Último. Con preguntas muy semejantes a las anteriores, centradas en “cuestiones fundamentales de la existencia”, la inteligencia espiritual capacita para plantearse, por ejemplo: “Para qué estoy en el mundo?”, “¿Qué puedo esperar después de mi muerte?”, “¿Para qué sufrir?”, “¿Para qué luchar?”. Las preguntas sobre el “para qué”, más allá del “cómo” y del “por qué”, son las que satisfacen a la inteligencia espiritual (Torralba, 2010, p. 85).

Respecto a la capacidad de distanciamiento. La inteligencia espiritual capacita para “tomar distancia de la realidad circundante, pero también de nosotros mismos”. Para poder ser conscientes del carácter singular de nuestra existencia personal:

El desapego [...] significa un modo de acercamiento más profundo, más libre que el habitual, una aproximación liberadora de intereses y de vinculaciones que coartan la libertad. (Torralba, 2010, p. 98)

Respecto a la Autotrascendencia

Todo ser humano aspira a superar un límite, a cruzar un umbral, a introducirse en un terreno desconocido [...]

Esta capacidad está particularmente presente en el explorador que indaga terrenos desconocidos, en el científico que no se contenta con lo que sabe y elabora nuevas hipótesis de trabajo, en el artista que no se conforma con lo que ha creado y busca nuevas experiencias de la belleza. (Torralba, 2010, p. 101)

Basten estas breves y esquemáticas aclaraciones sobre los cuatro primeros poderes de los diecisiete que Torralba destaca respecto a la inteligencia espiritual.

Y algunas experiencias que facilitan el *cultivo de la inteligencia espiritual* (ver Torralba, 2010).

1. La práctica asidua de la soledad
2. El gusto por el silencio
3. La contemplación
4. El ejercicio del filosofar

10. El deleite musical

11. La práctica de la meditación

Respecto a las Formas de Cultivo de la Inteligencia Espiritual, no es aquí el lugar de extenderse. Pero ya basta con la simple lectura atenta de la relación ofrecida puede facilitar la intuición sobre sus consecuencias para esta forma de inteligencia.

Sensibilidad y Sentimientos en la Espiritualidad de Diferentes Estilos de Personalidad

Se ha presentado ya la propuesta sobre la conveniencia de que los diversos potenciales psicológicos se impliquen en la experiencia espiritual (Rosal, 2019). De esta forma se consigue una vivencia humanizadora de la misma, con la condición de que estos potenciales psicológicos funcionen de forma sana. De esta forma clasifico siete cualidades de una espiritualidad humanizada.

- Espiritualidad sensitiva: los sentidos y el cuerpo
- Espiritualidad inteligente: el pensamiento
- Espiritualidad afectiva: los sentimientos y las emociones
- Espiritualidad valorativa: la captación de los valores
- Espiritualidad comprometida y solidaria: las decisiones y actuaciones
- Espiritualidad profunda: el encuentro profundo
- Espiritualidad sosegada: el ocio humanizador

Centrándonos en las fases sensoriales y emocional que son las que se abordan en este escrito, las actitudes o valores éticos implicados son, por lo tanto, los siguientes, si se tiene presente la aportación de Gimeno-Bayón (2015) sobre el ciclo de la experiencia en Psicología Transpersonal:

- Fluir vital horizontal
 - Receptividad sensorial CORDIALIDAD
 - Filtración de sensaciones APERTURA A LA EXPERIENCIA
 - Identificación afectiva AMOR
- Fluir vertical
 - Receptividad sensorial ACTITUD CONTEMPLATIVA
 - Filtración de sensaciones RECOGIMIENTO
 - Identificación afectiva ADORACIÓN

Veamos (figura, 1), en forma esquemática, teniendo presente los ocho principales tipos sanos de personalidad, según Millon (1998), el ejemplo de personas que pueden considerarse modelos de vivencia sana de su estilo de personalidad; y que nos ofrezca un testimonio en el que esté presente la implicación en su espiritualidad de lo sensorial y lo emocional.

Figura 1. Probable estilo de personalidad en terminología de Millon (1998)

<i>ENÉRGICA</i>	<i>SOCIABLE</i>	<i>SENSITIVA</i>	<i>INHIBIDA</i>
M. Luther King	R. Tagore	M. Yunus	Juan de la Cruz
R. Bucke	Y. Jalil Yibrán		
<i>SEGURA</i>	<i>COOPERADORA</i>	<i>RESPECTUOSA</i>	<i>INTROVERTIDA</i>
E. Stein	Amma	A. Comte-Sponville	A. Einstein

Se van a recoger a continuación algún ejemplo de declaración o actuación de estas personas de diferentes estilos psicológicos de personalidad que impliquen una experiencia de espiritualidad y en dos o tres casos, de experiencia propiamente mística. Aunque actualmente es frecuente entenderla en sentido lato, refiriéndose a cualquier tipo de experiencia espiritual, lo que entiendo por “experiencia mística” queda claro en este párrafo de Martín Velasco:

Con el término “mística” designo una experiencia interior inmediata, simple, pasiva, frutiva –que tiene lugar en un nivel de conciencia diferente del que rige en la experiencia ordinaria de los objetos y sujetos del mundo– de la unión del centro de sí mismo con el absoluto, lo divino, Dios, el Espíritu. (Martín Velasco, 1993c, p. 487)

En la parte final deja claro que se refiere tanto a una espiritualidad religiosa, como a una espiritualidad atea. A la primera se refiere la unión con lo divino, y a la segunda con la unión con el Absoluto.

De las experiencias de espiritualidad que se recogen como ejemplos, las tres que reúnen el carácter de místicas son de dos ateos, Richard Bucke y André Comte-Sponville y una, del hindú Rabindranat Tagore. Además, la poesía de San Juan de la Cruz es una forma literaria de referirse a unas experiencias místicas, en este caso de carácter religioso cristiano.

En este escrito, se hará referencia a dos personas de **estilo probablemente enérgico**, el cristiano baptista Martin Luther King y el psiquiatra ateo Richard Bucke.

De personalidad de **estilo seguro**, a la filósofa Edith Stein, que experimentó una transición desde el ateísmo al cristianismo católico.

De personalidad de **estilo sociable**, se han seleccionado dos: el hindú teísta Rabindranat Tagore y a Jalil Yibrán, por considerarlo representante de una espiritualidad integradora humanista, ya que combinó en su vida la fe cristiana Maronita (del Líbano), la espiritualidad Sufí en el Islam, el Judaísmo, la Teosofía, y la religiosidad Bahai que aspiraba a la unión de las religiones.

De personalidad de **estilo cooperadora**, se ha seleccionado a la gurú hindú teísta popularmente llamada Amma.

De personalidad de **estilo sensitivo**, se ha seleccionado al personaje de espiritualidad indefinida, probablemente agnóstico, o quizá cristiano, de origen musulmán, Muhammad Yunus, el creador de la Banca Ética de los pobres. En una entrevista en que le preguntaron sobre ello afirmó que su religión era la Solidaridad.

De personalidad de **estilo respetuoso**, al filósofo francés ateo, Adré Comte-

Sponville.

De personalidad de **estilo cauteloso**, al reconocido internacionalmente como principal místico cristiano español y prestigioso poeta, San Juan de la Cruz.

De personalidad de **estilo introvertido**, al más famoso físico del siglo XX, Albert Einstein, cuya “religiosidad cósmica” le hizo oscilar entre el agnosticismo y el deísmo.

En los ejemplos de actuación o declaración que se presentan, como experiencia de espiritualidad, se señalará cómo se constata la implicación de *procesos sensoriales*. Sobre la implicación de los emocionales es patente en todos estos ejemplos, por la presencia en ellos de *sentimientos de admiración, o de emoción ante lo sublime, o de embelesamiento, alegría, esperanza*, etc.

Martin Luther King



Este famoso líder afroamericano nació en 1929 en Atlanta, Georgia, Estados Unidos, y murió asesinado en 1968, a los 39 años. Fue pastor de la Iglesia cristiana Bautista Progresista y activista. El más prestigioso líder de los movimientos por los derechos civiles y la no violencia en Estados Unidos y el Movimiento por la paz. Miembro de la Academia Estadounidense de las Artes y las Ciencias. Entre sus actuaciones más famosas se encuentran el *boicot de autobuses* en Montgomery, para lograr que los negros pudiesen compartirlos con los blancos, y el liderazgo de la famosa *Marcha sobre Washington por el Trabajo y la Libertad*, en agosto de 1963, al final de la cual pronunció su famoso discurso “*I have a dream*” (“Yo tengo un sueño”). Cuando en 1961 se promulgó la Ley de los derechos civiles, y en 1965 la Ley del derecho al voto, en ellas quedaron incluidos la mayoría de los derechos que Luther King había reclamado durante años, y por lo que había tenido que estar encarcelado en varias ocasiones.

Contó siempre con el apoyo generoso de su mujer Coretta Scott, con la que se había casado en 1953 y con la que tuvo cuatro hijos. Logró contar con el apoyo

sucesivo de los presidentes John Fitzgerald Kennedy y Lyndon B. Johnson. Entre las distinciones que se le concedieron pueden destacarse: el Premio Nobel de la Paz (1964), la Medalla Presidencial de la Libertad (1977, póstuma), la Medalla de Oro del Congreso de los Estados Unidos (2004, póstuma), las dos últimas recibidas por su mujer.

Veamos párrafos de su famoso discurso pronunciado en la multitudinaria Marcha sobre Washington por el Trabajo y la Libertad.

Yo tengo un sueño de que un día esta nación se elevará y vivirá el verdadero significado de su credo: Creemos que estas verdades son evidentes: que todos los hombres son creados iguales.

Yo tengo el sueño de que un día en las coloradas colinas de Georgia los hijos de los exesclavos y los hijos de los expropietarios de esclavos serán capaces de sentarse juntos en la mesa de la hermandad.

Yo tengo el sueño de que un día incluso el estado de Mississippi, un estado desierto, sofocado por el calor de la injusticia y la opresión, será transformado en un oasis de libertad y justicia.

Yo tengo el sueño de que mis cuatro hijos pequeños vivirán un día en una nación donde no serán juzgados por el color de su piel sino por el contenido de su carácter. **¡Yo tengo un sueño hoy!**

Yo tengo el sueño de que un día, allá en Alabama, con sus racistas despiadados, con un gobernador cuyos labios gotean con las palabras de la interposición y la anulación; un día allí mismo en Alabama, pequeños niños negros y pequeñas niñas negras serán capaces de unir sus manos con pequeños niños blancos y niñas blancas como hermanos y hermanas. **¡Yo tengo un sueño hoy!**

Yo tengo el sueño de que un día cada valle será exaltado, cada colina y montaña será bajada, los sitios escarpados serán aplanados y los sitios sinuosos serán enderezados, y que la gloria del Señor será revelada y toda la carne la verá al unísono.

[...] Entonces dejen resonar la libertad desde las prodigiosas cumbres de Nueva Hampshire. Dejen resonar la libertad desde las grandes montañas de Nueva York. Dejen resonar la libertad desde los Alleghenies de Pennsylvania. Dejen resonar la libertad desde los picos nevados de Colorado. Dejen resonar la libertad desde los curvados picos de California. Dejen resonar la libertad desde las montañas de piedra de Georgia. **¡Dejen resonar la libertad de la montaña Lookout de Tennessee! ¡Dejen resonar la libertad desde cada colina y cada topografía de Mississippi, desde cada ladera, dejen resonar la libertad!**

Y cuando esto ocurra, cuando dejemos resonar la libertad, cuando la dejemos resonar desde cada pueblo y cada caserío, desde cada estado y cada ciudad, seremos capaces de apresurar la llegada de ese día cuando todos los hijos de Dios, hombres negros y hombres blancos, judíos y cristianos, protes-

tantes y católicos, serán capaces de unir sus manos y cantar las palabras de un viejo espiritual negro: “¡Por fin somos libres! ¡Por fin somos libres! Gracias a Dios todopoderoso, ¡por fin somos libres!” (el mundo, 2013).

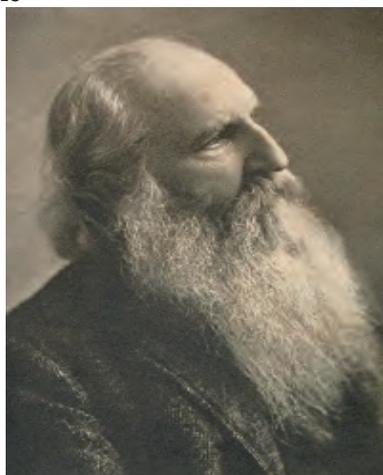
En otra ocasión, es significativo su elogio a la figura del barrendero que hace bien su trabajo, barriendo las calles como Miguel Ángel pintaba, o como Beethoven componía música, o como Shakespeare escribía poesía. Y es evidente la *presencia de imágenes visuales y de sentimientos y emociones muy profundas*, durante todo su discurso y durante la manifestación.

Esta auténtica *celebración ritual de la experiencia culminante* de una esperanzada manifestación a favor de la justicia constituyó una liturgia con una profunda experiencia de espiritualidad horizontal, y probablemente también vertical, dada la cosmovisión teísta cristiana de su líder y de la mayoría de sus participantes.

Entre las cuatro áreas de la vida referidas para la experiencia de la espiritualidad, esta corresponde principalmente a la segunda: *celebraciones rituales de experiencias culminantes*. Y no dudo de que Luther King la debió de vivir con profundidad, con la esperanza de poder contribuir a un gran logro en bien de la humanidad. Y en el marco de su cosmovisión teísta cristiana, como una colaboración creativa personal suya y de sus seguidores en la obra creadora divina de una sociedad humanizada.

Mientras Luther King pronunciaba emocionado su discurso, contemplando a esta multitud de mujeres y hombres, afroestadounidenses y *yankees* que se manifestaban con cantos y gritos esperanzados, y dándose abrazos, *los procesos sensoriales de la mirada, la escucha y el tacto contribuían ciertamente a la vivencia de una experiencia espiritual humanizada*. Y para muchos, esa experiencia podía también referirse a las otras *áreas de las experiencias comunitarias, el trabajo y la meditación*, pensando sobre todo en la futura forma de vivir mejor.

Richard Maurice Bucke



Aunque es poco lo que el autor conoce sobre la biografía de este prestigioso

canadiense, que vivió a finales del siglo XIX, datos significativos de su trayectoria vital conducen a atribuirle como más probable un *estilo de personalidad enérgica*.

Fue desde su infancia un típico granjero canadiense de estructura atlética. Ya a los dieciséis años se independizó de su familia y viajó hasta California, ejerciendo durante el recorrido sucesivos trabajos para mantenerse y viviendo experiencias que le permitieron mostrar su carácter enérgico, como la de lograr defenderse en ocasión de ser atacado por indios, por haberse atrevido a viajar por sus tierras. Otra experiencia que le permitió demostrar la fuerza de su carácter ocurrió cuando logró ser el único superviviente de un grupo de mineros de plata, encontrándose congelados en montañas de California. Sus esfuerzos por sobrevivir recorriendo montañas acabaron con el padecimiento de una congelación profunda y teniendo que sufrir la amputación de un pie.

Volvió a Canadá a los veintiún años, cursó la carrera de Medicina en Montreal, ejerció un breve período como cirujano naval, y finalmente decidió especializarse en Psiquiatría. Completó su formación y prácticas en Londres y París. Vuelto a Canadá, se casó a los veintisiete años y tuvo ocho hijos. A los cuarenta años ocupó el cargo de jefe del Asilo Provincial de Enfermos Mentales en Londres, Ontario (Canadá), hasta su muerte en 1902, a los sesenta y cuatro años. Fue el creador y promotor de la terapia ocupacional.

El más famoso de sus libros publicados no trató de psiquiatría, sino de la experiencia de la espiritualidad: *Cosmic Consciousness. A Study in the Evolution of de Human Mind*. La cita que pongo al final procede de este libro, que superó sucesivas ediciones, y se basa en una experiencia suya de carácter místico. A partir de ella, decidió dedicarse principalmente a investigar este tipo de experiencias. En su libro, además de investigar experiencias espirituales de contemporáneos suyos, se detiene en un recorrido sobre experiencias de personajes como Jesús, San Pablo, Mahoma, Plotino, Dante, Buda y Ramakrisna. En la parte III del libro, Bucke sostiene como hipótesis que se acerca una nueva etapa del desarrollo humano, que él denomina “conciencia cósmica”, y que confía en que se extienda por toda la humanidad.

No son pocos los autores ilustres que reconocieron alguna influencia de Bucke sobre ellos, por ejemplo: Aldous Huxley, en su idea sobre la “filosofía perenne” y el importante maestro hindú Aurobindo. William James le presta atención en su obra *The Varieties of Religious Experience*.

Bucke reconoció la importante influencia que ejerció sobre él la filosofía de Augusto Comte, especialmente su teoría sobre las tres etapas de la humanidad: la teológica, la metafísica, y la científica. Comparte con Comte considerar la religión como la infancia de la raza humana. Aunque hay que tener en cuenta que Comte solo conocía una versión pueril de la religión. Bucke, en el marco de una cosmovisión atea, propone una “Religión del Hombre”, y una ética en la que se destaca como prioritario el altruismo. Un fragmento principal de su experiencia mística es el siguiente:

De súbito, sin aviso de tipo alguno, me encontré envuelto en una nube del

color de las llamas. Por un momento pensé que había fuego, una inmensa fogata en algún lugar cerca de la ciudad; más tarde pensé que el fuego estaba dentro de mí. Inmediatamente me sobrevino un sentimiento de alegría, de felicidad inmensa acompañada o seguida de una iluminación intelectual imposible de describir. Entre otras cosas, no llegué simplemente a creer, sino que vi que el universo no está compuesto de materia muerta, sino que por el contrario constituye una presencia viva; me hice así consciente de la vida eterna. No era la convicción de que alcanzaría la vida eterna, sino la consciencia de que ya la poseía; vi que todos los hombres son inmortales, que el orden cósmico es tal que, sin duda, todas las cosas trabajaban juntas para el bien de todas y cada una de ellas; que el principio básico del mundo, de todos los mundos, es el que llamamos amor; y que la felicidad de cada uno y de todos es, a largo plazo, absolutamente segura. La visión duró algunos segundos y desapareció, pero su recuerdo ha permanecido durante el cuarto de siglo que ha pasado desde entonces. (Bucke, cit. en James, 1986, p. 300)

Puede comprobarse aquí, no solo la implicación de *procesos emocionales*, por ejemplo “sentimiento de alegría, de felicidad inmensa...” sino también de los *procesos sensoriales*: una nube del color de llamas, una inmensa fogata, el fuego estaba dentro de mí, etc. Su experiencia reúne los requisitos que Martín Velasco incluía en su definición de experiencia mística, que cité antes.

Edith Stein



Se ha elegido a esta filósofa como representante de un posible *estilo de vivencia sana de personalidad segura*.

Nació el 12 de octubre de 1891 en el seno de una familia judía y fue la menor de once hermanos de los que cuatro murieron en la infancia. Tras trasladarse la familia a la ciudad de Breslau por razones económicas y para mantener el negocio maderero del padre, al poco tiempo este murió a los 48 años. Edith tenía un año y nueve meses. Posteriormente ella escribió en su autobiografía que pensaba que la profunda espiritualidad de su madre debió de ser la fuerza principal para sobrellevar

con fortaleza la experiencia de quedarse viuda a cargo de once hijos.

A partir de los trece años –tal como manifestó posteriormente en sus memorias– se vinculó al ateísmo, en el cual se mantuvo a lo largo de sus años de estudiante de la carrera de Filosofía. En el ambiente universitario destacó por la profundidad en la reflexión filosófica, por sus estudios de Historia y Psicología y su implicación y liderazgo del movimiento universitario feminista. Pronto experimentó el inicio de su vocación filosófica, siendo capaz de leer con gran interés la profunda obra de Edmund Husserl, *Investigaciones lógicas*, en dos tomos. Este filósofo, figura destacada el siglo XX como creador de la corriente fenomenológica, quedó sorprendido al enterarse de que su joven discípula hubiese podido leer y entender esta obra de difícil comprensión. Así se inició el interés en Husserl de convertir a Edith en su mejor discípula y colaboradora.

Desde el principio de su vida universitaria, Edith se integró también en grupos juveniles ideológicamente innovadores y con implicación de compromisos sociales. Se inició así su lucha por la promoción y defensa de los derechos de la mujer, entre otros el de poder ejercer la docencia universitaria.

Es oportuno destacar aquí tres de los sucesos que influyeron en que Edith Stein experimentase un *proceso de conversión desde el ateísmo a la fe cristiana católica*. En los tres aportaron una contribución importante los procesos sensoriales y emocionales.

En 1917 le llegó la triste noticia de que Adolf Reinach –el “hijo intelectual” de Husserl y gran amigo de Edith, entre los que formaban el unido grupo de los jóvenes filósofos fenomenólogos discípulos del maestro– había muerto en los campos de batalla de Flandes. Edith sabía muy bien la profunda compenetración afectiva que existía entre Reinach y su mujer. Fue a visitarla esperando encontrarla profundamente abatida. Quedó sorprendida a comprobar que, a pesar de su profunda pena, esta mujer mostraba ante todo una actitud esperanzada. Para Edith esto tiene el efecto de un “rayo luminoso salido de aquel escondido mundo” (*Theresia a Matre Dei*, 1992, p. 61). Ella pudo entonces intuir que la profunda fe religiosa de esta mujer en la resurrección, junto a su confianza en el amor divino, debía de ser la fuente de su fortaleza espiritual en medio de su profundo dolor.

Cuatro años después, en 1921, vivió quizá la experiencia que más influencia tuvo probablemente en su conversión al cristianismo. Se encontraba en verano pasando unas semanas en la casa de campo de sus amigos –también filósofos– el matrimonio Conrad-Martius. A esa casa acudían frecuentemente también los otros fenomenólogos discípulos de Husserl y buenos amigos entre ellos. Durante una noche en la que los esposos estaban fuera y Edith sola en la casa, encuentra un libro en la biblioteca, que resultó ser *La Vida de Teresa de Jesús* (escrito por ella misma). Se mantuvo toda la noche leyendo el libro hasta concluirlo y al acabar, se dijo a sí misma (según ella confesó más tarde): “Esto es la verdad”.

Resulta sorprendente que a una mujer tan intelectual y racional como esta filósofa, que a los veinte años había sido capaz de leer los dos densísimos tomos de

las *Investigaciones lógicas*, de Edmund Husserl, se sintiese tan atraída y admirada por esas páginas de santa Teresa de Jesús, en un lenguaje totalmente despreocupado y ajeno a toda precisión intelectual. Otra cosa es el de san Juan de la Cruz. Probablemente lo que le debió de impactar más fue la sensación de autenticidad respecto a las relaciones de santa Teresa con Dios. De hecho se cuenta otra anécdota que delata la impresión que a Edith Stein le producía una *manifestación religiosa que transparentase autenticidad y no formalismo*. En ocasión de realizar un viaje a una población para visitar unas obras de arte que se encontraban dentro de un templo, encontrándose en su interior con esa finalidad, observó a una mujer que entraba llevando un cesto de la compra y que se arrodillaba y permaneció un tiempo muy concentrada en actitud de orar. Stein comunicó tiempo después que el hecho de que se tratase de una acción religiosa espontánea, no situada en un acto colectivo obligado –que era lo que ella había conocido– le impresionó mucho. Entre las experiencias que según sus escritos autobiográficos mencionó como factores desencadenantes de su vinculación a la espiritualidad cristiana, a partir del ateísmo, señaló las dos siguientes:

- Su contemplación de la serenidad, en medio del dolor, que se traslucía en el rostro de su amiga la viuda de Adolph Reinach, tras la muerte de este en la primera guerra mundial.
- Y la sensación de autenticidad y de recogimiento espiritual, que percibió en aquella mujer sencilla, en un templo, con el cesto de la compra.

Fueron dos hechos en los que estuvo indudablemente implicada su *percepción sensorial con la mirada*, aparte de su inteligencia intuitiva. Por otra parte, el hecho de que el motivo de encontrarse Stein en dicho templo fuese para contemplar unas obras de arte, delata su *probable sensibilidad estética*.

Su conversión al cristianismo se consumó en 1921, cuando tenía treinta años. Edith decidió solicitar el bautismo en la Iglesia católica, aun sabiendo que con ello provocaría una tragedia familiar, sobre todo para su madre. Se obtuvo un misal católico y un catecismo de adultos y, para que no tuviese que esperar los meses que en estos casos se requieren como preparación para un bautismo de adultos, pidió que la examinasen en la parroquia católica de san Martín, en Bergzabern. El sacerdote quedó sorprendido por su buena preparación, por lo que se fijó el bautizo para el uno de enero del año siguiente. Le concedió el permiso para que fuese la madrina su amiga evangélica Conrad-Martius.

Rabindranath Tagore



Sir Rabindranath Tagore, que nació en Calcuta el 7 de mayo de 1861 y murió en Santiniketan el 7 de agosto de 1941, es conocido en Occidente sobre todo como poeta y por ser el primer indio al que se le concedió el Premio Nobel de Literatura en 1913. Pero además de poeta destacó, a lo largo de su vida, por otras facetas importantes de su vocación. Fue un filósofo de la educación con aportaciones innovadoras en este campo, siendo la principal su creación de lo que acabó siendo la Universidad mundial de Santiniketan. Fue un maestro admirado por niños y jóvenes. Escribió novelas, cuentos y obras de teatro. Su obra completa en bengalí ocupa 28 grandes volúmenes. Produjo una gran cantidad de pinturas. “Mi poesía es para mis paisanos; mis pinturas son mi regalo a Occidente”. Fue también autor de muchas canciones, dos de las cuales son actualmente himnos nacionales de Bangladesh e India: el *Amar Shonar Bangla* y el *Jana-Gana-Mana*.

Teniendo presente las características destacables de su vida y de su actitud empática y capacidad para las relaciones humanas con personas y grupos de variadas raíces culturales asiáticas y europeas, pienso que podemos considerarle como un ejemplo de *estilo sano de personalidad sociable*.

Nacido en una familia culta brahmánica, Rabindranath fue el menor de catorce hijos. Su hermano mayor Dwijendranath fue un destacado poeta y filósofo. Otro hermano, Satyendranath, fue el primer indio admitido por los ingleses en el Servicio Civil indio. Su hermano Jyotirindranath fue un reconocido compositor musical. Su hermana Swarna Kumari Devi llegó a ser una novelista muy valorada.

De su padre Debendranath afirmó que aunque lo podía ver pocas veces, “su presencia llenaba toda la casa”, y que ejerció una honda influencia sobre él, por ejemplo acompañándole en frecuentes viajes para que alcanzase un conocimiento profundo de la India, sus gentes, sus costumbres y sus paisajes. A los diecisiete años se trasladó a Inglaterra para iniciar sus estudios de Derecho en el *University*

College de Londres. Pero un año después, sin haber acabado la carrera, volvió a la India, habiendo llegado a la convicción de su importante vocación a la poesía y a la actividad educadora.

Se casó a los veintidós años y tuvo dos hijos y tres hijas. Pronto escribió una serie de obras que despertaron la atención del mundo literario hacia él. A los veintinueve años se implicó en la gestión de las propiedades familiares en Shelaidana, instalándose a vivir durante un tiempo en una casa-barco en el río Padwa. A partir de los cuarenta años se consagró en Santiniketan a su gran proyecto de una escuela experimental. Los alumnos se bañaban al surgir el sol, practicaban individualmente una oración bajo la sombra de un árbol, clases al aire libre, conferencias, cantos y representaciones teatrales, vinculación profunda con los compañeros y los profesores, y todo en vistas al mayor desarrollo posible de los potenciales singulares e irrepetibles de cada discípulo, con la convicción de que en todo hombre y mujer se encuentra la semilla de lo divino.

Se ayudaba, como algo importante, a que los alumnos ejercitasen una actitud contemplativa y admirativa ante los fenómenos de la naturaleza. El silencio de las noches, la grandiosidad y belleza de las estrellas, la salida y puesta del sol, etcétera: “Si de noche lloras por el sol, las lágrimas te impedirán ver las estrellas” es una de sus frases más citadas.

En 1913 –a los cincuenta y un años– se sorprende al saber que se le ha concedido el Premio Nobel de Literatura. Las traducciones de los escritos de Tagore estuvieron a cargo de ilustres literatos europeos: Juan Ramón Jiménez y su esposa Zenobia Camprubí lo tradujeron al español; André Gide, al francés; y Boris Pasternak, al ruso. En 1918 la escuela de Santiniketan se ha convertido en la “Universidad Mundial” celebrándose una solemne inauguración. Según Tagore las grandes aspiraciones a las que debería consagrarse todo ser humano eran la búsqueda de la verdad, la bondad y la belleza.

Él supo recoger –al margen de toda actitud fundamentalista– lo que consideró más valioso de las culturas de la India, y de su alma religiosa: el hinduismo; a la vez que supo integrar también aspectos de la civilización occidental, y especialmente, de la religiosidad cristiana, hacia la que mostró importantes simpatías.

La idea de que el servicio al Padre del Universo consiste en servir a los hijos del hombre ha penetrado tan profundamente en los países cristianos desde hace tanto tiempo, que este mensaje corre incluso por las venas de los que se declaran ateos. Ellos también piensan que es justo sufrir por los demás. ¿De qué planta es este fruto? ¿Quién produce esta savia? Respondiendo a esta pregunta, no puedo dejar de admitir que es el cristianismo (Tagore, 1997, p. 49).

El cristianismo ha tributado un gran honor al ser humano, porque aquel al que los cristianos adoran se ha unido a la condición humana haciéndose hombre él mismo. Por eso hemos podido observar que los verdaderos cristianos han dado a conocer en todos los países el amor a los hombres.

(Tagore, 1997, p. 74)

Tagore y Gandhi experimentaron una importante amistad, acompañada de admiración recíproca, a la vez que había aspectos de su estilo de vida y de sus proyectos en los que discrepaban. Gandhi consideraba que la confianza que Tagore tenía puesta en el poder humanizador de la Literatura era una esperanza irreal. Tagore veía con desagrado cierta actitud oculta de violencia y desprecio excesivo hacia los británicos y a la civilización y ciencia occidentales, por parte de Gandhi. Pero su ayuda y amor mutuo se mantuvo siempre.

Se citarán, a continuación, tres párrafos entresacados del libro sobre Gandhi de Robert Payne. El primero se refiere al día en el que Gandhi visitó la escuela de Santiniketan.

Gandhi regresó a Santiniketan y allí encontró a Rabindranath Tagore que le estaba esperando. El poeta había recibido el Premio Nobel hacía un par de años. Alto, de barba blanca, majestuoso, enamorado de la poesía y de la juventud, parecía contener en sí todas las cualidades legendarias que poseían los antiguos artistas indios. Sentía una gran admiración hacia Gandhi, aunque no por ello dejaba de mostrarse un tanto crítico. Se sentía algo molesto por el elemento de fanatismo que detectaba en Gandhi y cierta violencia e intemperancia de sus discursos. Su hermano Dwijendranath era menos crítico; estaba convencido de que el regreso de Gandhi a la India había sido ordenado por Dios. El poeta y el abogado revolucionario se sentían felices juntos, y paseaban por el campo cogidos del brazo, deteniéndose para hablar con los estudiantes y discutir el futuro de la India en términos que complacían a ambos. (Payne, 1971, p. 243)

En otro párrafo Payne se refiere al día en el que Gandhi inició su famosa huelga de hambre, como un elemento clave de su revolución no violenta.

En estas últimas horas Gandhi recibió un telegrama de Tagore diciendo que aprobaba el ayuno de todo corazón “en nombre de la unidad india y de su integridad social”, mientras Tagore oraba fervientemente para que el ayuno no llegara a alcanzar un extremo peligroso. A primera hora de la mañana Gandhi escribió a Tagore anunciándole que al mediodía entraría por las “ardientes puertas” y que esperaba su bendición, porque a la vez temía su condena. El telegrama de Tagore fue para Gandhi un gran alivio, pues consideraba al poeta como la conciencia del país. A partir de entonces ya no sintió más dudas. A las 11,00 hizo su última comida de jugo de limón y miel, y al mediodía tendido en su camastro y escuchando la hora que sonaba en el reloj de la cárcel, se preparó para la larga y agotadora batalla. Así transcurrió el día pacíficamente, mientras de vez en cuando, los doctores llegaban para examinarle, y lejos, en Santiniketan, Tagore, vestido con túnica negra para señalar la solemnidad de la ocasión, se dirigía a sus estudiantes y hablaba de la sombra producida por el eclipsado sol que oscurecía el rostro de la India y del mundo. Gandhi estaba de buen humor.

(Payne, 1971, pp. 371).

El tercero se refiere al final de la huelga de hambre y a la laboriosa formalización de un acuerdo entre Gandhi y las autoridades británicas. Tagore, consciente del peligro de que Gandhi no aceptase todas las cláusulas del acuerdo –que no habían sido redactadas por él sino por algunos colaboradores suyos destacados– quiso hacerse presente realizando un precipitado viaje.

Más tarde, aquella misma mañana, entró Rabindranath Tagore en el patio de la prisión después de haber atravesado apresuradamente toda la India para tomar asiento junto a su amigo. Estaba abrumado por la emoción, y ocultó el rostro en el pecho de Gandhi, permaneciendo en tal posición durante algún tiempo antes de hablar. Ya se había enterado de las noticias sobre el acuerdo del Gabinete. “He venido corriendo a causa de las buenas noticias –dijo–, y me alegro de haber llegado a tiempo”. Luego charlaron durante un rato, en voz muy baja, y finalmente viendo que Gandhi se hallaba muy débil, el poeta se retiró. Una vez más, Gandhi quedó a solas con sus pensamientos.

Poco después de las cuatro de la tarde, el coronel Doyle, inspector general de prisiones, entró en el patio con el tan esperado documento que colocó en las manos de Gandhi, diciendo que lo dejaba a su cuidado para que lo estudiase sin que nadie le molestara [...] Gandhi parecía inclinarse hacia la celebración de más conferencias, pero a nadie le pareció la idea muy favorable. Finalmente, dándose cuenta de que no había seguridad alguna de conseguir redactar un mejor acuerdo, y sabiendo que las ulteriores conferencias podrían producir aún más incomodidades de tipo político, Gandhi aceptó, aunque de muy mala gana, en suspender el ayuno. (Payne, 1971, p. 375)

Tuvo lugar a continuación una celebración solemne del final de ese ayuno en la que se expresaron oraciones y cantos. El principal fue el himno bengalí del *Gitanjali* de Tagore.

Cuando esté duro mi corazón y reseco, baja a mí como un chubasco de misericordia.

Cuando la gracia de la vida se me haya perdido, ven a mí con un estallido de canciones.

Cuando el tumulto del trabajo levante su ruido en todo, cerrándome el más allá, ven a mí, Señor del silencio, con tu paz y tu sosiego.

Cuando mi pordiosero corazón esté acurrucado cobardemente en un rincón, rompe tú mi puerta, Rey mío, y entra en mí con la ceremonia de un Rey.

Cuando el deseo ciegue mi entendimiento con polvo y engaño, ¡vigilante santo, ven con tu trueno y tu resplandor! (Tagore, 1983, pp. 109s.)

La lectura atenta de sus poesías delata la vivencia de una elevada capacidad de *escucha interior* en Tagore, y de su *profunda actitud contemplativa y admirativa*. Aunque esto se percibe en todos sus escritos, lo he experimentado de una forma

especial leyendo algunos de los traducidos al castellano por Zenobia Camprubí, esposa del famoso poeta Juan Ramón Jiménez, que también había obtenido el Premio Nobel de Literatura. Por ejemplo, las colecciones de poesías tituladas *El jardinero* (poemas de amor humano) y *Ofrenda lírica* (poemas de amor místico). En este poeta y sabio educador podemos ver cómo su profunda capacidad de escucha interior no está reñida con la profunda capacidad de escucha de los otros (fue un representante de la corriente del hinduismo interesada en contribuir a la integración del mensaje espiritual cristiano) y de la acción liberadora.

Esta celebración que protagonizó Tagore en ocasión de la huelga de hambre de Gandhi, en la que se recitó y cantó este himno, lo considero una experiencia colectiva de espiritualidad de tipo sacramental, es decir, una *celebración ritual de una experiencia cumbre*.

Aparte de la variedad de experiencias emocionales implicadas en este acontecimiento, basta leer la oración poética –en el marco de un hinduismo teísta– para darse cuenta de la variada implicación en ella de *procesos sensoriales*. Esto se hace patente también en otras de las muchas plegarias poéticas que publicó, entre las que se destacan las de su libro *Ofrenda lírica*. Recojamos otro ejemplo:

Permite, Dios mío, que mis sentidos se dilaten sin fin, en una salutación a Ti.
y toquen este mundo a tus pies.

Como una nube baja de julio, cargada de chubascos,
permite que mi entendimiento se postre a tu puerta, en una salutación a Ti.
Que todas mis canciones unan su acento diverso en una sola corriente, y
se derramen en el mar del silencio, en una salutación a Ti.

Como una bandada de cigüeñas que vuelan, día y noche, nostálgicas de
sus nidos de la montaña, permite, Dios mío, que toda mi vida emprenda
su vuelo a su hogar eterno, en una salutación a Ti. (Tagore, 1998, p. 140)
En su vida tampoco faltaron experiencias propiamente *místicas*, según
constan en sus escritos autobiográficos, cuya primera manifestación tuvo
lugar cuando tenía dieciocho años. En su descripción, lo sensorial está
muy presente:

Cuando tenía dieciocho años, rozó por primera vez mi vida una súbita brisa
de sentimiento religioso, y se fue dejando en mí un mensaje directo de la
realidad espiritual. Cierta día, en tanto contemplaba al alba la salida del
sol, que enviaba *sus primeros rayos de luz por detrás de los árboles*, sentí
de repente como si una *antigua niebla* se hubiese disipado sobre la faz
del mundo, revelándome un íntimo fulgor de gozo. El telón invisible del
lugar común se había apartado de todas las cosas y de todos los hombres
y su último significado se definió en mi mente como una identificación de
la belleza. Lo memorable de esa experiencia fue su mensaje humano, la
súbita expansión de mi conciencia en el mundo suprapersonal del hombre.
En aquél día de mi asombro escribí un poema, “El despertar de *la cascada*”.
La cascada, cuyo espíritu permanecía dormido en glacial aislamiento,

recibe el contacto del sol y estalla en un arrebató de libertad, encontrando su finalidad en un sacrificio infinito, en una unión continua con el mar. A los cuatro días aquella visión se había disipado y mis párpados volvieron a cerrarse sobre la mirada interior. En la sombra, el mundo volvió a enmascararse, confundiéndose con las sombras de un hecho cualquiera (Tagore, 2003, pp. 354s.).

Yibrán Jalil Yibrán, que en la transcripción inglesa es más conocido por Khalil Gibran.



Nació en 1883 en un pueblo del Líbano en una familia humilde vinculada a la Iglesia cristiana maronita, que desde el siglo XII se unió con la Iglesia romana. En sus celebraciones litúrgicas utilizan la lengua aramea, que fue la de Jesucristo. En su educación fue importante la influencia de su abuelo materno para el cultivo de la literatura y la pintura, que constituyeron pronto dos capítulos principales de su vocación artística.

A los once años –con sus padres y sus tres hermanos– se trasladó a Boston, donde cultivó la lengua inglesa, con la escribiría sus famosas novelas. A la edad de 15 años volvió al Líbano, donde recuperó la lengua árabe y aprendió el francés. Vuelto a Boston logró destacar por sus pinturas, que se exhibieron en exposiciones de varios países de América y Europa. Publicó *El Profeta*, libro que fue acogido con éxito y muy difundido a pesar de que los críticos literarios no lo valoraron. Antes de publicar *El profeta* –cuyas imágenes también eran obra suya– había publicado *El loco*, y *El precursor*. No logró un claro reconocimiento social hasta cumplir 42 años, seis antes de su muerte.

Muchos escritos abordan la experiencia religiosa y mística, en los que conver-

gen el cristianismo, el islam (mística sufí), el judaísmo y la teosofía. Fue partidario y defensor de destacar los fundamentos comunes de las religiones. Se comprende que llegase a sentir especial simpatía hacia Abdul-Bahá, creador del bahaísmo, que defendía la unión de las grandes religiones.

Tanto a partir de sus escritos, sus viajes, sus abundantes relaciones humanas, especialmente con artistas, su gran cordialidad en el trato con personas de diferentes cosmovisiones y su amistad con Abdul-Bahá, el líder del bahaísmo, que buscaba lograr la unión entre las religiones, son aspectos de su vida que conducen a atribuirle como probable un *estilo de personalidad sociable*, y una *espiritualidad que podría considerarse integradora humanista*, dada la combinación en ella de cristianismo, mística islámica sufí, judaísmo, bahaísmo, teosofía y, probablemente, agnosticismo.

Escribió, por ejemplo

Ustedes son mis hermanos y los amo. Los amo cuando se postran en sus mezquitas, se arrodillan en sus iglesias y oran en sus sinagogas. Ustedes y yo somos hijos de una sola fe: el espíritu. (“Yibrán Jalil Yibrán”, 2020)

Aunque la obra más conocida de él es *El Profeta* publicó alrededor de 30 libros –novelas o poesías-, algunas pueden considerarse poesías filosóficas, y también escritos de espiritualidad religiosa.

De las cuatro áreas de la espiritualidad, en él parece correcto destacar *la espiritualidad en el trabajo* artístico (poético y pictórico), literario, político-social. Un ejemplo, como señal de su vivencia de esta espiritualidad puede ser la siguiente poesía que expresaban vivencias muy importantes de su experiencia vital.

Cuando trabajáis, sois una flauta a través de la cual se transforma en melodía el murmullo de las horas. ¿Quién de vosotros querría ser una caña muda y sorda mientras que todo canta al unísono? [...] Yo os digo que cuando trabajáis estáis realizando una parte del más ambicioso sueño de la tierra, desempeñando así una misión que os fue asignada cuando nació ese sueño. (Khalin Gibran, 1976, p. 35s.)

Mata Amritanandamayi, conocida por sus discípulos como Amma (la Madre)



A esta mujer gurú del Hinduismo, y con experiencias de espiritualidad profunda tanto horizontales como verticales, se la incluye aquí, desde el punto de vista psicológico, como representante probable del estilo de *personalidad cooperadora*.

A diferencia de la mayoría de los gurús hindúes, muy concentrados en la vivencia y enseñanza de formas de meditación en sus *ashrams*, pero más bien despreocupados de tomar iniciativas y contribuir en una transformación humanizadora de las estructuras sociales y, mientras tanto, en muestras de una solidaridad y apoyo respecto a los abandonados en sus derechos, a Amma no se le puede achacar esta actitud pasiva.

Ha logrado contribuir, como líder de una espiritualidad hindú, a la conjugación de las vivencias de meditación, u oración, o incluso místicas, con una sorprendente capacidad para la promoción y creación de numerosas obras de interés social. Entre sus obras humanitarias podemos destacar la construcción de unos 100.000 hogares para pobres, orfanatos, hospitales, hospicios, planes de pensiones para viudas, centros de Sida, hogares de pensionistas, etc. En los Estados Unidos ha promovido muchos centros de los allí denominados “Mother kitchen” o “Vegetarian soup-kitchen”, en los que con la ayuda de voluntarios se preparan y sirven comidas para los necesitados. Entre los sucesivos donativos que ha logrado promover está el de un millón de dólares para la Fundación Huracán Katrina Bush-Clinton.

Amma nació en 1953 en un pequeño pueblo de la India cerca de Kollan, en Kerala. Desde su primera infancia manifestó una especial afición hacia la meditación y a componer cantos religiosos a Krishna. Extraigo unos párrafos de Wikipedia:

Tuvo que abandonar la escuela, a pesar de haber dado muestras de una gran inteligencia. Sudhamani cuidó de su hermano y hermanas, de sus padres y también se hizo cargo de la vaquería familiar. Aunque su trabajo diario

acabara a media noche, Sudhamani dedicaba el resto de la noche a meditar, a cantar y a rezar a Dios, en lugar de irse a dormir.

Otra cualidad que se manifestaba claramente en Sudhamani desde temprana edad, era su amor y compasión hacia los otros seres humanos. Visitaba a menudo otras viviendas del vecindario en busca de pieles de tapioca para las vacas de su familia. En estas viviendas escuchaba pacientemente muchas historias de dolor, especialmente de los ancianos quienes se lamentaban de la falta de atención, e incluso del maltrato que recibían de sus hijos y nietos, una vez que éstos se independizaban. Esto creó en Sudhamani un gran deseo de ayudar a las personas a liberarse de su pesar y dolor. Aunque sólo era una niña, hacía todo lo posible por aliviar el sufrimiento de sus vecinos. Ella los atendía lavando sus ropas, bañándolos, e incluso llevándoles comida desde su casa. Este hábito de regalar cosas procedentes de su casa familiar, además de causarle grandes problemas, fue la causa de que fuera severamente castigada. Sin embargo, ningún castigo pudo impedir que siguiera realizando todo tipo de acciones caritativas en su vecindario. Cuando Sudhamani alcanzó su adolescencia comenzó a experimentar frecuentes estados de éxtasis espiritual. A menudo danzaba y cantaba totalmente abstraída del mundo, en lo que se ha descrito como un estado de profunda unión mística con Dios. Los miembros de su familia y muchos de sus vecinos eran incapaces de comprender estos estados. Como su comportamiento no era el normal de una chica de su edad, empezaron a acosarla de múltiples maneras. Finalmente, fue forzada a abandonar su casa, a procurarse la vida por sus propios medios y a vivir a la intemperie. (“Mata Amritanandamayi”, 2020)

En sus viajes y encuentros multitudinarios a numerosos países (muchos de ellos también en España) se han hecho famosos aquellos encuentros o ceremonias rituales en los que su momento principal son los sucesivos abrazos que Amma da a los participantes. Esta ocasión puede percibirse como un ejemplo de lo que en filosofía de la religión se entiende como “sacramentos”, entendidos como *acciones simbólicas en las que se realiza lo que se simboliza*. En la actualidad se le atribuye haber realizado sus abrazos profundos a más de 35.000.000 de personas. Entre las cuatro áreas que diversifico para la espiritualidad estos encuentros se refieren a las *celebraciones rituales de experiencias culminantes*.

Comentando la experiencia de un encuentro de Amma en Valencia, se ha dicho:

Así, abrazar a la gente es la imagen vivible de una enorme labor humanitaria que no se limita a la India. Hay 40 comedores sociales dando rancho a 150.000 habitantes del país más rico: Estados Unidos. Cuando el terremoto barrió la costa de Fukushima, Amma envió fondos a Japón. Y su presencia se hace notar en cualquier desgracia, desde el tsunami del Océano Índico en 2004, al temblor de Haití o el último tifón en Filipinas. Por su país se despliegan universidades y hospitales de primer nivel.

Sus encuentros con abrazos pueden durar más de doce horas. Así ha ocurrido en sus treinta años de giras mundiales.

Su espiritualidad se manifiesta claramente en las cuatro áreas en que propuse diferenciarlas: *la meditación u oración, las celebraciones rituales de experiencias culminantes, las experiencias comunitarias y el trabajo.*

Cuando en el año 2015 se celebró en el Vaticano, convocada por el obispo de Roma –Papa Francisco– la ceremonia de la firma de una Declaración Universal de líderes religiosos contra la esclavitud, también participó y firmó Amma, juntamente con Justin Welby, arzobispo de Canterbury y líder de la Iglesia Anglicana, el maestro budista Thich Nhat Hahn (Thay), al que ha representado la venerable Bhikkhuni Thich Nu Chên Không, Mohamed Ahmed el-Tayeb, Gran Imán de Egipto, el rabino jefe David Rosen, KSG, CBE, su Santidad el Patriarca Ecuménico Bartolomé (representado por su Eminencia Emmanuel, metropolitano de Francia) de la Iglesia cristiana Ortodoxa, y otras autoridades más de diferentes tradiciones religiosas. Amma tuvo la oportunidad de pronunciar un discurso. Sus últimas palabras fueron (según señala wikipedia):

La mente humana ha creado muchas divisiones en forma de religión, casta, idiomas y fronteras internacionales. Debeos tender un puente de amor puro que todo lo abarque para romper esos muros de creación propia. (“Mata Amritanandamayi”, 2020)

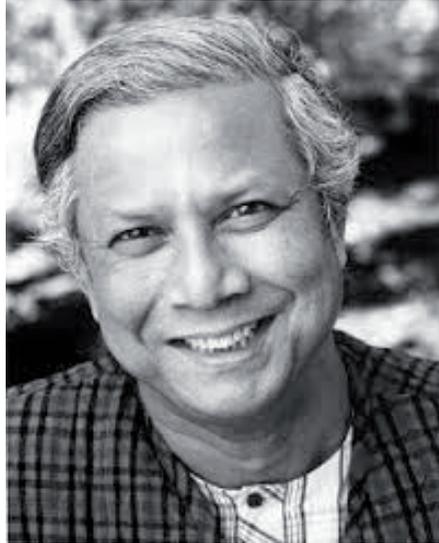
La *contribución de los procesos sensoriales y emocionales* se hace patente –además de en sus citados encuentros multitudinarios con sus famosos abrazos– a través de sus numerosas obras solidarias nacidas a partir de saber *contemplar con sus ojos, escuchar con sus oídos y tocar con sus manos*, a múltiples personas, con hambre, con sed, sin techo, sin apoyos económicos, sin tener atendido su derecho al cuidado de su salud, a la educación, a la utilización de sus aptitudes personales en lo laboral, etc.

Siendo muy diferente en su trayectoria vital y en sus obras, el punto de partida de su espiritualidad solidaria tiene importantes coincidencias con el de Muhammad Yunus, el creador de la Banca Ética. Se comprende que este bangladeshí afirmase de Amma: “Ha hecho más que muchos gobiernos por sus ciudadanos”.

A Amma no le han faltado importantes reconocimientos internacionales

- En 1993 fue elegida como una de las tres representantes del Hinduismo en el Parlamento de las Religiones del mundo celebrado en Chicago.
- En 1995, en las celebraciones ecuménicas en Nueva York para conmemorar el cincuenta aniversario de las Naciones Unidas, fue invitada a exponer su discurso.
- En el año 2002 la ONU le concedió el Premio Gandhi King a la no violencia.
- En octubre de ese mismo año fue la encargada de clausurar con un discurso el Parlamento Mundial de las Religiones que tuvo lugar en el *Forum* de Barcelona.

Muhammad Yunus



Se desconoce la cosmovisión, sea religiosa o sea atea, de la que este ilustre economista de Bangladesh, premio Nobel de la Paz, pueda ser un representante. Se ha seleccionado también como representante del estilo de vida sano de probable *personalidad sensitiva* (Millon), por la trayectoria de su vida y la espiritualidad (transpersonal horizontal) implicada en su gran proyecto de la Banca Ética. Por sus raíces podría ser un musulmán, aunque en ninguno de los dos libros que he leído sobre sus experiencias de antes, durante y después de haber creado el *Grameen Bank* (la primera Banca Ética), nunca hace alusión a ello. Por otra parte, consta que en casi todos los países musulmanes, si alguno de sus habitantes decide desvincularse del Islam y pasarse al agnosticismo, o al ateísmo, o bien a otra cosmovisión religiosa como p.e. el Cristianismo, el Hinduismo, o el Budismo, no tiene libertad para darlo a conocer. En el caso de que lo revelase, puede acabar en la cárcel, o incluso ser condenado a la pena capital. En su carnet de identidad debe constar su carácter de creyente musulmán ¿Se encuentra Yunus en alguna de esas situaciones? El autor del escrito lo desconoce. En una entrevista y preguntado sobre cuál era su religión, respondió: “Mi religión es la solidaridad”

Pero para el autor de este escrito es indudable que la forma en que en su vida se ha consagrado a la lucha contra la pobreza, a través del *Grameen Bank*, y de todas las instituciones que de él se han derivado, lo percibo no solo como un admirable testimonio de solidaridad y promoción de la justicia social, como valor ético. Lo percibo, además, como una *profunda vivencia de espiritualidad, en el área de las experiencias comunitarias, y también del trabajo profesional*, como docente e investigador en la Ciencia de la Economía Política.

Al mismo tiempo, resulta evidente la importante contribución de los *procesos sensoriales como desencadenantes de la creación de su valiosa institución*.

Yunus dejó claro, en sus dos libros autobiográficos, la influencia que ejerció sobre él para tomar su decisión, el hecho de *contemplar con sus ojos*, al salir cada día de la Facultad Universitaria, los abundantes testimonios de personas que vivían en la miseria. Y también *al escucharlas con empatía* tras acercarse a ellas, para que pudieran comunicarle los insuperables obstáculos con los que se encontraban, para liberarse de los graves abusos de los usureros, y poder obtener unos modestos créditos que les permitiesen llevar a cabo alguna obra artesanal en la que fuesen expertos, y lograr una autonomía económica.

Repitiendo aquí algunas páginas de lo que escribió el autor sobre él en su libro *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida*, en el capítulo 12° dedicado a la *Solidaridad para la Justicia*:

En los últimos decenios, el máximo logro de la lucha por la justicia contra el problema del hambre en el mundo ha sido, a mi juicio, la creación del Banco Grameen por parte del economista de Bangladesh, Muhammad Yunus. En 1976 Muhammad Yunus, que se había formado en Oxford, y que había ejercido como profesor de Universidad en los Estados Unidos y posteriormente en Bangladesh, decidió, recién conseguida la independencia de este país, abandonar su puesto docente universitario y consagrarse al trabajo de eliminar la pobreza del mayor número posible de personas e inició un proyecto motivado por su gran esperanza de poder contribuir a erradicar la grave injusticia del hambre de millones de personas.

Yo me impliqué en el problema de la pobreza no como político ni como investigador, sino porque era algo que estaba a mi alrededor, por todas partes, y de lo que no podía apartar la vista sin más. En 1974, me di cuenta de lo difícil que resultaba enseñar elegantes teorías económicas en las aulas universitarias en el contexto de la terrible hambruna que estaba padeciendo Bangladesh en aquél momento. De pronto, sentí la vacuidad de aquellas teorías ante semejante situación de hambre y pobreza. Quería hacer algo inmediato para ayudar a la gente que me rodeaba –aunque fuera sólo a una persona– a superar un día más con un poco menos de dificultad. Eso me encaró directamente con la tremenda odisea que tienen que pasar las personas pobres para hallar hasta las más nimias cantidades de dinero con el que ganarse la vida. Me asombré de ver cómo una mujer del pueblo tomaba prestado menos de un dólar del prestamista local a condición de que éste se quedase con el derecho en exclusiva a comprar todo lo que ella produjera al precio que él decidiera. Aquello, para mí, no era más que un modo de reclutamiento de mano de obra esclava. (Yunus, 2008, p. 285s.) Repetiré a continuación el contenido de las páginas en las que resumí –en mi libro *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una Ética desde la Psicología* (Rosal, 2003) –, logros de los que pude informarme a través de su libro *Hacia un mundo sin pobreza* (Yunus, 1998).

Después de 25 años ha conseguido:

- Crear un banco que sólo presta microcréditos, sin avales, a los absolutamente pobres.
- El 94% de los clientes son grupos de cinco mujeres.
- En 1998 había ya conseguido que 2 millones de familias dejen de vivir en la miseria y vivan dignamente en actividades autónomas generalmente artesanales.
- Recupera el 95% de lo que presta, con porcentaje claramente superior al de los mejores bancos.
- Tiene como meta alcanzar en el 2.005 a 100 millones de las más pobres familias, consiguiendo que se liberen de su miseria a base de los microcréditos que les permitan crear pequeños negocios por los que consigan vivir con dignidad.
- Los pobres a quienes ofrece los microcréditos aportan semanalmente, desde la primera semana, la fracción de dinero correspondiente en concepto de intereses y devolución. No hay nada de actitud sobreprotectora.
- El personal de los bancos trabaja más en la calle, en los campos, que en oficinas, reuniéndose semanalmente con unos diez grupos de cinco personas –generalmente mujeres– para recibir la aportación pactada y para inspeccionar la marcha de los negocios.
- Yunus y su equipo actúan muy desde la confianza en las capacidades de los pobres. Nada de sobreprotección ni de “posición de Salvador” (en el sentido que le da el modelo analítico-transaccional de exceso de sobreprotección). Considera sobreprotección la forma de entender en Occidente la llamada sociedad de bienestar, al menos tal como se aplica en la práctica.
- Ha rechazado recibir préstamos oficiales, o del Banco Mundial que impliquen intereses, aunque sean en muy buenas condiciones. No quiere verse obligado a mendigar, pasados los años, la condonación de la deuda. Considera que tal como funcionan instituciones como el Banco Mundial, aunque las intenciones sean buenas, el dinero va desapareciendo en sueldos superfluos de funcionarios, reuniones, hoteles, viajes, etc. y el poco dinero que va a parar a los necesitados, llega ya tarde.
- Yunus piensa que es muy posible, con su procedimiento, hacer desaparecer la miseria de los mil trescientos millones de personas que viven bajo el umbral de la pobreza en el mundo.
- Él y sus colaboradores gastan muchas horas en convencer a los nuevos sucesivos clientes del banco –siempre muy pobres– para que adquieran confianza en sus capacidades para crear negocios y espabilarse para salir de la miseria.
- Me da la impresión de que Yunus ha conseguido, en pocos años, eliminar la miseria de más pobres que todas las instituciones oficiales o privadas juntas de todo el planeta.
- Ha comprobado que el costo medio de la creación de un empleo indepen-

diente –que es lo que él promueve– es diez, veinte o cien veces más bajo que el de un empleo asalariado.

- Los horarios de estos trabajadores son flexibles y se pueden adaptar a la situación familiar.
- Sostiene que “los pobres con buena salud no necesitan de la caridad. Los subsidios de desempleo sólo aumentan su desamparo; los privan de iniciativa y dignidad” (Yunus, 1998, p.253).
- Según Yunus, en general, El sector público no ha cumplido con su rol, o cuando menos ha perdido fuerza a pesar de todos nuestros esfuerzos. Ha sido diezmado por la burocratización, a golpes de subsidios, protección económica y política, la economía y la falta de transparencia. Hoy es el reino de la corrupción. Las buenas intenciones del comienzo se desvanecieron en el camino (Yunus, 1998, p. 253).
- Yunus está en desacuerdo tanto con la sobreprotección estatal como con las iniciativas privadas inspiradas en la codicia que han malogrado la economía de mercado. Él ha practicado una solución original que ha tenido resultados positivos evidentes.
- Los resultados positivos que ha tenido, durante veinticinco años, el Banco Grameen creado por Yunus, han contradicho los pronósticos de casi todos los economistas, políticos y banqueros –fuesen de izquierdas o de derechas– que le vaticinaron que fracasaría.
- Actualmente personalidades destacadas de la política, la economía y la banca se han empezado a interesar en serio por la iniciativa de Yunus.
- Casi sin pretenderlo, su obra ha tenido notables efectos políticos. La población femenina que nunca se permitía votar ya supone mayoría al hacerlo. Ya hay mujeres aldeanas de sus grupos de prestatarias implicadas en la vida política como diputadas en diferentes partidos. El partido fundamentalista ha dejado de ser el mayoritario en el Parlamento de Bangladesh, etc.

En Muhammad Yunus encuentra el autor de este escrito un modelo admirable de hombre esperanzado a la vez que realista, e independiente respecto a las modas ideológicas y presiones de autoridades científicas y del ambiente.

Los datos numéricos indicados corresponden al año 1998 en el que se publicó su libro *Hacia un mundo sin pobreza*. Pero si consultamos una obra posterior con un título muy parecido: *Un mundo sin pobreza. Las empresas sociales y el futuro del capitalismo* (2008), los datos han aumentado de forma espectacular. En 2008, treinta años después de la creación del Banco *Grameen*, los llamados “microcréditos” se han implantado en todos los continentes y han beneficiado a más de diez millones de familias. Pero Yunus aspira a llegar a muchas más. Veamos unos párrafos de su discurso titulado *La pobreza constituye una amenaza para la paz*, que pronunció en Oslo, el 10 de diciembre de 2006, cuando recibió el Premio Nobel de la Paz.

En la actualidad el Banco *Grameen* concede préstamos a casi 7 millones

de personas pobres –de las que el 97% son mujeres– de 73.000 localidades rurales de Bangladesh. Concretamente, otorga préstamos sin necesidad de aval a familias pobres para que éstas los destinen a la generación de ingresos o renta, a sus necesidades de vivienda, a la educación o a la constitución de microempresas, y ofrece, además, una gran variedad de productos de ahorro, fondos de pensiones y seguros para sus miembros. Desde su introducción en 1984, los préstamos para vivienda, han sido empleados para la construcción de 640.000 casas. La propiedad legal de esas viviendas corresponde a las propias mujeres prestatarias. Nos centramos en las mujeres porque nos dimos cuenta de que los préstamos que se daban a éstas siempre redundaban en mayores beneficios para las familias en su conjunto. El banco ha concedido préstamos por un importe acumulado de unos 6.000 millones de dólares estadounidenses. La tasa de reembolso es del 99%. El Banco *Grameen* arroja beneficios año tras año sin falta. En el plano financiero, ha adquirido plena independencia y, desde 1995, no acepta dinero procedente de donaciones. Los depósitos y los recursos propios del Banco *Grameen* ascienden actualmente a un 143% del importe total de los préstamos pendientes de pago. Según un estudio interno del propio banco, el 58% de nuestras prestatarias y prestatarios han superado ya el umbral de la pobreza. (Yunus, 2008, p. 286s.)

El proyecto de Muhammad Yunus, cuando al principio él quiso escuchar la opinión de autoridades de la vida económica y política internacional, fue considerado como algo irrealizable. Tanto los economistas o políticos de línea liberal como los de corriente socialista le trataron de disuadir.

Contra todos estos pronósticos el resultado ha sido sorprendentemente positivo. Por ello pienso que es justificado considerarlo una revolución no violenta en el mundo de la Economía, y una fuente de inspiración para otros.

Mientras tanto, en Bangladesh se ha logrado ya que un 80% de familias pobres se beneficien de los microcréditos y se espera que se lleguen pronto a beneficiar el 100% de esas familias.

André Comte-Sponville



Se puede considerar a este filósofo francés contemporáneo un representante típico de “una espiritualidad sin Dios” (tal como señala en el subtítulo de su libro *El alma del ateísmo*).

Al mismo tiempo el autor del artículo se permite la hipótesis de atribuirle un probable estilo de *personalidad respetuosa* (tal como Millón entiende este término). El hecho de que su espiritualidad –en el marco de una cosmovisión atea– no le impida mostrar explícitamente su respeto e integración en su vida de los valores éticos de la tradición judeo-cristiana, muestra la vivencia de una espiritualidad sin Dios integradora de elementos procedentes de cosmovisiones religiosas. Recojamos un párrafo significativo en este sentido

Comienzo por el recuerdo menos antiguo. Sucedió hace una quincena de años, en Salzburgo, Austria, durante un coloquio interdisciplinario que giraba en torno a la evolución de nuestras sociedades. [...] Mantuve, sobre el tema que nos ocupaba, y sin ocultar mi ateísmo, una postura de lo que concierne a lo que actualmente llamo “fidelidad”: cité a Montaigne y a Rousseau, a Kant y Wittgenstein, aunque también, y esto sorprendió más, tal o cual pasaje del Antiguo y el Nuevo Testamento, que comenté a mi manera apoyándome a veces en Tomás de Aquino, Pascal o Kierkegaard... Jean Boissonnat, sorprendido por semejante orientación, que consideraba singular en el panorama intelectual francés, me dijo: “En definitiva, señor Comte-Sponville, ¿usted es un ateo cristiano!”. La fórmula me pareció excesivamente paradójica, e incluso contradictoria, como para poder aceptarla: “Un cristiano cree en Dios –le respondí-, y este no es mi caso. No soy cristiano. Pero soy, o intento ser, un ateo fiel...”. Era la primera vez, si no me falla la memoria, que utilizaba la expresión (Comte-Sponville, 2006, p. 48).

Posteriormente a este suceso, un amigo suyo le declaró: “Tú podrías llamarte

cristiano ateo”, o “ateo cristiano”.

No tiene inconveniente en mostrarnos su coincidencia con afirmaciones de filósofos cristianos clásicos, de la Edad Antigua y de la Edad Media, como San Agustín, y Tomás de Aquino, hacia los que muestra su simpatía. Por ejemplo, en este párrafo: el Doctor Angélico [Tomás de Aquino] dice lo mismo que san Agustín: en el Reino de los Cielos, ya no habrá ni fe ni esperanza (“ni una ni otra pueden existir entre los bienaventurados”); sólo habrá caridad, sólo habrá amor. Pero añade una frase sorprendente, que nunca leí en san Agustín, ni en ningún otro lado, y que debo confesar que me impresionó fuertemente cuando la descubrí. Con toda tranquilidad, escribe santo Tomás: “En Cristo se dio una caridad perfecta; sin embargo, no se dieron ni la fe ni la esperanza”. [...]

Lo que me concierne y me ilumina, tanto en la frase de santo Tomás como ya en san Agustín y san Pablo, es que el amor se considere más alto –sí, a la vez más divino y más humano– que la fe y la esperanza. (Comte-Sponville, 2006, p. 73ss.)

Esta búsqueda de contenidos de un denominador común entre unas creencias ateas y otras religiosas, y de una relación respetuosa con los vinculados a espiritualidades religiosas, es una característica de la forma de vivir el ateísmo este filósofo francés, que me recuerda el testimonio semejante de Eric Fromm.

Actitud muy alejada del estilo hostil y despreciativo con que en nuestro país se han caracterizado con frecuencia –por ambas partes– las relaciones entre los ateos y los vinculados a cosmovisiones religiosas, en especial el cristianismo. Puede verse aquí una muestra clara de la vivencia de la espiritualidad por una persona con un *estilo sano de personalidad respetuosa*.

Este filósofo subraya la compatibilidad entre su posición de ateo con la posibilidad de experimentar la espiritualidad. “Que yo no crea en Dios no me impide poseer una espiritualidad ni me dispensa de servirme de ella”. Sobre ella afirma:

Es el aspecto más noble del hombre, o más bien su función más elevada, que nos convierte en algo distinto de las bestias, más y mejor que los animales que también somos [...]

Somos seres finitos abiertos a lo infinito, decía en mi segundo capítulo. Puedo añadir: seres efímeros abiertos a la eternidad; seres relativos abiertos al absoluto.

Esta apertura es el espíritu mismo. La metafísica consiste en pensarla; la espiritualidad, en experimentarla, ejercerla, vivirla. (Comte-Sponville, 2006, pp. 143 y 145)

Pero Comte-Sponville no sólo defiende su derecho a experimentar una “espiritualidad sin Dios”, él ofrece también el testimonio de haber vivido experiencias que reúnen las características de lo que se entiende por “experiencias místicas” dada su intensidad.

Sí, yo he vivido eso [se refiere al “sentimiento oceánico” según una expresión de Romain Rolland]

Y nunca experimenté luego nada más intenso, ni más deleitoso, ni más perturbador, ni más tranquilizador. ¿Un Éxtasis? Yo no utilizaría esta palabra: ya no había un afuera al que salir. Más bien una éxtasis: la experiencia de una interioridad (pero que me contiene y que yo no contengo) de una inmanencia, de una unidad, de una inmersión, de un adentro. (Comte-Sponville, 2006, p. 163)

Atendamos a unos párrafos de su narración de la primera de estas experiencias místicas. En ellos se han puesto en cursiva sus palabras cuando implican una percepción sensorial visual o auditiva o táctil para mostrar también aquí la contribución *de factores sensoriales en una experiencia de espiritualidad*. Sobre la implicación de lo emocional no es preciso buscar las palabras. Queda patente en el conjunto de su vivencia y en lo que describe como sus consecuencias

La primera vez sucedió en un bosque del norte de Francia. Tenía 25 o 26 años. Daba clases de filosofía –era mi primer empleo– en el instituto de una ciudad muy pequeña, perdida entre campos, al borde de un canal, no lejos de Bélgica. Esa noche, después de cenar, salí a pasear con algunos amigos por ese bosque al que amábamos. Estaba oscuro. Caminábamos. Poco a poco, las risas se apagaron; las palabras escaseaban. Quedaba la amistad, la confianza, la presencia compartida, la dulzura de esa noche y de todo... no pensaba en nada. *Miraba. Escuchaba. Rodeado por la oscuridad del sotobosque. La asombrosa luminosidad del cielo. El silencio ruidoso del bosque: algunos crujidos de las ramas, algunos gritos de animales, el ruido más sordo de nuestros pasos... Todo eso hacía que el silencio fuera más audible. Y de pronto... ¿Qué? ¡Nada! Es decir, ¡todo! Ningún discurso. Ningún sentido. Ninguna interrogación. Sólo una sorpresa. Sólo una evidencia. Sólo una felicidad que parecía infinita. Sólo una paz que parecía eterna. El cielo estrellado sobre mi cabeza, inmenso, insondable, luminoso, y ninguna otra cosa en mí que ese cielo, del que yo formaba parte, ninguna otra cosa en mí que ese silencio, que esa luz, como una vibración feliz, como una alegría sin sujeto, sin objeto (sin otro objeto que todo, sin otro sujeto que ella misma), ¡ninguna otra cosa en mí, en la noche oscura, que la presencia deslumbrante de todo! Paz. Una paz inmensa. Simplicidad. Serenidad. Alegría.* (Comte-Sponville, 2006, p. 163s.)

Juan de la Cruz



Juan de Yepes, más conocido como San Juan de la Cruz, místico y poeta, nació en Fontiveros (Ávila), en 1542, en el seno de una familia trabajadora, que se sume en la pobreza cuando el padre fallece, teniendo que hacerse cargo la madre de los tres hijos, el menor, Juan, de unos seis meses.

Ya de niño él mismo cuenta una anécdota significativa de su carácter: jugando con sus hermanos, cae en una charca cenagosa y va al fondo. Cuando se empieza a ahogar, ve una señora hermosísima que le alarga la mano para sacarle, pero él no la coge para no manchar esas manos tan limpias y delicadas. Por suerte pasa por allí un campesino que mete su vara, a la que se coge, y lo salva.

Teniendo que recurrir desde pequeño, para su subsistencia y educación, a las instituciones de caridad de la época, supo aprovechar bien las oportunidades que éstas le brindaron en Medina del Campo (Valladolid). Convertido en un estudiante brillante, a los veintiún años le llueven ofertas para ocupar diferentes cargos relevantes. Él huye de las presiones que recibe y escapa en secreto a un convento de carmelitas en el que pide su ingreso como fraile. Toma por nombre el de Juan de Santo Matía. Es significativa la elección del nombre, pues San Matías es el apóstol más desconocido, el único que no conoció personalmente a Jesús de Nazaret, y que fue elegido para llenar la vacante dejada por Judas, el apóstol traidor.

Estos datos son significativos, pues apuntan a una personalidad que busca pasar desapercibida. Ya en la Universidad de Salamanca, que en esa época está en su etapa más floreciente, se convierte en un universitario destacado, de tal forma que es nombrado prefecto de estudiantes. Estos le admiran por su ingenio, dominio del estudio y la oratoria, y su estilo de vida: mientras ellos se divierten y hacen el vago, fray Juan de Santo Matía está encerrado en su celda estudiando y orando. Conocen también cuánto le ofende el hablar grosero, de modo que están pendientes, si se acerca, de cambiar el tono de la conversación.

Su deseo de eludir la admiración que fácilmente despertaba se muestra a lo largo de toda su vida. Por ejemplo, durante su última enfermedad, pretenden que vaya a curarse al convento de Baeza, del que ha sido Rector (a la vez que hace de albañil o friega platos) y, en cambio, él pide ser llevado al de Úbeda, porque en el primero le conoce y le quiere mucha gente y en Úbeda nadie le conoce.

Estos, rasgos, junto con la exquisita sensibilidad y la actitud sumamente cuidadosa que empleaba para no herir a los frailes a los que tenía reprender desde los cargos de superior que ostentó posteriormente, nos permiten situarlo como un *estilo de personalidad inhibido*. Su propia estructura física, pequeña y graciosa, que hacen calificarlo a Teresa de Jesús como “santico” y “medio fraile” parecen acompañar ese deseo de no destacar, que se muestra, entre otras cosas, en la realización de tareas humildes (barrer, fregar...) que no corresponden al estatus que ostentaba.

Pero aún con ese estilo de personalidad retraída, gustosa de la soledad, tímida para los reconocimientos, no tiene nada que ver con el apocamiento, pues toda su vida denotó una valentía que le lleva a arrostrar terribles situaciones para llevar a cabo su proyecto. Empeñado en la reforma de la vida monástica de la orden del Carmelo, emprendida por Teresa de Jesús, no tuvo inconveniente en dejar su puesto de Rector del Colegio de Alcalá de Henares para irse de confesor al pobrísimo convento de la Encarnación, en Ávila, a requerimiento de Teresa de Jesús, incluyendo cosas como— pedir limosna para dar de comer a las monjas enfermas.

Pero esa reforma tuvo una fuerte oposición por una parte importante de los carmelitas, que —de noche— asaltan su celda de la Encarnación. Lo esposan y lo llevan preso. En un descuido de sus guardianes, vuelve a su celda y destruye los documentos comprometedores acerca de sus planes, comiéndose parte de ellos. De allí lo llevan a Toledo para forzarle a renunciar a su deseo reformador. Pero él no cede. Allí le tienen nueve meses en una especie de zulo, torturándolo física y psicológicamente, hasta que se fuga descolgándose, a punto de despeñarse por el precipicio que da al Tajo.

Protegido y venerado por gente que le conoce y le tiene por santo, es perseguido por importantes grupos de presión, que logran su excomunión. Su vida oscila entre sus tareas como reformador, siendo Rector de varios colegios y reconocido como gran maestro espiritual (al de Baeza acuden profesores y catedráticos a escuchar sus enseñanzas) y denostado y difamado hasta la sociedad por algunos grupos eclesiales. Murió en plena persecución jurídica, a causa de esas difamaciones. A pesar de eso, nunca se le oyó ninguna queja acerca de sus perseguidores, sino palabras de disculpa porque —según él— lo hacen pensando que es lo correcto.

Contrastan en él su terrible austeridad y su enorme sensorialidad. Tan entusiasta y disfrutador de la naturaleza como Francisco de Asís. En el zulo antes nombrado, concibió (primero memorizándolo y cuando el carcelero le hizo el favor de darle material para ello, plasmándolo por escrito) nada menos que, entre otras, las *Canciones entre el alma y el esposo*. En ese estrecho agujero de menos de metro y medio de ancho y menos de dos metros de largo, con solo una abertura pequeñísima

junto al techo para poder respirar, brotan imágenes como las siguientes, extraídas del las susodichas *Canciones entre el alma y el esposo*:

¡Oh bosques y espesuras
plantadas por la mano del Amado;
oh prado de verduras
de flores esmaltado,
decid si por vosotros ha pasado! [...]
Mi Amado, las montañas,
los valles solitarios, nemorosos,
las ínsulas extrañas,
los ríos sonorosos,
el silbo de los aires amorosos,
la noche sosegada
en par de los levantes de la aurora,
la música callada,
la soledad sonora
la cena que recrea y enamora.[...]
¡Oh ninfas de Judea!
en tanto que en las flores y rosales
el ámbar perfumea,
morá en los arrabales
y no queráis tocar nuestros umbrales ...]
Y luego a las subidas
cavernas de la piedra nos iremos,
que están bien escondidas;
y allí nos entraremos
y el mosto de granadas gustaremos.

Vemos en ellos cómo la vividez imágenes viene dada por la sabiduría de unir sensaciones, recurriendo tanto a la vista (*prado de verduras de flores esmaltado, montañas, valles, ínsulas, la aurora*) como al oído (*los ríos sonorosos, el silbo de los aires amorosos, la música callada, la soledad sonora*), al gusto (*la cena que enamora, el mosto de granadas*) y el olfato (*el ámbar perfumea*).

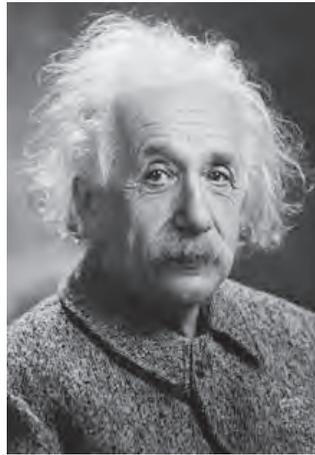
Pero en ese mismo lugar surgió el poema *Canciones que canta el alma* (conocido como *En una noche oscura*), en el que la vividez de las imágenes ya no viene dada por la vista y el oído que predominan en el anterior fragmento, sino por el tacto, el movimiento y el olor floral, puesto que para la cita secreta con el Amado, hay que esconderse en la oscuridad y no hacer ruido, como en el siguiente fragmento:

En mi pecho florido,
que entero para él solo se guardaba
allí quedó dormido,
y yo le regalaba
y el ventalle de cedros aire daba.

El aire del almena,
 cuando yo sus cabellos esparcía,
 con su mano serena
 en mi cuello hería
 y todos mis sentidos suspendía.
 Quédeme y olvidéme,
 el rostro recliné sobre el Amado,
 cesó todo y dejéme,
 dejando mi cuidado
 entre las azucenas olvidado.

Describen sus biógrafos varios milagros de este genio de la mística y la poesía. Quizá no sea el menor que describiese tales bellezas en un agujero oscuro, solo, teniendo por toda comida un poco de pan y, de cuando en cuando una sardina...o media. Claro que toda esa belleza era el reflejo de la que vivía en su interior, desde su intensa espiritualidad.

Albert Einstein



Este físico, considerado el más importante del siglo XX, junto con el alemán Max Planck, nació en 1879 y era un alemán de origen judío, que posteriormente se nacionalizó sucesivamente como suizo, austríaco y estadounidense. Además de físico teórico y matemático, fue también filósofo de la ciencia, profesor universitario y escritor. De sus muchas contribuciones científicas son especialmente destacables sus teorías de la relatividad especial y de la relatividad general, del efecto fotoeléctrico, de la equivalencia entre masa y energía, de la constante de Planck, etc.

Durante su etapa de estudiante de bachillerato en un instituto con una disciplina de estilo militar, tuvo muchas dificultades en sus relaciones con los profesores. Uno de ellos le declaró con convicción que “nunca conseguiría nada en la vida”. Sin embargo, a los quince años, obtuvo la máxima calificación en álgebra, física, geometría y trigonometría. A los diecisiete años ingresó en la Escuela Federal de

Zurich (Suiza), centro de prestigio internacional para el estudio de la ciencia. A los veinticinco años se casó con Mileva, compañera de estudios en el politécnico de Zurich, de la que afirmó que tenía un carácter tan fuerte e independiente como el suyo, y que, al parecer, le ayudó en sus investigaciones. Mileva se distinguió por su actitud feminista y radical. La tesis doctoral de Einstein, en la universidad de Zurich, sobre el efecto fotoeléctrico, contribuiría a que quince años después, en 1921, le concediesen el Premio Nobel de Física. A los veintinueve años obtuvo el contrato como profesor en la universidad de Berna (Suiza), y antes del comienzo de la primera guerra mundial fue nombrado miembro de la Academia Prusiana de Ciencias, donde se estableció durante dieciséis años.

Habiéndose divorciado de Mileva, a los treinta y nueve años, se casó con una prima tres años mayor que él.

La divulgación de sus teorías provocó muchos debates, en especial su teoría de la relatividad. Dos físicos ilustres, con Premio Nobel, de ideología nazi, atacaron sus teorías. A otros que las defendieron – como el físico Werner Heisenberg– por su actitud se les impidió tener puestos docentes.

Al morir se atendió su deseo de que no se celebrase un funeral solemne y con participación de personas ilustres. Su cuerpo fue incinerado (salvo el cerebro que se conservó para el estudio científico) antes de que la gente se enterase de su muerte. Estuvieron presentes doce personas.

Al comienzo de este escrito se citó una experiencia de espiritualidad típica de él, en la que se comprueba el profundo *sentimiento de espiritualidad cósmica* que le *embargaba, cuando contemplaba el universo*, objeto de sus investigaciones. Esta experiencia la vivía, o bien desde una posición agnóstica, o bien otras veces deísta. Afirmó con claridad que no se le podía considerar ni ateo ni panteísta. Si cabe aquí atribuirle uno de los estilos de personalidad –según la clasificación de Millon, 1998– como hipótesis puedo considerarlo con un *estilo de personalidad introvertida*.

Referencias

- Bucke, R. M. (1901). *Cosmic Consciousness: a study in the evolution of the human Mind*. Dutton.
- Comte-Sponville, A. (2006). *El alma del ateísmo. Introducción a una espiritualidad sin Dios*. Paidós.
- Einstein, A. (1980). *Mi visión del mundo*. Tusquets.
- Einstein, A. (2000). *Mis ideas y opiniones*. Antoni Bosch.
- El mundo (2013). «Tengo un sueño» por Martin Luther King. <https://www.elmundo.es/especiales/2013/internacional/martin-luther-king/texto-integro.html>
- Fernández-Rañada, A. (2016). *Los científicos y Dios*. Trotta.
- Gimeno-Bayón, A. (2015). *Psicología Transpersonal. Una visión personal. Cuestiones fundamentales de la Psicología Transpersonal*. Milenio.
- Gimeno-Bayón, A. (2019a). *Psicopatología y Psicoterapia de las experiencias transpersonales*. Desclée.
- Gimeno-Bayón, A. (2019b). *El desarrollo de las tendencias transpersonales. Lo Bello, lo Verdadero, lo Bueno, lo Uno*. Chiadoo Books.
- James, W. (1986). *Las variedades de la experiencia religiosa*. Península.
- Khalin Gibran, G. (1976). *El profeta*. Pomairé.

- Martín Velasco, J. (1993a). Religión [...] Fenomenología. En C. Floristán y J.L. Tamayo (eds.), *Conceptos fundamentales del Cristianismo* (pp. 478-496). Trotta.
- Martín Velasco, J. (1993b). Misterio. En C. Floristán y J. L. Tamayo (eds.), *Conceptos fundamentales del Cristianismo* (pp. 810-818). Trotta.
- Martín Velasco, J. (1993c). Experiencia religiosa. En C. Floristán y J. L. Tamayo (eds.), *Conceptos fundamentales del Cristianismo* (pp. 478-496). Trotta.
- Maslow, A. (1973). *El hombre autorrealizado*. Kairós.
- Mata Amritanandamayi (2020, agosto 4). En *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/wiki/Mata_Amritanandamayi
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Masson.
- Otto, R. (1965). *Lo Santo. Lo racional y lo irracional en la idea de Dios*. Revista de Occidente (2ª ed.).
- Panikkar, R. (2005). *De la Mística. Experiencia plena de la vida*. Herder.
- Payne, R. (1971). *Gandhi*. Bruguera.
- Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la Psicología*. Desclée.
- Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Milenio.
- Rosal, R. (2019). *Los potenciales psicológicos de la espiritualidad. Hacia una espiritualidad humanizada*. Hakabooks.
- Tagore, R. (1997). *Cristo*. PPC.
- Tagore, R. (1998). *La luna nueva. El jardinero. Ofrenda lírica*. Alianza.
- Tagore, R. (2003). *Obras selectas*. Tomo I. Edicomunicación.
- Tamames, R. (2019). *Buscando a Dios en el Universo*. Erasmus ediciones.
- Theresia a Matre Dei (1992). *Edith Stein. En busca de Dios*. Verbo Divino.
- Torralba, F. (2010). *Inteligencia espiritual*. Plataforma.
- Wilber, K. (1987). *Cuestiones cuánticas. Escritos místicos de los físicos más famosos del mundo*. Kairós.
- Yibrán Jalil Yibrán (2020, agosto 11). En *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/wiki/Yibr%C3%A1n_Jalil_Yibr%C3%A1n
- Yunus, M. (1998). *Hacia un mundo sin pobreza*. Andrés Bello.
- Yunus, M. (2008). *Un mundo sin pobreza. Las empresas sociales y el futuro del capitalismo*. Paidós.

SALUD MENTAL, EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN LA INFANCIA Y SU IMPACTO SOBRE LA EXPERIENCIA ONIRICA

MENTAL HEALTH, NEGATIVE EXPERIENCES IN CHILHOOD, AND ITS IMPACT ON DREAM EXPERIENCES

Alejandro Parra

Psicólogo. Instituto de Psicología Paranormal. Buenos Aires, Argentina
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7943-2794>

Víctor Hugo Damián Silguero

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7662-6005>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Parra, A. y Damián Silguero, V. H. (2020). Salud mental, experiencias negativas en la infancia y su impacto sobre la experiencia onírica. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 163-177. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.435>



Resumen

Los sueños perturbadores son sueños vívidos caracterizados por emociones negativas intensas, y se encuentran entre los síntomas más frecuentes de las víctimas de trauma. Sus trastornos relacionados pueden persistir durante años e incluso décadas después del episodio traumático. El objetivo de este estudio fue evaluar si individuos que presentan más frecuentemente pesadillas o sueños de angustia han pasado por experiencias traumáticas en su infancia y su relación con rasgos psicopatológicos actuales. Se administraron tres instrumentos a una muestra de 446 adultos de la población general: el Cuestionario de Sueños, el Cuestionario de Experiencias Negativas en la Niñez; y una versión abreviada del Symptoms Assessment. El resultado muestra que los participantes presenta contenidos de sueños específicos, tales como a oír voces/músicas en sueños (88%), sueños lúcidos (79%), terror nocturno (64%), presencias malignas/demoníacas (61%), y sueños que repiten un evento traumático (40%). Los resultados también mostraron una correlación entre la frecuencia de experiencias oníricas y el maltrato parental (abuso emocional, sexual y físico) y una correlación positiva y significativa entre el recuerdo del sueño con propensión a síntomas de vulnerabilidad en salud mental, lo cual confirmó las dos hipótesis principales. Además, una diferencia de género mostró que los varones tendieron a tener mayor recuerdo del sueño en comparación con las mujeres, y las mujeres tendieron a mostrar sueños predominantemente más auditivos y terrores nocturnos en comparación con los varones.

Palabras claves: Pesadillas, Trauma infantil, Salud mental, Sueños perturbadores.

Abstract

Disturbing dreams are vivid dreams characterized by intense negative emotions, which are among the most frequent symptoms of trauma victims, and their related disorders can persist for years and even decades after the trauma. The aim is to evaluate whether individuals who most dream recall, nightmares or bad dreams, score higher on traumatic experiences in their childhood and if they present current disturbing symptoms. Three measures were used over a sample of 446 adults from the general population: The Dream Questionnaire, Child Negative Experiences Questionnaire; and shortened version of the Symptoms Assessment (SA-45). Descriptive results showed specific dream content, such as hearing voices/music in dreams (88%), lucid dreams (79%), nocturnal terror (64%), evil entities (61%), and recurrent disturbing dreams (40%). The results also showed a correlation between the frequency of dream recall and higher scores of negative experiences in childhood, particularly parental abuse (emotional, sexual and physical) and a negative correlation between the dream recall and mental health. In addition, it confirmed the two main hypotheses: negative symptoms could "modulate" in some way the negative dream experiences. Gender differences also were found, i.e. male tended to have higher dream recall compared to female, and female tended to show predominantly more auditory dreams and nocturnal terrors compared to female.

Keywords: Nightmare, Childhood trauma, Psychopathological symptoms, Disturbing Dreams.

El sueño y su función ha sido siempre un tema de interés para distintas culturas y a través de los siglos. Se conocen historias de larga data acerca del sueño; éstas datan de hace más de dos mil años cuyas fundamentaciones se atribuían a aspectos de tipo místico. Sin embargo, esto indicaba cierta atención sobre la experiencia onírica (para más información, ver Aquino-Cias y Alonso-López, 2006). Por ejemplo, la teoría de Clara Hill (Hill y Rochlen, 2006) considera a los sueños como experiencias que representan vivencias significativas y conflictos sin resolver que irrumpen en la atención de la persona que sueña. Asimismo postula que los sueños son únicos para cada individuo y por ende, no pueden ser interpretados a través como símbolos estandarizados. Como alternativa, propone el modelo “cognitivo-experiencial” el cual integra la teoría psicoanalítica de la interpretación del propio paciente y sus sentimientos con la psicología cognitiva, que estudia los esquemas de pensamiento que se forman y que son almacenados por la memoria (Hill y Rochlen, 2006)

Un tipo de sueño perturbador conocido popularmente bajo el nombre de “pesadilla” puede estar asociado con la psicopatología, en particular, en adultos jóvenes (López Romera, 2006). Navarro Egea (2006) las define como: “sueños intensos y de temor, que pueden despertar dejando una sensación aguda de miedo y ansiedad, proyectando casi siempre trastornos o conflictos emocionales”, y el 50% de los adultos tuvieron pesadillas en algún momento de su vida (López Romera, 2006). Parra (2006) diferencia a las “pesadillas” respecto de los “terrores nocturnos” considerando que las primeras se producen en una fase REM del sueño (tono muscular nulo), mientras que los últimos son trastornos propios del sueño no-REM. Las pesadillas recurrentes se caracterizan por una alta comorbilidad del estado de ánimo y el trastorno de ansiedad. En el Trastorno Depresivo Mayor, las pesadillas a veces ocurren durante una enfermedad y disminuyen drásticamente durante el período de tratamiento. En otro estudio, se encontró una asociación significativa entre los sueños repetitivos y atemorizantes y la tendencia suicida en pacientes con depresión mayor (Agargun et al., 1998).

Miró-Morales y Martínez-Narváez (2004) sostienen que las pesadillas suelen aparecer pasada la segunda mitad de la noche, cuando la fase REM es más duradera y genera un malestar subjetivo que puede producir deterioros en diferentes áreas de la persona que lo padece, debido a que pueden propiciar la presencia de niveles altos de ansiedad, miedos diversos, sentimientos de indefensión y un empeoramiento en la calidad del sueño. Por otro lado, las personas que padecen pesadillas pueden presentar un deterioro en su funcionamiento diurno a causa de la angustia que puede estar asociada al recuerdo del sueño, el cansancio físico debido a la interrupción en el ciclo del sueño, y a las preocupaciones que se generan acerca del propio estado de la salud mental.

Otros autores, como Kramer y Kinney (1988), han sugerido, en contraposición a la clásica concepción de las pesadillas como fenómeno psicopatológico, que las mismas podrían funcionar como un mecanismo de afrontamiento frente al estrés. Los estresores podrían incorporarse a los sueños para de esta forma facilitar su afronta-

miento. De esta forma las pesadillas cumplen una función adaptativa debido a que reducen el impacto del estresor mediante la repetida exposición al mismo a través de los sueños y, por otro lado, proporcionan una escena que podría ser aterradora para el soñante pero que resulta inofensiva y en la cual, se pueden contemplar posibles soluciones para el evento estresante (Miró-Morales y Martínez-Narváez, 2004).

Hartmann (1996, 1999) plantea que las personas que sufren de alta frecuencia de pesadillas se caracterizan por presentar cierta dificultad para regular de manera eficiente sus emociones (Miró-Morales y Martínez-Narváez, 2004) a causa de su límite “fino” (*thin boundaries*) el cual plantea que las pesadillas podrían reflejar una hipersensibilidad a los estímulos negativos debido a un bajo umbral de tolerancia a la activación emocional. Estudiando las conexiones que se dan entre el contenido de los sueños y las emociones, y luego de recopilar una larga serie de sueños de distintas personas que habían experimentado un trauma agudo, Hartmann (1996) descubrió como, por ejemplo, personas que escaparon de un incendio, víctimas de violación o presenciaron un asesinato, por lo general muestran claras conexiones entre el evento traumático y recuerdos del pasado. Estas conexiones parecen estar guiadas principalmente por preocupaciones emocionales que afectan al soñador. El proceso de conectar el trauma con otro material vinculado a las emociones del soñador (imaginación, lectura, etc.) se expande de forma gradual y absorbe cada vez más material. De esta forma el trauma juega un papel cada vez más pequeño en la vida del soñador y, por lo tanto, los sueños vuelven a su estadio previo al trauma (Hartmann, 1996).

Los sueños perturbadores son sueños vívidos caracterizados por emociones negativas intensas como miedo, ansiedad e ira (Levin y Nielsen, 2007; Zadra et al., 2006). Los sueños perturbadores incluyen pesadillas y sueños de angustia, y se encuentran entre los síntomas más frecuentes de las víctimas de trauma y los trastornos relacionados con los sueños. Pueden persistir durante años e incluso décadas después del trauma (Mellman y Hipólito, 2006; Schreuder et al., 2000). La frecuencia con la que se experimentan los trastornos del sueño relacionados con el trauma a lo largo del tiempo puede variar en función de la gravedad del trauma, el grado de exposición al trauma y el peligro asociado (Duval y Zadra, 2010; Wood et al., 1992). El abuso infantil constituye uno de los traumas crónicos mejor documentados. Su impacto en las variables conductuales, psicológicas y sociales puede aparecer a lo largo del desarrollo del individuo (Cicchetti y Lynch, 1995; Margolin y Gordis, 2000), y los niños que son víctimas de abuso y negligencia corren mayor riesgo de desarrollar psicopatología y angustia psicológica en la vida adulta (Banyard et al., 2001).

Agargun et al. (1998) observaron que los pacientes con diagnóstico de depresión mayor presentaban pesadillas frecuentes como sintomatología y tenían mayor probabilidad de presentar riesgo de suicidio, especialmente las mujeres. También se ha encontrado una asociación de las pesadillas a distintos tipos de trastorno psicótico, por ejemplo, un nivel significativo entre la frecuencia de pesadillas y

trastornos límite de la personalidad y esquizotípico (Hartmann et al, 1981). Otros autores (Bearden, 1994) consideran que existe cierta similitud entre las pesadillas y los trastornos psicóticos como la esquizofrenia. Las pesadillas podrían representar una transición entre la normalidad y el trastorno psicótico a nivel onírico. Por otra parte la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano para las pesadillas podría servir para detectar y prevenir posibles episodios psicóticos (Miró-Morales y Martínez-Narváez, 2004).

Sin embargo, pocos estudios han investigado la frecuencia y los correlatos de los sueños perturbadores adultos y su relación con el trauma en la infancia. De hecho, la frecuencia de los sueños perturbadores y la vigilia que generan los sueños de angustia y las pesadillas (reacciones de inquietudes del soñador durante las horas de vigilia sobre la experiencia del sueño perturbador) están moderadamente correlacionadas; y el estrés predice la psicopatología en la vida de vigilia (e.g., Belicki, 1992a; Blagrove et al., 2004; Levin y Nielsen, 2007). La angustia relacionada con los sueños perturbadores puede reflejar una personalidad caracterizada por angustia emocional reactiva aumentada (Levin y Nielsen, 2007) y posiblemente mediatiza la relación entre la frecuencia de sueños perturbadores y la psicopatología.

Por definición, las pesadillas son sueños aterradores que despiertan a un soñador al soñar (Zadra et al., 2006) o, más precisamente, al estado del movimiento ocular rápido (REM) (Nielsen y Levin, 2007). La pesadilla y los sueños de angustia están en el mismo continuo, pero el primero se puede memorizar y recordar claramente al despertar debido a su intensidad distintiva de la emoción (Schredl, 2003; 2006; Levin y Nielsen, 2007), características que provocan miedo (Zadra et al., 2006) y la asociación con síntomas psicopatológicos (Zadra y Doneri, 2000). Ha habido una amplia gama de estudios sobre la prevalencia de pesadillas, en términos de diferentes métodos de investigación, poblaciones, entornos e incluso tipos de pesadilla. La prevalencia de pesadillas en la población clínica varía de una vez al mes (30% a 50%) a una vez a la semana (10% a 30%) (Levin, 1994 ; Schredl, 2003; Zadra y Doneri, 2000).

Sin duda, además de relacionarse con la ansiedad y la angustia, las pesadillas se han asociado con un amplio espectro de trastornos psicológicos y rasgos negativos en relación con las psicopatologías, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Ohayon et al., 1997), depresión (Levin, 1998), esquizofrenia (Berquier y Ashton, 1992; Levin y Fireman, 2002) y trastorno disociativo (Berquier y Ashton, 1992; Molina, 1996). En términos generales, las personas con problemas de salud mental pueden haberse predispuesto a la angustia y la ansiedad personal, lo que afecta significativamente su calidad de sueño y la vida cotidiana (Levin y Nielsen, 2009). Las pesadillas se convierten en el signo de sus condiciones mentales y, a su vez, intensifican sus niveles de estrés y ansiedad. Hartmann y Basile (2003) también notaron que las personas con experiencias disociativas en la vida de vigilia reportaban pesadillas más frecuentes e intensas en relación con la distorsión de imagen corporal y los pensamientos, que eran similares a los estados de disociación.

En consecuencia, los profesionales de la salud deben estar al tanto de las personas que tienen una alta frecuencia de pesadillas con el fin de mejorar su calidad diagnóstica en la práctica clínica. La pregunta aquí es ¿en qué medida los eventos traumáticos en la infancia activan pesadillas y de qué modo las pesadillas potencian el desarrollo de psicopatologías en la vida adulta? El objetivo de este estudio es evaluar individuos en la población general que experimentan pesadillas y sueños de angustia (sueños perturbadores) en relación con experiencias traumáticas infantiles y su efecto sobre la salud mental presente.

Las hipótesis aquí son que (H1) se encontrará una correlación positiva y significativa entre las experiencias oníricas perturbadoras y el grado de maltrato infantil, en otras palabras, los traumas en la infancia producen mayor frecuencia de pesadillas en la vida adulta, (H2) se encontrará una correlación positiva y significativa entre los sueños (suma total de la frecuencia de experiencias oníricas) y el grado de indicadores de psicopatología, en otras palabras, individuos que puntúan alto en rasgos psicopatológicos tenderán a producir mayor frecuencia de pesadillas, y (H3) se encontrará una correlación positiva y significativa entre los traumas en la infancia y un aumento en el grado de psicopatología (medido con el SA-45) en individuos que presentan mayor frecuencia de sueños, en otras palabras, los traumas que se dan en la infancia aumentan el riesgo de padecer mayor número de síntomas psicopatológicos en soñadores frecuentes.

Método

Participantes

La muestra estuvo integrada por 446 casos de ambos sexos, 73 (16.4%) varones y 373 (83.6%) mujeres, cuyo rango etario era de 18 a 55 años (Media = 36.06, $DT = 9.56$). La muestra fue reclutada a través de dos fuentes, 81 (18%) casos en formato impreso (distribución de los cuestionarios entre julio a noviembre del 2017) y 365 (82%) recibidas a través de una plataforma *on line* generada por Google Formularios® subida a la web. Para el formato impreso, se distribuyeron los tres instrumentos entregados en mano y se dieron instrucciones para completarlos. Ambos formatos (impreso y *on line*) incluyó un Consentimiento Informado. Debido a la naturaleza de las respuestas dadas, particularmente el *Cuestionario de Experiencias Negativas en la Niñez*, los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato en sus respuestas.

Instrumentos

El *Cuestionario de Sueños –Forma A* (Parra, 2006, 2014) evalúa 17 tipos de sueños usando la clasificación creada por van de Castle (1994) con una escala de respuesta de tipo likert con un rango de 0 = *Nunca* a 3 = *Casi siempre*. Para el presente estudio, se seleccionaron sólo seis preguntas de las 17 originales; tres preguntas que connotan sueños predominantemente “negativos” (presencia maligna/

demoníaca, sueños que repiten un evento traumático, y terrores nocturnos), dos que connotan sueños con un tono más positivo o benigno (Sueños Lúcidos y Oír Voces/Música) y sueños que pueden tener connotaciones, tanto negativas como positivas (sueños recurrentes). Para el presente estudio, se obtuvo además un puntaje para obtener una puntuación total sumando las respuestas de la respuesta de cada tipo de sueño (Rango = 0 a 18, Media = 7.44; $DT = 2.79$). El cuestionario posee alta validez discriminante y el valor de confiabilidad con un Alfa de Cronbach = .83 (Parra, 2006).

Cuestionario de Experiencias Negativas en la Niñez (CTQ; Bernstein et al., 1994; Fink et al., 1995; Bernstein et al., 1997). Es un cuestionario auto-administrable de perfil retrospectivo, que mide el grado de abuso sufrido durante la infancia. Los factores que evalúa son tres tipos de Abuso (Físico, Emocional, y Sexual) y dos tipos de Abandono (Físico y Emocional), y una puntuación total (excepto eventos traumáticos como la muerte de un padre o una enfermedad grave). El cuestionario contiene 28 ítems que se responden con una escala Likert de cinco puntos (0 = *Nunca*, 1 = *Una vez*, 2 = *A veces* y 3 = *Casi siempre*), que indican que a mayor puntuación aumenta el grado de maltrato infantil. Posee alta validez discriminante (Bernstein, et al., 1997) y el valor de confiabilidad obtuvo un Alfa de Cronbach = .93 (Parra y Ugarte, 2018).

Symptoms Assesment (SA-45; Sandin et al., 2008). Es un instrumento derivado del SCL-90 que evalúa síntomas psicopatológicos de 45 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert de cinco puntos (0 = *No le ha molestado nada* a 4 = *Le han molestado mucho*). Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90: *Somatización*, *Obsesión-Compulsión*, *Sensibilidad Interpersonal*, *Depresión*, *Ansiedad*, *Hostilidad*, *Ansiedad Fóbica*, *Ideación Paranoide* y *Psicoticismo*. El coeficiente alfa de Cronbach para el SA-45 total para la presente muestra fue de .95.

Resultados

Respecto a la frecuencia del recuerdo del sueño, casi la mitad indicó soñar “*Casi todas las mañanas*” a “*Una o dos veces por semana*” (ambas 65%) y la nitidez de sus sueños mostró ser “muy a moderadamente” clara e intensa (79%) (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Frecuencia de Recuerdo y Grado de Nitidez del sueño*

<i>Recuerdo</i>	N	%
Casi todas las mañanas	94	21.1
Una o dos veces por semana	198	44.4
Una o dos veces por mes	83	18.6
Casi nunca	71	15.9
<i>Nitidez y Claridad</i>		
Perfectamente clara e intensa como la realidad	91	20.4
Moderadamente clara y vivida	266	59.6
Poco clara y vivida	66	14.8
Vaga y difusa	22	4.9
Tan vaga y difusa que resulta imposible discernir	1	0.2

Respecto al tipo de sueños, el 88% indicó oír voces/músicas en sueños, el 61% experimentó presencias maligna/demoníaca en sueños, el 73% tuvo sueños recurrentes, el 79% sueños lúcidos, 40% sueños que repiten un evento traumático, y el 64% experimentó terrores nocturnos (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Descriptivos de las Experiencias Oníricas*

<i>Oír voces/músicas en sueños</i>	N	%
Nunca	52	11.7
Una vez	34	7.6
Algunas veces	264	59.2
Casi siempre	96	21.5
<i>Presencia maligna/demoníaca en sueños</i>		
Nunca	172	38.6
Una vez	102	22.9
Algunas veces	165	37.0
Casi siempre	7	1.6
<i>Sueños recurrentes</i>		
Nunca	116	26.0
Una vez	100	22.4
Algunas veces	210	47.1
Casi siempre	20	4.5
<i>Sueños Lúcidos</i>		
Nunca	94	21.1
Una vez	76	17.0
Algunas veces	245	54.9
Casi siempre	31	7.0
<i>Sueños que repiten un evento traumático</i>		
Nunca	264	59.2
Una vez	81	18.2
Algunas veces	95	21.3
Casi siempre	6	1.3

<i>Oír voces/músicas en sueños</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nunca	52	11.7
Una vez	34	7.6
Algunas veces	264	59.2
Casi siempre	96	21.5
<i>Terrores nocturnos</i>		
Nunca	161	36.1
Una vez	94	21.1
Algunas veces	180	40.4
Casi siempre	11	2.5

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnov ($n > 100$ casos). A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución altamente asimétrica de las puntuaciones de los tres instrumentos. En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, el test de U de Mann-Whitney para comparar grupos y R_s de Spearman para correlacionar las puntuaciones de las escalas.

La H1 predice que se encontraría una correlación positiva y significativa entre el Index de sueños (suma de la frecuencia de las experiencias oníricas) y el grado de maltrato infantil, lo cual se confirmó ($R_s = .23, p < .001$). Se encontraron además correlaciones significativas en Abuso ($R_s = .22, p < .001$), pero no en Abandono con el Index de sueños, así como correlaciones con tipos de sueños, tales como Oír voces/músicas en sueños ($R_s = .09, p < .037$), Presencia maligna/demoníaca ($R_s = .13, p = .004$), Sueños Recurrentes ($R_s = .16, p < .001$), Sueños Lúcidos ($R_s = .14, p = .003$), y Sueños que repiten un evento traumático ($R_s = .13, p = .003$), excepto Terrores nocturnos (ver Tabla 3).

Tabla 3. *Correlación entre la frecuencia de Sueños con Maltrato Infantil*

Variables	Oír voces/ músicas	Presencia maligna/ demoníaca	Recurrentes	Lúcidos	Repiten Evento traumático	Terrores nocturnos	Sueños
Abuso Físico	.05	.07	.09	.01	.09	.02	.11**
Abuso Emocional	.12	.12*	.14**	.15**	.15***	.03	.22***
Abuso Sexual	.06	.11*	.04	.06	.05	.07	.12**
Ab. Físico	.02	.02	.06	.07	.01	.03	.08
Ab. Emocional	.02	.005	.07	.02	.05	.03	.05
F1.Abuso	.12**	.12**	.16***	.12***	.14***	.03	.22***
F2.Abandono	.006	.02	.08	.05	.02	.03	.07
Maltrato Infantil	.09*	.13**	.16***	.14**	.13**	.05	.23***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Corrección Bonferroni = p ajustada .03

La H2 predice que se encontraría una correlación positiva y significativa entre el Index de sueños (suma de la frecuencia de experiencias oníricas) y el grado de

psicopatología (medida con el SA-45), lo cual se confirmó ($R_s = .22, p < .001$). Se encontraron además correlaciones significativas en ocho de las 9 psicopatologías que mide el SA-45 (con una Media de $R_s = .16$ y una $p < .001$), excepto Ansiedad Fóbica (ver Tabla 4).

Tabla 4. *Correlación entre el Tipo de Sueño (Index) con Rasgos Psicopatológicos*

Variables	Presencia			Repite			
	Oír voces/ Músicas	maligna/ demoniaca	Recurrentes	Eventos Lúcidos	Terroros traumático	Sueños nocturnos	(Total)
1.Hostilidad	.12**	.10*	.06	.02	.11*	.21***	.20***
2.Somatización	.12**	.05	.08	.04	.13**	.20***	.19***
3.Depresión	.07	.11*	.02	.05	.17***	.12***	.18***
4.Obsesión/Compulsión	.07	.09	.07	.03	.11	.14**	.18***
5.Ansiedad	.14**	.07	.02	.06	.16***	.14***	.19***
6.Sensibilidad Interpersonal	-.02	.06	.06	.07	.11**	.12***	.14***
7.Ansiedad Fóbica	.04	-.02	-.019	-.03	.10**	.16***	.08
8.Ideación Paranoide	.06	.12	.05	-.00	.17***	.13***	.18***
9.Psoticismo	-.01	.06	.089	.07	.17***	.16***	.18***
Psicopatología	.09*	.10*	.06	.05	.17***	.19***	.22**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Corrección Bonferroni = p ajustada .03

Debido al bajo número de no-soñadores ($n = 2$), se decidió dividir por la Mediana ($Mn = 7$) el total de la frecuencia de sueños (Rango = 0 a 16) para obtener dos grupos de soñadores: Baja Frecuencia de sueño (BFS $n = 167, 37,4\%$) y Alta Frecuencia de sueño (AFS $n = 279, 62,6\%$). La H3 predice que se encontraría una correlación positiva y significativa entre el trauma en la infancia y un aumento en el grado de psicopatología (medida con el SA-45) en individuos que presentan mayor frecuencia de sueños, lo cual se confirmó ($R_s = .41, p < .001$), si bien –en rigor– el grupo BFS también presentó una correlación positiva y significativa, pero es menos robusta en comparación con el grupo de AFS ($R_s = .21, p = .005$) (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Correlación entre Maltrato Infantil y Rasgos Psicopatológicos en Soñadores con Baja/Alta Frecuencia de Sueños*

	Psicopatología (SA-45)	
	Baja Frecuencia Sueños ($n = 167$)	Alta Frecuencia Sueños ($n = 279$)
F1.Abuso	.24**	.39***
F2.Abandono	.075	.35***
Maltrato Infantil	.21**	.41***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Corrección Bonferroni = p ajustada .03

1.Baja Frecuencia = 0 a 6 Alta Frecuencia = 7 a 16 (Mediana = 7)

Se llevaron a cabo análisis *post-hoc* con algunas variables demográficas tales como diferencias de Género, y Estado Civil, y correlaciones con la Edad. Para diferencias de género, se encontró que los varones tendieron a puntuar alto en Recuerdo de sueños ($z = 2,25, p = .024$) en tanto que las Mujeres tendieron a experimentar sueños de Oír Voces/Músicas ($z = 2,43, p = .015$) y Terrores nocturnos ($z = 1,13; p = .032$) (ver Tabla 7), y se encontraron correlaciones negativas para la Edad con Abuso ($R_s = -.09; p = .042$) y con Psicopatología ($R_s = -.26, p < .001$), pero no se encontraron diferencias significativas en Estado Civil.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar si individuos que presentan más frecuentemente pesadillas o sueños de angustia han pasado por experiencias traumáticas en su infancia y presentan rasgos psicopatológicos actuales. Más específicamente, evaluar rasgos (o tendencias) psicopatológicas que se presentan con mayor frecuencia en personas que experimentan pesadillas, y su relación con el trauma infantil. Los resultados mostraron que los participantes presentan una tendencia predominante a oír voces/músicas en sueños (88%), tener sueños lúcidos (79%), experimentar terrores nocturnos (64%), y presencias malignas/demoníacas en sueños (61%), y sueños que repiten un evento traumático (40%). Además, el 65% indicó tener sueños con bastante frecuencia (*Casi todas las mañanas a Una o dos veces por semana*) y una mayor claridad y nitidez en sus sueños (79%).

Relación entre las Experiencias Oníricas y el Maltrato Infantil

En primer lugar, los resultados mostraron una relación entre la frecuencia de experiencias oníricas y el grado de maltrato infantil, con un énfasis en el factor Abuso, donde el Abuso Emocional (e.g., “Mi familia abusaba de mi emocionalmente, por ejemplo, me insultaba, me humillaba, o me menospreciaba”), el sexual (e.g., “Me manosearon”), y el Físico (e.g., “Alguien en mi familia me castigo tan fuerte que tuve que ver a un médico”), demuestra que las experiencias negativas infantiles tienden a mostrar cierta “causalidad” con experiencias oníricas perturbadoras actuales, particularmente pesadillas, como presencias malignas y sueños que repiten situaciones traumáticas. El sueño recurrente mostró una correlación más robusta, lo cual podría indicar que la recurrencia (y persistencia) del sueño –incluso si repite experiencias traumáticas o si resultan perturbadores– podría ser el equivalente funcional de una experiencia nocturna que contribuye a “liberar” tensión psíquica acumulada, lo cual confirma los hallazgos de Hartmann y Basile (2006) que sugieren que estos sueños son más frecuentes en individuos que han pasado por eventos negativos (abusos) contribuyendo a descomprimir la tensión psíquica que les da origen.

En otras palabras, estos sueños bien pueden ser terapéuticos *per se*, y tienen gran valor en la vida emocional del soñante que experimentó abuso infantil. Sin embargo, esta misma relación no se presentó para situaciones de Abandono, tanto

Físico como Emocional, lo cual el abandono podría tener una valencia diferente respecto a la situación de abuso. Posiblemente, las situaciones de abandono infantil –aunque claramente traumáticas– puedan ser de algún modo compensadas por las fortalezas y resiliencia de algunos individuos. Por otra parte, la experiencia de Terror nocturno, definida como el “despertar abrupto, sensación de amenaza, riesgo físico, o angustia pero sin poder recordar el contenido del sueño”, podrían no connotar como pesadilla en sentido estricto, o bien puede ser resultado de otros procesos independientemente de situaciones de trauma infantil, como el estrés (Blagrove et al., 2004; Levin et al., 2009; Zadra y Donderi, 2000).

Relación entre las Experiencias Oníricas y Rasgos Psicopatológicos

En segundo lugar, los resultados también mostraron una correlación positiva y significativa entre la frecuencia de experiencias oníricas (Index) con los rasgos psicopatológicos, donde casi todos los rasgos (excepto Ansiedad Fóbica) tendieron a mostrar relaciones positivas. Sin embargo, aunque las correlaciones son débiles (Rango de $R_s = .06 - .19$, Media = $.07$) debido a la alta asimetría del tamaño de la muestra, los sueños que repiten un evento traumático y “terrores nocturnos” tendieron a mostrar indicadores de psicopatología, seguido por “presencias malignas”, y en menor grado “oír música/voces”.

Esto posiblemente debido a dos posibles causas: la primera, que los rasgos psicopatológicos puedan “moldear” de algún modo a las experiencias oníricas negativas, por ejemplo, individuos depresivos tienden a experimentar sueños de “caídas” (Parra, 2006) o “trituration de dientes”; individuos fóbicos o con ideación paranoide presentan más sueños asociados a presencia malignas (Levin y Nielsen, 2007), e individuos que presentan mayor somatización tienden a presentar sueños que repiten eventos traumáticos (Noll et al., 2006). De modo que es coherente sostener que los rasgos –o incluso cuadros clínicos específicos– presentan un patrón común de experiencias oníricas, incluso muchas de éstas con rico lenguaje simbólico en términos de su potencial interpretación dinámica. Segundo, los individuos que experimentan tales sueños son más vulnerables –o están en mayor riesgo– a experimentar perturbación psicológica, de hecho, los sueños que repiten eventos traumáticos y terrores nocturnos estuvieron asociados a rasgos tales como hostilidad (e.g., discusiones frecuentes), tendencia a la somatización (e.g., dolores musculares), depresión (e.g., sentirse desesperanzado respecto al futuro), obsesión (por ej. tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace), ansiedad fóbica (e.g., evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo), y psicoticismo (e.g., los demás se dan cuenta de sus pensamientos).

Es notable que los sueños recurrentes –aun si son negativos– como los sueños lúcidos, no mostraron ningún indicador asociado a rasgos psicopatológicos, teniendo en cuenta que los sueños lúcidos tienden a ser interpretados como experiencias más positivas que perturbadoras. De hecho, los sueños traumáticos recurrentes también ocurren en pacientes con trastorno de estrés agudo, por lo tanto, las pesadillas

parecen ser un mecanismo de afrontamiento eficaz (a cierto nivel inconsciente) en las víctimas del trauma. Los eventos traumáticos infantiles pueden jugar un papel clave en esta asociación (Wood y Bootzin, 1990).

Finalmente, los análisis *post-hoc* con variables demográficas, como diferencias de género, edad y estado civil, no mostraron resultados relevantes, excepto que los varones tienden a tener mayor recuerdo del sueño en comparación con las mujeres, y que las mujeres tendieron a mostrar sueños predominantemente más auditivos (oír voces/músicas) y terrores nocturnos en comparación con los varones. Respecto a otras variables, los más jóvenes tendieron a reportar situaciones de abuso y psicopatología, pero no tendencia a mayor pesadillas, y no se encontraron diferencias alguna en la frecuencia del soñar o la nitidez del sueño.

Este estudio permite inferir al menos dos potenciales predicciones para futuros estudios: En primer lugar, que la actividad onírica puede ser una variable que “modula” la posible psicogénesis de perturbación mental asociado a situaciones de abuso en la niñez, que puede convertirse en un claro cuadro clínico en la vida adulta. De hecho, un análisis de regresión logística lineal mostró que el maltrato infantil predice un modelo de rasgos psicopatológicos, lo cual confirma que las situaciones de maltrato, particularmente situaciones de abuso físico, emocional y sexual en la infancia podrían “actualizarse” en la vida adulta del soñante. En segundo lugar, una pregunta que emerge de este modelo es determinar si la experiencia onírica –que es interpretada por el sujeto como una “pesadilla” con connotaciones emocionalmente negativas– surge como una respuesta pre-consciente más bien adaptativa en lugar de disfuncional, que ayuda a afrontar el efecto perturbador o traumático de la experiencia negativa infantil que resulta luego en psicopatología en la vida adulta.

Conclusiones

Una posible limitación es la necesidad de tener más datos para confirmar estas especulaciones, como la edad infantil en que ocurrieron tales abusos, y un análisis más cualitativo (narrativo) de la experiencia onírica, lo cual excede la pretensión del objetivo planteado aquí. Otra limitación es el rango etario de la muestra, con énfasis en individuos más bien jóvenes (no mayores de 25/30 años) en lugar de una muestra más representativa del rango etario de la población general (cercano a una Media = 43 años), así como el número de individuos de la muestra que respondió la encuesta por internet ($n = 367$, 81%), produciendo un posible sesgo sencillamente porque están más interesados en buscar significado a sus sueños que la población general. Sin embargo, para responder a esta limitación se compararon ambas respuestas pero no se encontraron diferencias significativas en maltrato infantil, ni frecuencia de sueños ni tampoco los rasgos psicopatológicos entre ambos grupos, tanto cuestionarios *on line* como impresos.

Una limitación final es la connotación negativa/positiva del sueño del presente estudio. En efecto, asumimos aquí que, por ejemplo, los sueños recurrentes

tienden a ser “negativos” por su carácter repitente o que los sueños lúcidos son más “benignos” que perturbadores (Parra, 2006), pero no tenemos total certeza de ello a menos que tengamos las narrativas de los soñantes o una medida de su efecto benigno o perturbador, lo cual podría ser de gran interés para analizar más introspectivamente su naturaleza asociada a la evolución de cuadros clínicos y las consecuencias de los eventos negativos en la niñez.

Futuros estudios deberían testear la “hipótesis de la continuidad” ampliamente aceptada como una explicación convincente de por qué las personas con antecedentes psiquiátricos o rasgos psicopatológicos relevantes tienen pesadillas. Quizá los sentimientos emocionales o las experiencias disociativas en la vida de vigilia son simplemente una forma de continuidad en el sueño (Schredl, 2003, 2006). Además, las pesadillas son consideradas como un reflejo de las experiencias negativas reales en la vida diaria (Gabel, 1989, 1990). En realidad, el mecanismo explicado en el pasaje de la disociación es exactamente la esencia de la “hipótesis de la continuidad.”

Referencias

- Agargun, M. Y., Çilli, A. S., Kara, H., Tarhan, N., Kinci, F. y Öz, H. (1998). Repetitive and frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 98–202. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90060-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90060-8)
- Banyard, V. L., Williams, L. M. y Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Trauma & Stress*, 14, 697-715. <https://doi.org/10.1023/A:1013085904337>
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: Relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 592-597. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.592>
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D. y Handelsman, L. (1997). Validity of the *Childhood Trauma Questionnaire* in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L. y Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Berquier, A. y Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 246-250.
- Cicchetti, D. y Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology, Vol. 2.: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 32-71). John Wiley & Sons.
- Duval, M. y Zadra, A. (2010). Frequency and content of dreams associated with trauma. *Sleep and Medical Clinic*, 5, 249-260. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2010.01.003>
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J. y Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1329-1335. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1329>
- Hartmann, E. (1996). Outline for a theory on the nature and functions of dreaming. *Dreaming*, 6(2), 147-170. <https://doi.org/10.1037/h0094452>
- Hartmann, E. (1999). The nightmare is the most useful dream. *Sleep Hypnosis*, 1, 199–203.
- Hartmann, E. y Basile, R. (2003). Dream imagery becomes more intense after 9/11. *Dreaming*, 13(2), 61-66. <https://doi.org/10.1023/A:1023398924124>
- Hill, C. E. y Rochlen, A. B. (2006). *El lenguaje de la noche*. RIL Editores.
- Kramer, M., Schoen, L. S. y Kinney, L. (1984). Psychological and behavioral features of disturbed dreamers. *Psychiatric Journal of University of Ottawa*, 9(3), 102–106.

- Levin, R. (1998). Nightmares and schizotypy. *Psychiatry*, 61(3), 206-216. <https://doi.org/10.1080/00332747.1998.11024832>
- Levin, R. y Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbances. *Sleep*, 25(2), 205-211. <https://doi.org/10.1093/sleep/25.2.205>
- Levin, R., Lantz, E., Fireman, G. y Spendllove, S. (2009). The relationship between disturbed dreaming and somatic distress: A prospective investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8), 606-612. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b0bd65>
- Levin, R. y Nielsen, T. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133(3), 482-528. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.482>
- López Romera, A. (2006). Trastornos del sueño. En I. Suárez Richards (ed.), *Introducción a la Psiquiatría* (pp. 697-709). Polemos.
- Margolin, G. y Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annals Review of Psychology*, 51, 445-479. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.445>
- Mellman, T. y Hipólito, M. M. S. (2006). Sleep disturbances in the aftermath of trauma and post-traumatic stress disorder. *CNS Spectrum*, 11(8), 611-615. <https://doi.org/10.1017/S1092852900013663>
- Miró-Morales, E. y Martínez-Narváez, P. (2004). Tratamientos psicológicos de las pesadillas: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 123-132.
- Molina, J. M. (1996). Dissociation in dreams: The impact of dissociative tendency on dream content. *The Sciences and Engineering*, 57(6), 4076-4080.
- Navarro Egea, J. (2006). Sueños y pesadillas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 265-279.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J. y Putnam, F. W. (2006). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 469-480. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj040>
- Ohayon, M. M., Moreslly, P. L. y Guilleminault, C. (1997). Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep*, 20(5), 340-348. <https://doi.org/10.1093/sleep/20.5.340>
- Parra, A. (2006). *Sueños: Como interpretar sus mensajes*. Kier.
- Parra, A. (2009). *El mundo oculto de los sueños*. Kier.
- Parra, A. (2014). Diferencias individuales en la frecuencia del recuerdo de sueños exóticos. *Suma Psicológica*, 21(1), 63-69. [https://doi.org/10.1016/S0121-4381\(14\)70008-6](https://doi.org/10.1016/S0121-4381(14)70008-6)
- Parra, A. y Ugarte, M. (2018). Experiencias negativas en la niñez y estilo parental dominante en individuos que reportan experiencias paranormales. *Perspectivas en Psicología*, 15(1), 86-97.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Morries, E. y Herbison, G. P. (1999). Psychological defense styles in Women who report childhood sexual abuse: A controlled community study. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1080-1085.
- Schredl, M. (2003). Effects of state and trait factors on nightmare frequency. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 253, 241-247. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0438-1>
- Schredl, M. (2006). Factors affecting the continuity between waking and dreaming: Emotional intensity and emotional tone of the waking-life event. *Sleep and Hypnosis*, 8(1), 1-5.
- Schreuder, B. J., Kleijn, W. C. y Rooijmans, H. G. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of Trauma Stress*, 13, 453-463. <https://doi.org/10.1023/A:1007733324351>
- van de Castle, R. I. (1994). *Our dreaming mind: A sweeping exploration of the role that dreams have played in politics, arts, religion, and psychology*. Ballantine Books.
- Wood, J. M. y Bootzin, R. R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 64-68. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.99.1.64>
- Wood, J. M., Bootzin, R. R., Rosenhan, D., Nolen-Hoeksema, S. y Jourden, F. (1992). Effects of the 1989 San Francisco earthquake on frequency and content of nightmares. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 219-224. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.2.219>
- Zadra, A. y Doneri, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 273-281.
- Zadra, A., Pilon, M. y Donderi, D. C. (2006). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(4), 249-253. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000207359.46223.dc>

HACIA LA EVIDENCIA BASADA EN LA PRÁCTICA EN PSICOTERAPIA

TOWARDS PRACTICE-BASED EVIDENCE IN PSYCHOTHERAPY

Alberto Gimeno Peón

Psicólogo Clínico, práctica privada. Gijón, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6559-5821>

César Mateu Hernández

Psicólogo Clínico, Doctor en Psicología. Unidad de Salud Mental Burjassot.
Departamento Arnau de Vilanova-Lliria, Valencia. España
Facultad de Psicología, Universidad Católica de Valencia. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3063-2837>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno-Peón, A. y Mateu, C. (2020). Hacia la Evidencia Basada en la Práctica en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 179-194. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.387>

Resumen

La práctica basada en la evidencia en psicología ha permitido mostrar la eficacia de multitud de procedimientos y tratamientos psicoterapéuticos dirigidos al abordaje de toda una serie de problemas psicológicos y de los denominados trastornos mentales. Sin embargo, siguen existiendo algunas preguntas abiertas respecto a cuáles son los factores que más influyen en los resultados de la terapia, junto con la dificultad de aplicar el conocimiento adquirido en condiciones controladas a la práctica clínica a la que se enfrentan los especialistas en contextos naturales. En este trabajo se revisan estas cuestiones, así como algunos problemas metodológicos y teóricos relacionados con la práctica basada en la evidencia. Además, se plantea el concepto de la evidencia basada en la práctica como una forma de tender puentes entre las situaciones de investigación más controladas y la práctica rutinaria, revisando y resaltando aquellos elementos del proceso terapéutico que contribuyen a mejorar los resultados de la psicoterapia.

Palabras clave: *práctica basada en la evidencia, evidencia basada en la práctica, psicoterapia, psicología clínica, investigación orientada por la práctica.*

Abstract

Evidence-based practice in psychology has shown the effectiveness of a multitude of psychotherapeutic procedures and treatments aimed at addressing a whole series of psychological problems and the so-called mental disorders. However, there are still some open questions regarding which factors influence the results of therapy the most, along with the difficulty of applying the knowledge acquired under controlled conditions to the clinical practice faced by specialists in natural contexts. This paper reviews these questions, as well as some methodological and theoretical problems related to evidence-based practice. In addition, the concept of practice-based evidence is proposed as a way to build bridges between the most controlled research situations and routine practice, reviewing and highlighting those elements of the therapeutic process that contribute to improving the results of psychotherapy.

Keywords: *evidence-based practice, practice-based evidence, psychotherapy, clinical psychology, practice oriented research.*



El desarrollo de la investigación acerca de la psicoterapia, así como de su aplicación en el ámbito clínico ha sido innegable en las últimas décadas. Esta ha dejado más que demostrada su eficacia a la hora de abordar un gran número de problemas humanos, habitualmente categorizados como “trastornos mentales” (Lambert, 2013). Gran parte de este mérito lo tiene el haber sido capaz de adoptar los criterios de la medicina basada en la evidencia, dando lugar a la práctica basada en la evidencia en psicología (PBEP, en adelante; American Psychological Association, 2006), lo que ha permitido mostrar el valor de los tratamientos psicológicos, especialmente en cuanto al bienestar de la población se refiere.

Sin embargo, a pesar de sus bondades, el modelo actual de PBEP adolece de algunos puntos débiles que merecen ser objeto de reflexión. Entre ellos, destaca la enorme dificultad a la hora de trasladar toda la tecnología y conocimiento adquirido mediante estudios controlados al contexto clínico real, la práctica rutinaria de los especialistas. Algunos autores han criticado los postulados de la PBEP por considerarlos reduccionistas (Berg, 2019; Berg y Slaattelid, 2017), por ejemplo. Otros se han referido a la brecha existente entre investigación y práctica clínica (Castonguay et al., 2019; Fernández-Álvarez et al., 2020) y a la falta de consenso con respecto a los principios que operan en psicoterapia, en parte agravado por la tendencia a privilegiar nuevos términos o conceptos que tratan de reinventar viejas ideas (Goldfried, 2019). Estas y otras circunstancias han llevado a la propuesta de un enfoque conocido como evidencia basada en la práctica, cuyo objetivo no es sustituir el paradigma de la PBEP ni contraponerse al mismo, sino complementarlo y enriquecerlo, acercándolo a las situaciones diarias que los psicólogos clínicos deben afrontar en su propio ámbito de trabajo.

El objetivo de este trabajo es revisar el concepto de PBEP, incidiendo en algunas críticas y limitaciones con respecto a su aplicación a la psicoterapia, así como señalando aquellos factores que han demostrado ser más importantes de cara a un desempeño más efectivo. Finalmente, se presentará el concepto de evidencia basada en la práctica, citando algunos ejemplos reales.

La práctica basada en la evidencia en psicología

Décadas de estudios en psicoterapia nos han permitido llegar a una serie de conclusiones, recogidas en el trabajo fundamental de Lambert (2013). La básica, y de mayor interés, es la de su más que demostrada eficacia, presentando en términos generales un tamaño del efecto alto, de alrededor de 0.80. Y eso es así en el caso de multitud de problemas psicológicos, logrando cambios estables que suelen mantenerse a largo plazo, incluso cuando se trata con lo que generalmente se categoriza como “trastornos mentales graves”.

Así mismo, diversas investigaciones han hallado resultados más problemáticos y, en algunos casos, incluso polémicos. Es especialmente intenso el debate acerca de la ausencia de diferencias significativas, en términos generales, con respecto a la eficacia de diversos modelos y tipos de tratamiento psicológico (Wampold e

Imel, 2015), aquello que se ha venido denominando como “el veredicto del Pájaro Dodo”, y que todavía hoy genera debates acalorados entre investigadores y clínicos (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017; Luborsky et al., 2002). Si bien es cierto que si se habla en términos propios de un modelo médico (utilizando diagnósticos basados en la supuesta presencia de trastornos) algunos tipos de tratamiento han mostrado ser más eficaces que otros, se podrían cuestionar varios factores al respecto, desde la fiabilidad de los criterios diagnósticos hasta el tipo de intervenciones utilizadas para demostrar la pretendida superioridad de un tratamiento determinado. Por otro lado, algunas revisiones cuestionan la ausencia de diferencias significativas entre enfoques de terapia, así como el valor dado a los factores comunes a estos (Cuijpers et al., 2019).

Lo que resulta incuestionable es que, a pesar de haber avanzado tanto en la investigación en psicoterapia y haber engrosado drásticamente los listados de tratamientos con apoyo empírico, la variabilidad de resultados sigue siendo enorme. Que el margen de mejoría es amplio lo indican datos como el porcentaje de personas que no muestran progreso alguno durante la terapia (entre un 30-50%; Lambert, 2013), una tasa media de abandonos que oscila en torno al 20% (Swift y Greenberg, 2012) o el hecho de que entre el 5% y el 10% de las personas adultas y entre el 14% y el 24% de niños empeoran de forma significativa durante la intervención (Lambert, 2013). Por supuesto, lo que llamamos “abandono prematuro” no siempre es señal de un resultado negativo; en muchas ocasiones, la persona considera que ya ha obtenido la ayuda suficiente que esperaba y no ve necesario acudir a más sesiones (Roe et al., 2006; Westmacott y Hunsley, 2010). Así mismo, que alguien empeore mientras acude a terapia no implica que sea el propio tratamiento el responsable de esa progresión negativa; simplemente, puede decirse que ya había una trayectoria de deterioro previa a comenzar la psicoterapia y que ésta ha sido incapaz de detener y mucho menos revertir. Por desgracia, la disciplina todavía adolece de algunas dificultades a la hora de recoger resultados de una forma del todo fiable (Langkaas et al., 2018). De todas maneras, no conviene caer en interpretaciones autocomplacientes sobre estos resultados aparentemente adversos y descartar la autocrítica, la cual es necesaria para poder estudiar estos fenómenos y encontrar métodos prácticos que permitan aumentar la eficacia general de los clínicos. En relación con todo lo anterior, es también importante resaltar que los porcentajes citados (en cuanto a casos que mejoran, abandonan o empeoran) varían mucho en función de un factor clave: el profesional encargado de llevar a cabo la psicoterapia. Existen diferencias significativas en los resultados de la intervención en función de quien sea el especialista responsable (Barkham et al., 2017), como se verá más adelante.

Aunque el concepto de PBEP parece muy arraigado entre clínicos, investigadores y estudiantes de psicología, cabe preguntarse hasta qué punto realmente se comprende su sentido en realidad, así como todo lo que abarca. Pareciera que toda la PBEP se redujera a elegir un tratamiento específico de un listado y aplicarlo cuando detectemos un trastorno concreto. Sin embargo, la idea que subyace a la

práctica basada en la evidencia (no solo en psicología) es mucho más amplia y compleja. La PBEP se define como “*la integración de la mejor evidencia disponible con la pericia clínica, en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente*” (American Psychological Association, 2006). Estos tres factores se han representado, con fines didácticos, como las tres patas de un taburete, aunque realmente no son elementos independientes que operan al margen los unos de los otros, sino que son variables inseparables que se influyen mutuamente y muestran cierto solapamiento, tal y como las representan, por ejemplo, Mulder et al. (2017), y donde vemos que juegan un papel importante otros factores como la toma de decisiones colaborativa, la formulación personalizada de cada caso o la monitorización de resultados, entre otros. Aquí tienen cabida también la investigación de resultados, la investigación de procesos y la investigación básica sobre aquellos aspectos que influyen en el bienestar personal.

Como se indicaba en la introducción, que la psicología aceptara las reglas del juego de la medicina basada en la evidencia ha supuesto un hito importante que ha permitido dotar de una base científica a las actividades del profesional dedicado a la psicoterapia. Fruto de ello, han aparecido un elevado número de tratamientos psicológicos que han logrado alcanzar el estatus de “tratamientos con apoyo empírico”, siendo estos de muy variada procedencia teórica y aplicables a toda una miriada de problemas humanos (incluso en aquellos considerados más graves, como los trastornos psicóticos). Se podría decir que, dentro de las actividades sanitarias, han colocado a la psicoterapia (y con ello, la labor de los psicólogos clínicos) en el lugar que se merece, respaldados por una metodología suficientemente sólida. Sin embargo, esta misma metodología, adolece de una serie de limitaciones y problemas, de entre los que se podrían destacar (aunque no son los únicos) los siguientes:

- *Crisis de replicabilidad en psicología clínica*: Tackett et al. (2019) han señalado una serie de motivos de preocupación con respecto a los estudios en psicología clínica, alarmados ante la crisis de replicabilidad, que no solo afecta al ámbito de la terapia, sino a otras aplicaciones de la psicología. Los problemas principales parecen estar relacionados con las limitaciones inherentes al uso de la significación estadística como criterio de eficacia, pero también incluyen cuestiones tales como la falta de fiabilidad de los diagnósticos que siguen un modelo médico, los sesgos de publicación (con una sobrerrepresentación de estudios con resultados positivos, hasta el 96% de los publicados), prácticas de investigación cuestionables o falta de validez externa de las investigaciones controladas y la dificultad asociada de trasladar los resultados al contexto clínico real.
- *Crisis en los tratamientos psicológicos con apoyo empírico*: los criterios para considerar que un tratamiento goza de suficiente apoyo empírico son cuestionables. Wampold e Imel (2015) han señalado cómo en numerosas ocasiones se han comparado sus efectos con una supuesta terapia que, realmente, no se había diseñado como lo que estos autores

denominan una psicoterapia *bona fide*. Más aún, una revisión meta-científica reciente ha puesto de manifiesto problemas importantes en gran parte de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos con apoyo empírico (Sakaluk et al., 2019). Estos autores hallaron que, cuando se analizan los resultados de una manera más rigurosa, la evidencia otorgada a muchas de estas terapias es menor de lo que se considera en listados como el de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, 2016). Casi el 50% de los estudios analizados contenían al menos un error en cuanto al análisis estadístico y su interpretación; de hecho, en el 13% de las publicaciones se detectaron errores graves que socavaban las conclusiones a las que llegaban los autores.

– *Problemas epistemológicos y pragmáticos al adoptar el modelo médico en psicología:* a la hora de elaborar guías de tratamientos psicológicos eficaces se han seguido las mismas directrices que las empleadas en las guías de intervenciones médicas, asumiendo que se rigen por los mismos principios y abordan elementos similares. Pero, como señalan Pérez-Álvarez et al. (2003), las reglas que rigen la aplicación de los tratamientos psicológicos deben ser diferentes a las de los tratamientos médicos, ya que se diseñan para tratar problemas psicológicos, no biológicos ni neurológicos; protocolizar una terapia no soluciona completamente el problema del control experimental; y no es suficiente con valorar la reducción de síntomas como criterio de éxito, ya que hay otro tipo de cuestiones relacionadas con el bienestar y lo que se considera mejoría en el campo de la salud mental que son igualmente (o más) importantes. Existen numerosas investigaciones que demuestran que las psicoterapias pueden mejorar la calidad de vida en la mayoría de los trastornos mentales. Sin embargo, hay relativamente poca investigación disponible sobre resultados definidos por el propio paciente. De hecho, los pacientes generalmente no solo acuden a la terapia para obtener alivio de los síntomas, sino también para abordar otros problemas personales que repercutan de manera positiva aumentando su calidad de vida (Cuijpers, 2019). Algunos autores, dado que el paciente es el principal agente de cambio, proponen un modelo conceptual de “buen resultado” en psicoterapia. Desde la perspectiva de los pacientes, un buen resultado puede entenderse como sentirse empoderado, encontrar el equilibrio personal y poder continuar afrontando los problemas, lo que indica que se trata de un proceso continuo y variable según la experiencia personal (De Smet et al., 2020).

¿La mejor evidencia disponible?

Siendo este factor, probablemente, el que más se identifica con la PBEP, llama la atención la falta de guías que especifiquen claramente cuál es la mejor evidencia disponible, más allá de un listado de tratamientos dirigidos a abordar trastornos

mentales con nombre propio. Al mismo tiempo que el listado crece, lo hace también el número de publicaciones sobre psicoterapia y la facilidad de acceso a las mismas. Dentro de la confusión que puede suponer para muchos clínicos (especialmente los más inexpertos) encontrarse con estudios que afirman demostrar unos resultados y, al poco tiempo, otro estudio que lo cuestiona, no sería de extrañar que la manera que se tenga de responder a esta cuestión sea mediante un sesgo de confirmación, que induce al profesional a confiar más en aquellos trabajos que confirman sus teorías, modelos y visión de la psicoterapia, por encima de la validez empírica de los mismos.

La propia APA (2006) indica que, mientras que un enfoque que sólo considera los tratamientos con apoyo empírico trata de responder a la pregunta de si un tratamiento concreto funciona bajo unas circunstancias específicas (y se centra, por tanto, en la terapia), en la PBEP se comienza por el paciente con el objetivo de dilucidar qué pruebas son aquellas que ayudarán al clínico a lograr el mejor resultado para esa persona, en su contexto real. Para este fin, no solo son útiles los ensayos clínicos aleatorizados y los meta-análisis, sino que también cabe considerar otro tipo de diseños de investigación, que también se incluyen dentro de las prácticas basadas en la evidencia como los estudios de caso y la investigación cualitativa, entre otros, ya que son fuentes de información que no deben ser descartadas por no tener el nivel de control experimental de los ensayos clínicos (Heinonen y Nissen-Lie, 2020).

Conocer la mejor evidencia disponible no se limita a estar al tanto de los tratamientos con apoyo empírico, sino que implica saber qué factores de la terapia tienen una influencia en los resultados y de qué manera lo hacen. Norcross y Lambert (2019) han puesto de manifiesto que el método de tratamiento supone solo un 10% de la varianza de los resultados en psicoterapia y que otros elementos tienen un papel relevante: características y recursos del paciente (30%), la alianza terapéutica (15%), características del clínico (7%), otros factores (3%); quedando todavía un 35% de varianza no explicada. Por supuesto, esta separación es igual de artificial que la de los elementos de la PBEP. Técnicas, método, alianza, características del profesional y del paciente no son elementos que puedan existir de forma independiente, sino que interactúan entre sí dinámicamente, estableciendo relaciones complejas cuyos efectos no pueden separarse de forma pura. La cuestión a resaltar aquí es que hay toda una serie de factores que el psicólogo clínico debe conocer, los cuales son apoyados por la evidencia en mayor medida que la mayoría de los tratamientos con apoyo empírico. Se trata de elementos tales como la alianza terapéutica, la obtención y uso de feedback, el manejo de la contratransferencia, la reparación de rupturas en la alianza y diferentes métodos de adaptación de la terapia a ciertas características de los pacientes, entre muchas otras, cuya evidencia recogen Norcross y Wampold (2018). En realidad, estos factores representan un 14% de la varianza del resultado en psicoterapia, ya que el 86% restante se atribuye a los factores propios de la vida del cliente que no tienen ninguna relación con lo que ocurre en la psicoterapia. Aunque a simple vista un 14% pueda parecer un porcentaje pequeño, su papel es

de crucial importancia, dado que todos los factores que influyen en el proceso del tratamiento psicológico se engloban en ese pequeño, y a la vez tan enorme, 14% (Norcross y Lambert, 2019). En la tabla 1 se muestra el peso de cada factor dentro del porcentaje anteriormente mencionado (Duncan, 2014).

Tabla 1. *Porcentaje de Varianza Explicada por Factores que Influyen en la Psicoterapia*

FACTORES	% DE VARIANZA DE RESULTADO EXPLICADA
Efectos del terapeuta	36%-57%
Alianza	36%-50%
Feedback	21%-42%
Modelo/Técnica: Efectos generales (racional y ritual), Expectativa del cliente (esperanza, placebo), Confianza en el terapeuta.	28%-?
Modelo/Técnica: Efectos específicos (diferencias entre modelos)	7%

El profesional eficaz y su formación

Aunque el interés acerca de las características que convierten a un clínico en un profesional eficaz ha estado presente en la literatura desde hace décadas, en los últimos años el desarrollo de la metodología ha permitido estudiar el fenómeno de los efectos del terapeuta (el porcentaje de la varianza de los resultados que depende del profesional y no de otras variables de la psicoterapia) en mayor detalle y de forma más fiable. Como es habitual, existe cierta variabilidad entre estudios, pero se puede hablar de que esta variable influye en entre un 5% y 8% de los resultados del tratamiento (Barkham et al., 2017). Este porcentaje, además, es mayor cuando se trata de casos más graves. Este fenómeno indica, en líneas generales, que: hay profesionales que son mejores que otros; esta diferencia es un hecho estable en el tiempo y frente a diferentes tipos de casos; los clínicos más efectivos logran mayores porcentajes de mejoría, reduciendo las tasas de abandonos prematuros y de casos que empeoran de forma significativa; y para todo esto emplean un número menor de sesiones, lo que los hace más eficientes (Castonguay y Hill, 2017).

No es de extrañar que la pericia sea un aspecto a considerar en psicoterapia. Al fin y al cabo, la persona del profesional es una herramienta imprescindible mediante la que se pone en marcha el tratamiento, que interactúa con los pacientes, que influye y, a la vez, es influido por ellos, por lo que es importante que esté “en forma” si quiere dar un buen servicio. Se ha tratado de dilucidar qué características tienen los clínicos que muestran un desempeño superior y no se ha encontrado que la diferencia esté relacionada con variables tales como la experiencia, la edad, la orientación teórica, la psicoterapia personal o la supervisión, entre otros aspectos, tal y como muestran varias revisiones (e.g.: Chow, 2014; Castonguay y Hill, 2017; Prado-Abril et al., 2019; Wampold et al., 2017). Wampold et al. (2017) concluyen que hay evidencia para considerar que los clínicos más eficaces reúnen, al menos,

cuatro características: son capaces de establecer buenas alianzas terapéuticas con un amplio rango de personas de diferentes características (y niveles de gravedad); muestran lo que algunos autores han denominado habilidades facilitadoras del cambio (Anderson et al., 2009) y que tienen que ver con factores como la empatía, calidez o fluidez verbal, entre otros; dudan acerca de su propio desempeño, pero con un sentido del self positivo (Nissen-Lie et al., 2017); y, por último, comienza a proponerse que el tipo de práctica que el psicólogo utiliza para mejorar, como parte de su desarrollo profesional, así como el tiempo dedicado a la misma, puede estar también asociado a los efectos del terapeuta.

Habida cuenta de la importancia no solo de lo que hace el profesional de la psicoterapia, sino también del cómo lo hace, parece sensato estudiar si la formación que estamos ofreciendo a los clínicos es la más adecuada. Más allá de los contenidos formativos, toca centrarse en los métodos de enseñanza y aprendizaje de habilidades terapéuticas comunes a diferentes formas de intervención, así como de destrezas más específicas centradas en técnicas y modelos concretos. Una vez que hemos puesto a prueba diferentes tratamientos, llega el momento de hacer lo propio con la formación para comprobar si es eficaz a la hora de alcanzar el objetivo: mejorar el desempeño de los clínicos a la hora de hacer psicoterapia. En ese sentido, están surgiendo interesantes propuestas. Una de ellas es la denominada práctica deliberada (Erickson et al., 1993), un tipo de entrenamiento que se ha estudiado previamente en otras disciplinas y que, algunos autores están tratando de adaptar a la formación en psicoterapia (Prado-Abril et al., 2019; Rousmaniere, 2016, 2019). En términos generales, implica un método en el que un supervisor observa una grabación de trabajo real del clínico para poder darle *feedback* preciso y señalar aspectos a mejorar, acordando una serie de prácticas que permitan al supervisado mejorar su desempeño e ir, progresivamente, refinando las habilidades diana. Otros autores se han referido a la práctica reflexiva (Stedmon y Dallos, 2009) o a la práctica personal (Bennet-Levy, 2019), siendo especialmente sugerente esta última propuesta. Bennet-Levy (2019) ofrece un modelo parsimonioso en el que se tienen en cuenta tanto los aspectos más técnicos de la formación del profesional como aquellas características y circunstancias personales que influyen en el buen quehacer diario del clínico, tratando de fomentar la reflexión y la conciencia de la identidad profesional y la identidad personal e integrándolas por medio de una serie de acciones, que permitan actuar a modo de puente entre los métodos más tradicionales de formación y los componentes de la práctica personal en sí mismos.

Todo lo anterior parece indicar la importancia de la formación en habilidades terapéuticas, no solo las básicas, sino también algunas más avanzadas, así como las específicas del propio método de intervención y las comunes a otras prácticas eficaces. No sería descabellado pensar que en poco tiempo se hable de “*métodos de formación en psicoterapia basados en la evidencia*”. Un paso previo deberá consistir, necesariamente, en revisar el tipo de aprendizaje que están siguiendo los futuros profesionales que se dediquen en la psicoterapia. Un trabajo que ya se ha

comenzado a hacer en el caso de la psicología clínica y de su formación sanitaria especializada (Montejano y García, 2019; Prado-Abril et al., 2017; Prado-Abril et al., 2019).

La persona que acude a terapia: motor del cambio

Todo lo señalado hasta ahora no debe hacer perder de vista al clínico algo fundamental: el protagonista del cambio, y por tanto de la terapia, sigue siendo la persona que acude a consulta. Ningún tratamiento, por mucho apoyo empírico con el que cuente, ni ningún profesional, por bueno que sea, son efectivos si no tienen en consideración el tercer factor de la PBEP: la persona, con sus características psicológicas, sus valores, sus preferencias y el contexto en el que tiene lugar su historia. Tal y como señalan Bohart y Wade (2013):

es el cliente, más que el terapeuta, quien pone en marcha el proceso de cambio. Si el cliente no absorbe, utiliza y sigue adelante con los esfuerzos del terapeuta, no sucede nada. ¡Más que discutir acerca de si la terapia funciona o no, deberíamos plantearnos si el cliente funciona! En este sentido, necesitamos un cambio en nuestra forma de pensar sobre la eficacia de la psicoterapia. Los clientes no son objetos inertes a los que se les administran técnicas. No son variables dependientes sobre las que operan variables independientes. (p. 219)

Este es otro de los problemas con los que se encuentra la psicoterapia cuando trata de mimetizar el modelo médico: se pierde de vista que la persona no es un receptor pasivo de nuestra pericia y tratamientos basados en la evidencia, cuyo único papel es seguir a rajatabla las indicaciones del psicólogo clínico, ante las que se espera que reaccione como si fuera una molécula; ésto no es muy diferente a tratar una depresión utilizando fármacos que reequilibren los niveles de serotonina, por ejemplo. Una intervención enfocada de esta manera patologiza en exceso los problemas humanos y deja al paciente indefenso, lo desautoriza y minusvalora sus propios recursos; le quita el protagonismo de su propia vida.

A pesar de la tendencia, en algunos ámbitos, a centrarse cada vez más en variables “neuro” (Slife et al., 2010; parece como si recurrir a esa palabra diera una capa extra de apariencia científica a la psicoterapia), lo cierto es que hay evidencias que apuntan a multitud de variables psicológicas asociadas a las personas que acuden a terapia y que tienen un peso significativo en los resultados. La revisión de Bohart y Wade (2013) recoge las más importantes, tratándose de aspectos que no residen en el cerebro, sino en la psicología, en la interacción con otras personas y el mundo.

Por este motivo, se han llevado a cabo numerosos estudios cuya finalidad es encontrar las maneras más eficaces de adaptar la psicoterapia a ciertas características de las personas, aquellas sobre las que existe evidencia de su contribución a los resultados. Norcross y Wampold (2019) han revisado la importancia de diferentes métodos de adaptación, entre los que se incluyen la cultura de la persona (Soto et al., 2018), sus preferencias (Swift et al., 2018), nivel de reactividad (Beutler et al.,

2018a), estilo de afrontamiento (Beutler et al., 2018b), estilo de apego (Levy et al., 2018) o motivación para el cambio (Krebs et al., 2018).

Modelos, teorías y prejuicios

A pesar de que muchas voces, apoyadas en la investigación, insisten en señalar que la orientación teórica o modelo de terapia no es tan relevante como otros aspectos de la interacción consultante-psicólogo clínico, todavía muchos profesionales se resisten a esta realidad. Cecchin (2010) ha utilizado el término “*prejuicios sistémicos*” en referencia al trabajo desde su propio modelo para resaltar que nuestras teorías no dejan de ser hipótesis sobre el funcionamiento humano y, en concreto, sobre lo que es o no patológico y lo que se debe hacer para ayudar a las personas. Pero las teorías no son en sí mismas la realidad. Parece apropiado adoptar este concepto de prejuicios por parte de clínicos de cualquier orientación, no para desvalorizar los modelos conocidos ni dejar de contar con ellos, sino para evitar que un uso inflexible de los mismos lleve a una práctica rígida que termine realizando su propia versión de la historia del lecho de Procusto (utilizar el mismo método de tratamiento y de relación terapéutica con cualquier persona, sin tener en cuenta sus particularidades), lo cual no deja de ser un sesgo del que el profesional debe desear prescindir a toda costa. Una actitud como esta permite dar cabida a la curiosidad como antídoto ante el dogmatismo, abriendo posibilidades para aquellas personas con las que el método favorito del profesional no está dando resultado; previniéndonos así, de recurrir a manidos sesgos confirmatorios que descargan la responsabilidad del fracaso terapéutico sobre los hombros del consultante.

Es complicado, sin embargo, ver desde esta óptica los modelos teóricos cuando se pretende considerar la psicoterapia como la aplicación de una ciencia natural. Resulta difícil no concebir la psicología clínica como una ciencia social, habida cuenta de que se trata de un campo que estudia cómo las personas se relacionan entre sí, con el mundo, y con ellas mismas; donde el contexto, en un sentido amplio, tiene un papel fundamental a la hora de investigar la conducta humana y los fenómenos asociados. Así lo señala Pérez-Álvarez (2019), quien subraya el hecho de que aquello en lo que se centra la psicoterapia no son entidades fijas y naturales, sino interactivas y que dependen, en gran parte, de nuestra propia visión (socialmente construida) del mundo. La psicología es una ciencia social y eso no la hace menos científica ni le quita valor alguno.

La identificación extremadamente rígida con un modelo y su presunción de ser el único verdadero y “científico” está estrechamente relacionada con la intolerancia beligerante hacia otras propuestas y teorías, tachadas en muchas ocasiones de pseudoterapias. Lo cual hace un flaco favor a las personas que solicitan ayuda psicoterapéutica, más aún si se señala de nuevo que hay varios enfoques que han mostrado buenos resultados con respecto a diversos problemas psicológicos. Quizás un camino más productivo implique trabajar en meta-modelos que permitan integrar los aportes de cada una de las tradiciones teóricas que han mostrado eficacia, como

puede ser el modelo contextual de Wampold (Wampold e Imel, 2015).

No es de extrañar que expertos internacionales en la materia insistan cada vez más en darle a la psicoterapia un aire integrador, lo cual no implica caer en un eclecticismo intuitivo y falta de coherencia, algo que se suele achacar a quienes defienden una actitud integradora de los tratamientos psicológicos sino más bien todo lo contrario, pues aunque hasta la fecha se considera que la división en diferentes escuelas, la falta de especificidad, la duración excesiva del tratamiento, la accesibilidad limitada, el excesivo individualismo ideológico, la brecha entre investigación y práctica clínica, y la tendencia a redescubrir lo que ya se ha descubierto en el pasado han sido los principales factores que han dificultado la integración, algunos autores consideran que, sin estar exenta de problemas y resistencia al cambio, dicha integración puede acabar ocurriendo a largo plazo de manera natural (Goldfried, 2019; Paris, 2013). Más aún teniendo en cuenta que cada vez más psicólogos clínicos se consideran integradores. Por ejemplo, en una muestra compuesta por 350 especialistas y residentes de psicología clínica en España, Prado-Abril et al. (2019) encontraron que el 67.1% decía trabajar desde un enfoque integrador. Se trata de una muestra en la que la experiencia media es cercana a los 10 años, por lo que no se puede achacar este porcentaje a la falta de práctica clínica real. Es posible que durante el desarrollo profesional de los psicólogos clínicos se vaya haciendo más evidente que trabajar de forma limitada con un único modelo que permanece ajeno a las aportaciones de otros enfoques, no es el mejor planteamiento para ayudar a la población.

Integrar, poner en cuestión los modelos teóricos o relativizar la influencia de la técnica específica no significa decir que es válido cualquier tipo de abordaje. En psicología clínica y en psicoterapia sirven muchas cosas, pero no todo vale. Flexibilidad no implica falta de rigor.

Evidencia basada en la práctica

La PBEP ha aportado un conocimiento muy importante al campo de la psicoterapia. Sin embargo, gran parte del mismo procede de estudios muy controlados en los que la falta de extrapolación a la práctica clínica rutinaria se ha convertido en un problema. El mayor porcentaje de tratamientos psicológicos se llevan a cabo en un contexto real, donde no es posible una selección y control de variables tan rigurosa como la que muestran los ensayos clínicos. Tampoco se dan, muchas veces, las condiciones idóneas; por ejemplo, en los servicios de salud mental públicos la escasez de personal y otros motivos organizacionales dificulta que la terapia se produzca con la frecuencia recomendada.

La idea de la evidencia basada en la práctica (Margison et al., 2000) está muy ligada al concepto de efectividad, a la práctica clínica rutinaria, con la intención de analizar qué es lo que hacen los profesionales en su trabajo diario y, aún más importante, cuál es el resultado de su intervención. En ese sentido, se considera necesario utilizar medidas de monitorización de resultados de forma sistemática

que permitan recoger información de calidad. El uso de instrumentos de este tipo ha mostrado mejorar los resultados de la terapia en varios aspectos, especialmente en aquellos casos en los que existe un riesgo de fracaso (Gimeno-Peón et al., 2018b). Dicho de otra forma, la evidencia basada en la práctica implica conocer qué se hace de forma habitual en las consultas de psicoterapia y qué resultado se está obteniendo. Interesa, por lo tanto, recoger información variada, no solo de resultados, sino también sobre procesos, *feedback* cualitativo de los consultantes, *feedback* proporcionado por expertos, etc. En cierto sentido se trata de responder a la pregunta “¿cuál es la mejor evidencia disponible en este contexto, con esta población y con este equipo profesional?”. Hay dos componentes, en definitiva, a considerar: la efectividad, extrapolación de los resultados a otros servicios de salud mental, dispositivos o contextos, y la práctica clínica en la que se analicen los resultados y se pueden detectar diferencias individuales, subgrupos de consultantes o diferencias entre clínicos (Barkham y Mellor-Clark, 2003).

Al contrario de lo que sucede en los ensayos clínicos, donde se sigue un tratamiento manualizado y muy estructurado, una práctica clínica que se guíe por los resultados, momento a momento, es más reactiva y puede responder de forma inmediata cuando se detectan problemas; esto hace que se abra la posibilidad a buscar alternativas terapéuticas, abriendo un proceso de toma de decisiones colaborativo que termine en un cambio en la intervención. Además, favorece en los equipos una actitud reflexiva, no enjuiciadora, que da incluso la oportunidad de mejorar el desempeño de los terapeutas (Barkham y Mellor-Clark, 2003).

Margison et al. (2000) han señalado que es posible y deseable tender puentes entre la PBEP y la evidencia basada en la práctica, para lo cual proponen algunas guías: identificar qué intervenciones se están llevando a cabo y los motivos para ello; desarrollar la habilidad para usar diferentes tipos de formulación de casos; identificar problemas en la alianza terapéutica, así como formas de solucionarlos; auto-evaluación y supervisión por pares para valorar adherencia, competencia y destrezas; usar medidas de resultado adecuadas, contando con datos de comparación normativos e índices de cambio (estadístico y clínico) significativo y utilizar redes entre investigadores centrados en la práctica clínica.

La evidencia basada en la práctica se puede aplicar a diferentes niveles: desde una consulta individual de un psicólogo clínico que monitoriza y revisa sus resultados, hasta la creación de *Practice Research Networks*, grupos de clínicos individuales, equipos y servicios que se ponen de acuerdo para compartir una cantidad grande de datos de su práctica rutinaria (Barkham y Mellor-Clark, 2003). Existen investigaciones que muestran que aplicar principios como los que se han venido delineando logra, a largo plazo, mejorar los resultados globales de servicios de salud mental (Reese et al., 2014; Goldberg et al., 2016).

Ejemplos de estudios que podrían categorizarse como evidencia basada en la práctica se encuentran en el trabajo de Bergström et al. (2018) sobre el Diálogo Abierto, en el que describen en detalle la intervención realizada y hacen un se-

guimiento de los resultados a lo largo de un amplio período de tiempo. También podría ser el caso, más cercano, de la labor de los psicólogos clínicos que trabajan en Atención Primaria en los servicios públicos del Principado de Asturias que, sin ceñirse a un manual o protocolo fijo, han monitorizado sus resultados (recogiendo también *feedback* cualitativo de los consultantes) y registrado el tipo de intervenciones realizadas (López et al., 2019), complementario a otro tipo de tratamientos más estructurados (véase, por ejemplo, Gárriz et al., 2019) y centrados en variables y procesos psicológicos transdiagnósticos que pretenden resolver algunos de los problemas asociados al modelo médico en psicoterapia.

Conclusiones

La PBEP ha permitido dotar a la psicoterapia de la entidad que merece, disipando las dudas que acerca de su utilidad se han venido plateando desde algunos sectores. Sin embargo, sigue habiendo aspectos mejorables. El primero es el de la manida comparación con el modelo médico a la hora de adaptar sus propias reglas del juego en cuanto a métodos para mostrar su eficacia. Quizás en las décadas venideras, se observe el desarrollo de una PBEP donde se tenga más en cuenta lo propiamente psicológico y que no necesite calcar las directrices de la medicina basada en la evidencia para gozar de buena autoestima y salud. Otro aspecto importante tiene que ver con el riesgo de centrar toda la atención en los modelos de tratamiento y no en otras variables cuya influencia en una buena evolución de la terapia psicológica es igual o más importante. Circunscribir la práctica clínica al uso de manuales de tratamiento destinados a abordar trastornos conlleva el riesgo de desatender otros aspectos clave, principalmente aquellos relativos a las diferencias individuales (tanto de consultantes como de clínicos), amén de seguir ofreciendo una visión de los problemas psicológicos como equivalentes a los médicos y propiciar el uso interesado de las marcas registradas (Gimeno-Peón et al., 2018a).

El desarrollo de la evidencia basada en la práctica no tiene como finalidad sustituir el paradigma de la PBEP, sino tender puentes entre ambas, y es acorde con lo que para muchos es la clave para ofrecer el mejor servicio a la población: más que ofrecer el mismo tratamiento para todo el mundo, una terapia eficaz es aquella que se realiza a la medida de cada persona; es única en cada caso y se guía por las características, fortalezas, preferencias y personalidad de los individuos. Por su parte, el psicólogo clínico efectivo será aquel con una formación que realmente le permita impulsar su desarrollo profesional, humilde y capaz de adaptar tanto el método de tratamiento como el tipo de alianza terapéutica construida con cada persona y circunstancia particular (Norcross y Lambert, 2019).

Referencias

- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- American Psychological Association (2016). *Psychological Treatments: Division 12*. <https://www.div12.org/treatments/>
- 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>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. y Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. En L. G. Castonguay y C. E. Hill (eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13-36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Barkham, M. y Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(6), 319-327. <https://doi.org/10.1002/cpp.379>
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 62, 133-145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Berg, H. (2019). Evidence-Based Practice in Psychology Fails to Be Tripartite: A Conceptual Critique of the Scientocentrism in Evidence-Based Practice in Psychology. *Frontiers in psychology*, 10, 2253-2253. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02253>
- Berg, H. y Slaattelid, R. (2017). Facts and values in psychotherapy—A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 1075-1080. <https://doi.org/10.1111/jep.12739>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A. y Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research*, 270, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Beutler, L. E., Edwards, C. y Someah, K. (2018a). Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1952-1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>
- Beutler, L. E., Kimpura, S., Edwards, C. J. y Miller, K. D. (2018b). Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1980-1995. <https://doi.org/10.1002/jclp.22684>
- Bohart, A. C. y Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. En M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 219-257). Wiley.
- Castonguay, L., Constantino, M. J. y Xiao, H. (2019). Integrating research and practice. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 432-447). Oxford University Press.
- Castonguay, L. y Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association.
- Cecchin, G. (2010). *Los prejuicios sistémicos* [Entrada en un Blog]. <http://terapia-familiar-ecosistemica.blogspot.com/2010/03/los-prejuicios-sistemicos.html>
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists* [Tesis Doctoral, Universidad de Curtin (Australia)]. <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/45>
- Cuijpers, P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry*, 18(3), 276-285. <https://doi.org/10.1002/wps.20661>
- Cuijpers, P., Reijnders, M. y Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- De Smet, M. M., Meganck, R., De Geest, R., Norman, U. A., Truijens, F. y Desmet, M. (2020). What “good outcome” means to patients: Understanding recovery and improvement in psychotherapy for major depression from a mixed-methods perspective. *Journal of Counselling Psychology*, 67(1), 25-39. <https://doi.org/10.1037/cou0000362>
- Duncan, B. L. (2014). *On becoming a better therapist*. American Psychological Association.
- Erickson, K. A., Krampe, R. T. y Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review*, 100(3), 363-406.
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Penedo, J. M. G. y Youn, S. J. L. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 81-90. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>

- Gárriz, M., Elices, M., Peretó, M., Martín-López, L. M., Justicia, A. y Pérez, V. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy delivered in primary care: a naturalistic, mixed-methods study of participant characteristics and experiences. *Mindfulness*, 11(2), 291-302. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01166-y>
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Álvarez-Casariago, M. T. (2018a). Psicoterapia: marca registrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 131-144.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018b). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174-182. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., ... Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367-375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484-496. <https://doi.org/10.1037/amp0000365>
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulada a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- Heinonen, E. y Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. y Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- 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* (pp. 169-218). John Wiley & Sons.
- Langkaas, T. F., Wampold, B. E. y Hoffart, A. (2018). Five types of clinical difference to monitor in practice. *Psychotherapy*, 55(3), 241-254. <https://doi.org/10.1037/pst0000194>
- Levy, K. N., Kivity, Y., Johnson, B. N. y Gooch, C. V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1996-2013. <https://doi.org/10.1002/jclp.22685>
- López, M. G., Alonso, N. L., Gómez, R. A. y Martínez, C. V. (2019). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 2, 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2019.09.002>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. y Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K. y Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 123-130. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.123>
- Mulder, R., Murray, G. y Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 953-962. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Montejano, S. R. y García, A. M. (2019). Reflexiones sobre la formación en Psicología Clínica: el camino hacia la Pericia. *Clínica Contemporánea*, 3(10), 1-15. <https://doi.org/10.5093/cc2019a19>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2017). 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 Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. En J. C. Norcross y M. J. Lambert (eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (pp. 1-23). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- 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>
- 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 Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Ediciones Pirámide.

- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y 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>
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J. y Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 731-742. <https://doi.org/10.1037/a0036915>
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G. y Fennig, S. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 529-538. <https://doi.org/10.1348/147608305X90412>
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315472256>
- Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the Inner skills of psychotherapy: A deliberate practice manual*. Gold Lantern Books.
- Sakaluk, J. K., Williams, A. J., Kilshaw, R. E. y Rhyner, K. T. (2019). Evaluating the evidential value of empirically supported psychological treatments (ESTs): A meta-scientific review. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(6), 500-509. <https://doi.org/10.1037/abn0000421>
- Slife, B. D., Burchfield, C. y Hedges, D. (2010). Interpreting the "biologization" of psychology. *The Journal of Mind and Behavior*, 31(3) 165-177.
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Domenech Rodríguez, M. y Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1907-1923. <https://doi.org/10.1002/jclp.22679>
- Stedmon, J. y Dallos, R. (2009). *Reflective practice in psychotherapy and counselling*. McGraw-Hill Education.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M. y Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- 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>
- Tackett, J. L., Brandes, C. M., King, K. M. y Markon, K. E. (2019). Psychology's replication crisis and clinical psychological science. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 579-604. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095710>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G. e Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? En L. G. Castonguay y C. E. Hill (eds.), *How and why are some the-rapists better than others?* (pp. 37-54). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Westmacott, R. y Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 965-977. <https://doi.org/10.1002/jclp.20702>

GENIOS LITERARIOS Y PÉRDIDAS PARENTALES: EL CASO DE JOHN R. R. TOLKIEN

LITERATURE GENIUS AND PARENTAL LOSS: JOHN R. R. TOLKIEN'S CASE

Silvia Beatriz Franchi

Doctora en Psicología

Universidad Católica Argentina. Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0644-9269>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Franchi, S. B. (2020). Genios Literarios y Pérdidas Parentales: El caso de John R. R. Tolkien. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 195-211. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.381>

Resumen

Reconocidos escritores, como Dante Alighieri, John R. R. Tolkien, Antoine de Saint-Exupéry, León Tolstói y muchos otros, han perdido a sus progenitores en etapas tempranas de la vida, así como artistas, presidentes, científicos, emprendedores e innovadores que alcanzaron reconocimiento universal por su creatividad y trascendieron su propia época.

Este trabajo preliminar y exploratorio se centrará en la relación entre genialidad literaria y orfandad, focalizándose en un escritor eminente, que trascendió su época y contó con un público que lo ha reconocido por décadas, debido a su gran resonancia y talento: John Ronald Reuel Tolkien. Sus obras fueron traducidas a nivel mundial y las editoriales se han ocupado de publicarlas ininterrumpidamente, en los más diversos formatos y traducciones.

Se destacará el rol que tuvieron en la vida de Tolkien sus figuras de apego, el apoyo que recibió de maestros, colegas y grandes amigos, así como el de su esposa. Asimismo, se enfatizará el desarrollo de la resiliencia en el transcurso de su vida, sumado a su genialidad y creatividad.

Palabras clave: genialidad, creatividad, orfandad, apoyo social, resiliencia.

Abstract

Eminent writers, like Dante Alighieri, John R. R. Tolkien, Antoine de Saint-Exupéry, León Tolstói and many others, as well as artists, presidents, scientists, entrepreneurs and pioneers, have lost their parents in early stages. They achieved universal acknowledgement for their creativity and transcended their time.

This preliminary and exploratory paper will be focused in the relation between literary genius and parental loss, applied to an eminent writer, that transcended his age and had public recognition for decades, due to his talent and repercussion: John Ronald Reuel Tolkien. His books were translated internationally and editors have published his work in different formats and translations. Attachment figures, support of masters, colleagues and intimate friends will be highlighted, as well as the role of his wife. Resilience during his life span will be emphasized, in addition to his genius and creativity.

Keywords: Genius, creativity, parental loss, social support, resilience.



Numerosos artistas, escritores, estadistas, científicos, emprendedores e innovadores han perdido a sus progenitores en etapas tempranas de la vida. Escritores como Alighieri, Poe, Conrad, Tolstoi, Somerset Maugham, Keats, Tolkien, Pessoa, Saint Exupéry y eminentes artistas como Buonarroti, Rafael Sanzio (Biografías y vidas, 2004-2019), Murillo, Sorolla, por nombrar algunos, alcanzaron el reconocimiento internacional y trascendieron su época. Quedaron huérfanos tempranamente, en la infancia o apenas comenzada la adolescencia.

En este trabajo se evaluarán los conceptos de creatividad y genialidad, para generar una base explicativa acerca de sus significados. Luego se evaluará su relación con la orfandad y se realizará un estudio exploratorio de un escritor que trascendió su época: Ronald R. Tolkien, quien quedó huérfano de ambos progenitores en edad temprana y, debido a la resiliencia desarrollada, la imaginación que llenaba su soledad –no siempre elegida– y sus dotes de genialidad serían algunos de los factores que explican el enlace entre la orfandad y la creatividad. Se explorará la relevancia del apego inicial que recibió en su seno familiar, el apoyo recibido y percibido de sus figuras cercanas así como el desarrollo de la propia resiliencia a lo largo de su vida.

La teoría del apego formulada por Bowlby (1969/1982) conforma un punto de partida para comprender el estilo de apego fundacional en la vida del ser humano y que se proyectará en sus futuras relaciones. El estudio de la relación entre el niño y sus progenitores es una forma de conceptualizar, a través de la teoría del apego, la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva. De dicha relación primaria podrá generarse un apego seguro y estable, inseguro e inestable, ambiguo, evitativo o distante (Ortiz y Marrone, 2002). Bowlby durante largos años de investigación en la clínica Tavistock de Londres, propuso que durante la infancia, la respuesta sensible de los padres incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente y responder apropiada y rápidamente. La falta de sensibilidad, por el contrario, puede o no estar acompañada de una conducta hostil o desagradable por parte del cuidador. La teoría del apego reconoce el hecho de que el modelo de interacción entre el niño y sus padres (que tiene lugar en el contexto social) tiende a convertirse en una *estructura interna*, en un sistema representacional en la vida psíquica del individuo. La pérdida de las figuras de apego en etapas tempranas, extensivo a la primera infancia y la adolescencia, habrá de influir dramáticamente en el desarrollo de la personalidad y la vida emocional (Ortiz y Marrone, 2002).

La pérdida de un progenitor es una experiencia devastadora para un niño y tiene diversas consecuencias en la vida adulta, como el desarrollo de problemas desadaptativos de la conducta, así como un elevado riesgo de suicidio (Dieserud et al., 2002). También una inclinación hacia el alcoholismo (Bernardi et al., 1989),

depresión y criminalidad. Los delincuentes y criminales que van presos tienen dos o tres veces más la probabilidad de haber perdido a uno de sus progenitores en etapas tempranas que el resto de la población (Liebman, 1992).

Pese a que la pérdida parental está asociada a una reducción del bienestar en la vida, algunas personas no siguieron este patrón general. Perder a un progenitor o a ambos, también puede tener su contracara, dado que grandes genios han crecido en situaciones adversas. Marvin Eisenstadt, psicólogo estadounidense (1978) tomó una muestra pequeña y estudió el vínculo entre los logros profesionales y el duelo. Analizó a todos aquellos que al menos tenían más de una columna en la Enciclopedia Británica y la Enciclopedia Americana, surgiendo así muchos representantes de la orfandad que trascendieron los tiempos. Comprobó que ellos habían perdido a su madre o a su padre, o a ambos, antes de cumplir los 15 años. Exploró la vida de personas sobresalientes a través de distintos tiempos históricos y descubrió que algunos individuos que alcanzaron grandes logros habían experimentado pérdidas en la infancia (Eisenstadt et al., 1989).

La creatividad y el genio

La palabra genio, según María Moliner (1994), “se refiere al grado más alto a que llegan las facultades intelectuales de un ser humano. La genialidad suele definirse como sinónimo de originalidad y aun de extravagancia” (Diccionario del uso del Español, p. 71, Tomo I).

La genialidad tiene definición médica y científica; se esconden tras ella la creatividad exuberante y el talento extraordinario. El psiquiatra español Francisco Alonso-Fernández publicó su obra *Genios y creativos* en 2017, y es uno de los autores más lúcidos acerca de este tema. El autor analiza en detalle los rasgos que definen a los genios, capaces de cambiar el mundo y que han logrado cierta trascendencia. Asegura que son talentos extraordinarios y cuya cualidad principal es el *talante creativo*. Suelen tener una personalidad independiente, sólida y resiliente. Frecuentemente se han desarrollado a contracorriente de la sociedad por generar pensamientos originales y han devenido librepensadores. También es cierto que existen enigmas acerca de las características de la genialidad y Alonso Fernández (2017) identifica cuatro factores vinculados a la fuente creativa:

- 1) Son portadores de una mutación genética, es decir que la genialidad no es hereditaria
 - 2) Pueden haber tenido una madre musa (culto y cariñosa)
 - 3) Han padecido la vivencia de orfandad (en el sentido estricto del término o en el de recibir poca atención de los otros)
 - 4) Tener alguna manifestación de trastorno mental, no equiparable a la locura
- Obviamente, estos factores son meramente orientativos, pero no son suficientes.

Un genio nace, y *se hace*, es decir que necesita formación. Todos ellos cuentan con atributos excepcionales, que irán forjándose con distintos estímulos tanto internos como externos, provenientes de sus progenitores, maestros, tutores, pares y otras

figuras de apego que nutrieron su vida afectiva y artística.

Habría tres tipos de genios, por dar algunos ejemplos:

1. El científico
2. El literario
3. El artístico

Alonso Fernández expresa que:

el genio narrativo es el más sufrido de todos, porque tiene que jugar con la realidad externa, con la interna y con sus ideas y encima está mortificado por la inspiración, que es más caprichosa en lo literario que en lo artístico. (Alonso Fernández. 2017, p. 42)

En este trabajo los conceptos elaborados se reflejarán en un autor eminente: John Ronald Reuel Tolkien. Lo cierto es que la genialidad no abunda y es mejor no confundir genio con ingenio o innovación, la genialidad siempre va de la mano de la creatividad.

Los genios deben distinguirse de los superdotados, estos últimos se caracterizan por su inteligencia fluida y superior y su capacidad para adquirir conocimientos, realizar numerosas operaciones mentales y contar con la capacidad de expresarlos. Corresponden a otra categoría de la inteligencia.

Rebeldía e independencia

En los seres geniales se encontrarían dos cualidades: rebeldía e independencia (Alonso Fernández, 2017). En el corazón del genio está la creatividad, el camino de lo diferente, de allí que naveguen contracorriente en muchas ocasiones. Se debe a su creatividad y no tanto a su inteligencia, como sí ocurre en los superdotados.

Es necesario que hayan recibido el estímulo de la formación en el área en la que habrán de descollar. El genio permanentemente trabaja ideas y conceptos, en contraposición con el ser pasivo. Su formación básica ha llevado más de diez años de estudios y prácticas para alcanzar un nivel creativo.

La presencia femenina aun es escasa entre los genios creativos, debido a la atadura que tuvo la mujer a un rol social en el que no se le permitía ni siquiera aprender a leer o tomar la más mínima decisión. El control de la natalidad le permitió a la mujer independizarse y así poder ingresar en el mundo laboral y procurarse mayor autonomía. Marie Curie y Virginia Woolf descollaron genialidad, y son quizá las principales antecesoras de las futuras exponentes de la genialidad.

Características de los creativos

Paolo Caffelli (2014), periodista peruano ha podido sintetizar las principales características de las personas con genialidad creativa de manera clara y abarcadora.

- Sueñan despiertos. El acto de soñar despierto no es más que una incubación creativa de donde nacen las mejores ideas, está cercanamente ligado a la imaginación y la creatividad.
- Son observadores: El mundo es como se ve y se entiende desde la pers-

pectiva de cada ser humano. El creativo tiene distintos puntos de vista, son personas observadoras y tienen lecturas de la realidad diferentes.

- La creatividad no tiene horarios y hasta pierden la noción del tiempo; el tiempo cronológico no va de la mano con la creatividad, es un proceso independiente. Algunos escritores pueden tardar meses abocados a su obra, o solamente una noche.
- Pasan tiempo en soledad: La soledad tiene un rol importante en los procesos de creación, así el encuentro consigo mismo se ve más facilitado y suele ser más productivo.
- Usan los obstáculos como fuente de creación: Muchas obras de arte en cualquiera de sus expresiones, fueron pergeñadas en un mal momento del artista o del creativo, etapas de tristeza y angustia, que pueden nutrir la creatividad. Puede ser la inspiración de obras literarias o composiciones musicales.
- Buscan nuevas experiencias: Las personas creativas son curiosas por naturaleza, buscan la exploración del mundo, tanto interior como exterior, lo que las lleva a descubrimientos constantes, ya sea mediante conversaciones, fantasías en soledad, en la búsqueda permanente de respuestas
- Son resilientes: La resiliencia es un requisito indispensable. En el proceso creativo se presentan obstáculos, insatisfacciones, fallas y es necesario volver a empezar y volver a intentarlo. Para ello hace falta superar las frustraciones.
- Toman riesgos: Para aventurarse en un trabajo creativo es necesario tomar riesgos. A veces significa sumergirse en situaciones atípicas, crear algo de la nada, dar forma a ideas desconectadas y hasta incoherentes. Pueden buscar caminos poco transitados.
- Siguen sus verdaderas pasiones: Las personas creativas casi siempre están motivadas por pasiones internas personales, más que por la búsqueda de reconocimiento o de alguna recompensa. Cada etapa del proceso creativo la ven como un desafío personal, de allí que se embarquen en obras monumentales.
- Salen de encasillamientos: No se encierran en su propia perspectiva, y pueden salir de su mundo y pensar como si fueran otra persona para entender lo que ellos por sí mismos no pueden.
- Se conectan con la belleza: Los creativos suelen tener gustos peculiares, generalmente gustan de rodearse de elementos estéticos en forma subjetiva.
- Conexión entre distintos puntos: Las personas creativas hacen asociaciones atípicas, que otros no ven, y pueden tener el talento de unir puntos que dan lugar a la creación.

Los genios creativos son producto de una enorme motivación para expandir su talento, esfuerzo de entrega y tesón. Podría decirse que tienen una inteligencia generalmente superior, una inteligencia menos psicométrica (Gardner, 1993) y un

pensamiento profundo y diverso. Su personalidad puede ser organizada o desorganizada y de su desorganización puede surgir una obra original y atractiva. Es decir que la desorganización de la personalidad puede fermentar la creatividad genial y tener una canalización positiva.

La pérdida de las figuras parentales

La pérdida de las figuras parentales es algo difícil de sobrellevar, sobre todo en la infancia, porque el niño necesita sentirse seguro, protegido y apoyado (Bowlby, 1969/1982). El apego temprano influye en la capacidad para relacionarse con las experiencias internas, que podrían ser amenazantes o desconocidas, a través de las dimensiones del apego físico, emocional y cognitivo. Bowlby (1969/1982) fue un pionero en proponer que la relación de apego temprana favorece una forma de afrontar la vulnerabilidad, trasladada luego a otros vínculos íntimos, sociales o comunitarios.

Según el estilo de apego inicial, la persona puede desarrollar un apego seguro y confiable, un apego ambivalente, que generará preocupación y una búsqueda de protección a toda costa. Otros desarrollarán un apego evitativo y algunos otros un apego desorganizado (Bowlby, 1969/1982; Ortiz y Marrone, 2002).

El sentimiento de orfandad es un fenómeno psicológico complejo que sucede ante la falta de la madre, del padre, o de ambos. Su ausencia genera vacío, ansiedad y depresión y estas situaciones traen consecuencias a futuro; los huérfanos tienen que afrontar grandes dificultades, se sienten vulnerables y hasta pueden tener depresiones y conductas autodestructivas (Cochran y Rabinowitz, 1996).

La vivencia de orfandad varía según la edad en la que sucede. Cuanto más temprana, las consecuencias serían más evidentes, siendo la infancia y la adolescencia las épocas más cruciales debido al papel fundamental que tiene la presencia de los padres en el desarrollo de la personalidad. Es importante el tipo de relación que tenía el menor en el momento de la pérdida, si el niño se sentía protegido en un ambiente seguro y si contaba con una red de apoyo familiar y social suficiente. El rol del progenitor que sobrevive es vital, si cuenta con fortalezas y/o debilidades y su estado de ánimo, ya que el duelo lo atraviesan todos los miembros de la familia nuclear. De cualquier forma, la huella de esa pérdida se mantendrá la vida entera, dejando una cicatriz emocional generada por la falta del vínculo con alguna de estas figuras en la relación afectiva, el tacto y los cuidados, tanto recibidos como percibidos (Brown, 1966/1982; Mander, 2007).

Toda persona que ha sufrido una pérdida parental atraviesa un duelo, que es absolutamente normal, y en ocasiones puede desarrollar alguna forma de depresión o de ansiedad que tendrá influencia en cómo se relacionará con los demás en su vida emocional y sus relaciones interpersonales. El tejido social es de vital importancia, si es compuesto o descompuesto. En este último caso, hay una facilitación hacia el desarrollo de conductas violentas y antisociales, de allí que muchos terminen siendo delincuentes (Eisenstadt, 1978).

Pese a lo que se ha expuesto, muchas personas huérfanas han desarrollado herramientas suficientes para paliar las dificultades, sobreponerse y hasta se han convertido en figuras influyentes y sobresalientes (Standing et al., 2015). Confluyen su genialidad, el apoyo recibido de su contexto familiar y social, de sus maestros y tutores y también su propia creatividad y talentos especiales. El talento y la creatividad pueden enseñarle al niño a tomar distancia de la situación concreta y dolorosa en la que está inmerso.

Las pérdidas tempranas pueden dañar la vida adulta de muchas personas, pero para una minoría puede ser la motivación para luchar por desarrollarse en sus talentos, pese a que otros aspectos de la vida pueden ser menos estables. La necesidad de buscar compensaciones en la vida, ya sean artísticas, espirituales o materiales también pueden desarrollarse más en personas talentosas y geniales.

La escritura y la resiliencia

El acto concreto de escribir tiene un poder transformador en los afectos, como lo han documentado diversos autores (Brand y Powell, 1985; Litowitz y Gundlach, 1987). La escritura abre el camino a una exploración del trabajo de la memoria y del proceso del duelo: Una vida se narra y se vuelve a narrar a medida que el tiempo pasa. Quizá el hecho de escribir ayude a afrontar eventos traumáticos de la vida y a poder trabajar sobre los recuerdos de eventos y relaciones interpersonales. Se pueden revisar los años de la adolescencia temprana y hasta la temprana adultez. Quien en su infancia padeció pérdidas, como el fallecimiento de sus padres, la escritura es un medio que estuvo al servicio de afrontar esas dificultades. Se entremezclan reminiscencias con fantasías.

La escritura no es simplemente catártica, sino que en la medida en que el escritor va plasmando la obra, va experimentado un alivio. No significa que los recuerdos o experiencias lo convirtieron en escritor, sino que las mismas atraviesan su talento artístico (Brand y Powell, 1985).

Se explorará la biografía de John Ronald Reuel Tolkien, una introducción para apuntar a la relación entre la pérdida parental y el proceso creador. El apoyo recibido y percibido, de progenitores en la edad temprana, de maestros, tutores, amigos incondicionales, colegas, de su esposa, contribuyeron al desarrollo de la resiliencia. Son ejes centrales para la explicación de la potencia que ejerce la escritura antes las pérdidas primarias, así como la importancia del apoyo social recibido y percibido, combinado con la genialidad individual.

Biografía de John Ronald Reuel Tolkien

Los datos biográficos de Tolkien son tomados de un estudio de su vida y su obra, Horacio Augusto Ibáñez Hlawaczek (2013), cuya obra *El árbol y las hojas* describe ampliamente su desarrollo, en forma exhaustiva.

John R. R. Tolkien fue el primer hijo y descendiente de Arthur Reuel Tolkien y Mabel Suffield.

Los Tolkien estaban orgullosos de sus antepasados legendarios y heroicos. Durante el sitio de Viena en 1529, un antepasado caballero, en un ataque contra los turcos, se apoderó del estandarte del sultán. Esta hazaña le valió el nombre de Tollkühn (que significa temerario), el cual pasó a sus herederos. En el siglo XVIII la familia Tollkühn emigró hacia Inglaterra.

En el siglo XIX, el abuelo paterno de Ronald se dedicó a la fabricación de pianos en Birmingham, aunque debió presentar quiebra. Su hijo, Arthur Reuel, comenzó a trabajar en un banco. El salario no era muy bueno, y cuando oficializó su relación con Mabel Suffield, fue a probar suerte en el Bank of Africa en Bloemfontein, una ciudad situada en lo que hoy es Sudáfrica. La familia de Mabel también cayó en bancarrota y ella decidió zarpar hacia África sin el permiso de sus padres para casarse con Arthur en 1891. Se trató de una familia que legendariamente había migrado por distintas tierras.

El 3 de enero de 1892 nace su primer hijo, John Ronald Reuel Tolkien, en Bloemfontein, Sudáfrica y fue bautizado ese mismo año. De niño le gustaba dibujar, visitar a su padre en la oficina y contemplar a los animales, aunque desarrolló miedo hacia las arañas, ya que había sido picado por una tarántula. Ese animal peludo y silencioso, tomó la apariencia de un monstruo en sus sueños y luego en sus libros.

También en la infancia surge su admiración por los árboles, a quienes siempre consideró “sus amigos”. Los árboles fueron centrales en el desarrollo de sus fantasías, les ponía nombres y les daba entidad de personajes.

Arthur gustaba de su vida en la ciudad sudafricana, pero a Mabel le disgustaban el clima, el paisaje y la pobreza de la vida social. Descubre que los fuertes calores perjudicaban la salud de John Ronald, su hijo mayor. Nace su segundo hijo, Hillary. En 1895 Mabel regresa a Birmingham con los niños, mientras que Arthur se reuniría con ellos más tarde. Ronald tenía tres años y casi no recordará el momento de la despedida. El regreso a Inglaterra fue positivo para su salud, pero mientras él se fortalecía su padre se debilitaba.

En noviembre de 1895, Arthur sufre de fiebre reumática (fiebre elevada, hinchazón de las articulaciones e inflamación del corazón). Mabel regresa con sus hijos para cuidar a Arthur, pero no llegaron a embarcar, ya que recibieron la noticia de que Arthur había fallecido en febrero de 1896. Aquí se produce *la primera pérdida* importante para John Ronald Reuel Tolkien (en adelante Ronald), la muerte de su padre a los 4 años.

Mabel, acongojada y con fuertes sentimientos de culpa, trata de reorganizar la vida familiar, quedándose a cargo de sus dos hijos. Se ocupó de ofrecerles una buena educación. Era una mujer con una fuerte fe religiosa anglicana, aunque después de la pérdida de su esposo se convirtió al catolicismo. Ronald vivió en Sarehole, Birmingham, hasta sus siete años. Allí tuvo la oportunidad de contemplar campos, árboles, ríos y un molino, lugares que recorría frecuentemente y quedaron sellados para siempre en su memoria. Allí nace en Ronald el amor por los árboles y por aquellas tierras, que aparecen constantemente en su obra y que fueron fuente

de inspiración para la elaboración de sus mapas fantásticos.

La madre de Ronald, Mabel, tenía un talento muy desarrollado para los idiomas, así como para dibujar y pintar, y había sido institutriz. Pronto le enseñó a Ronald a leer y escribir. Luego siguió con la enseñanza del latín, griego, alemán, matemática y literatura romántica. Aspiraba a que con esa preparación sus hijos pudieran ingresar al King Edward VI School, de Birmingham, una excelente escuela secundaria en la que había estudiado el padre de Ronald. Estudiar en esa escuela era un trampolín para luego ingresar a las universidades de Oxford o Cambridge.

De niño, Tolkien desarrolló una afición por los idiomas, lo cautivaba el latín, el francés y la lengua inglesa. Su madre fue un gran estímulo, atípico para la época, y esa experiencia sentaría las bases para su formación lingüística y literaria. También le gustaba dibujar, particularmente paisajes, habilidad que siguió conservando a lo largo de su vida, pergeñaba dibujos sin fin alguno, lo que lo distraía de sus obligaciones. Sus dibujos realzaron sus obras más importantes: *El Hobbit* y el *Señor de los Anillos*.

Tolkien fue un lector voraz en su infancia, en especial de cuentos, mitos de los indios norteamericanos y escandinavos, y cuentos de hadas. Se había familiarizado con los mitos noruegos, en los que aparecían dragones y figuras nórdicas, material con el que comenzara a escribir a sus siete años.

En 1900, la familia se muda a Mosley, un lugar más cercano al colegio King Edward VI School, al que Ronald logra ingresar. Era capaz, aunque algo perezoso, por lo que la madre lo estimulaba a ser más aplicado, pensando en el futuro para que pudiera ingresar a la Universidad.

En Mosley, Mabel conoce al Padre Francis Xavier Morgan, quien fue un sacerdote comprensivo y un amigo, y que desempeñaría un papel fundamental en el crecimiento de los hermanos Tolkien. En la escuela, Ronald abraza el idioma griego y la literatura inglesa medieval. Queda cautivado con los Cuentos de Canterbury.

En 1903 la familia Tolkien contrae sarampión. A la madre se le sumó una neumonía. El Padre Morgan les ofrece una gran ayuda, así como la hermana de Mabel. En 1904 la salud de Mabel empeora, padece diabetes aguda y fallece en el mes de noviembre, a los 34 años. Fue un duro golpe para los hermanos Tolkien, Ronald tenía 12 años, atraviesa la *doble pérdida parental* y buscará rearmarse frente a numerosas incertidumbres.

La madre había dejado algunos ahorros, además de una pequeña herencia recibida de una tía paterna. Quedan a cargo de una tía y siguen concurriendo a la misma escuela, siendo el Oratorio un refugio, un segundo hogar para los hermanos Tolkien. El Padre Francis Morgan sigue siendo una figura de apoyo central para ellos. Los presenta a una familia de Devon y Ronald conoce a uno de los hijos de esa familia, Anthony Gervase, con quien continuaría más tarde su relación en la Universidad de Oxford, y formarían el grupo de *Los Inklings*, abocados a la literatura, las ficciones y los idiomas. El amigo Anthony Gervase, dotado de una gran generosidad, años más tarde apoyó incondicionalmente a Tolkien para que publi-

cara *El Señor de los Anillos*, obra que Tolkien consideraba impublicable. Anthony Gervase fue una figura que le brindó un gran *apoyo y amistad*.

Tolkien guardaría gratitud por el Padre Francis Morgan, que no solo proveyó de una guía importante para su formación, sino que también influyó en otra decisión, el matrimonio de Ronald.

En 1908, el Padre Morgan les consigue un nuevo alojamiento a los hermanos Tolkien, el hogar de la señora Faulkner, su esposo y una criada. También vivía allí una niña pensionista huérfana, Edith Bratt, que había perdido a ambos progenitores cinco años atrás. Edith ocupaba una habitación en el primer piso y los hermanos Tolkien otra en el segundo piso. Edith era menuda y tenía talento para la música, tenía 19 años y Ronald 16 años. Desarrollaron de inmediato una amistad, iban a tomar el té a Birmingham y se fue forjando una relación temprana. Luego se elegirían como esposos, pero antes tuvieron que separarse, porque el Padre Morgan no veía con buenos ojos la relación, en virtud de que Ronald debía abocarse a sus estudios universitarios y alejarse de toda distracción. Les prohibió todo tipo de contacto a los dos, Edith debió abandonar la casa de la señora Faulkner y se mudó a la ciudad de Cheltenham. Edith era tres años mayor que Ronald.

La pareja sufrió la separación forzada con enorme pena, y esperaron tres años hasta que Edith cumpliera la mayoría de edad para volver a encontrarse. Ronald terminó sus estudios en la escuela King Edward VI y comenzó a estudiar lengua inglesa, aprendió anglosajón, el idioma que hablaron los germanos que habitaron Inglaterra antes de 1100. También conocía el inglés de las tierras medias y el noruego. Además, Ronald inventaba idiomas con gran facilidad, producto de su enorme capacidad para aprenderlos y comprenderlos. Por otro lado, en el King Edward VI School, un grupo de amigos varones habían formado una “hermandad”, eran adolescentes simpáticos, talentosos y que forjaron buena parte de las narraciones de Tolkien. Formaron el *Tea Club*. Leían poemas en inglés antiguo y el de las tierras medias (“Midlands”). También compartían ensayos, presentaciones, debates y gustaban de las buenas comidas. Sus grandes amigos fueron Smith y Gilson, los unía un enorme afecto, apoyo, tolerancia y lucidez.

A lo largo de su vida, Tolkien siempre formó parte de clubes, grupos de hombres cuyos intereses y talentos eran similares a los suyos. Estos grupos fueron lugares de pertenencia y referencia, un espacio de aprendizaje, amistad y recreación. Otro factor que podía aportar una cuota de apoyo mutuo dentro del grupo. Cuando ingresa en la Universidad de Oxford forma parte de *los Coalbiters*, un grupo de estudiantes que leían sagas islandesas. Y finalmente *los Inklings*, reunidos alrededor de C. S. Lewis y Charles Williams. Era una atmósfera agradable, leían obras inéditas de sus miembros, bebían cerveza y fumaban tabaco. Estas experiencias se plasmarían en *las hermandades del Señor de los Anillos*.

Sin embargo, para Tolkien el grupo más importante fue, desde el punto de vista del efecto ejercido sobre su imaginación literaria el *Tea Club and Barrovian Society*, en sus días de escuela secundaria, debido a sus integrantes: Wiseman,

Gilson y Smith. Con ellos Tolkien forja su emergente identidad, amistad duradera y fecunda, y amor de hermandad. Lamentablemente durante la Primera Guerra Mundial mueren Gilson y Smith, dejando un gran vacío en la vida afectiva de Tolkien. Padece nuevas pérdidas, sumadas a las tempranas de sus progenitores. Asimismo, Ronald fue al frente de batalla y vivió los horrores de la guerra, en la que lamentablemente pierde a sus mejores amigos.

Gracias a su madre, sus maestros, el Padre Morgan y sus mejores amigos, cuando Tolkien ingresó a Oxford tenía el gusto hecho a los atractivos sensoriales del lenguaje: los sonidos y la forma de las palabras, inclinación a la filología (ciencia que estudia los textos escritos y, en ellos, la estructura y la evolución de una lengua y su desarrollo histórico y literario, así como la literatura y la cultura del pueblo o grupo de pueblos que los han producido), a la que se dedicara apasionadamente, el estudio de la estructura y desarrollo del lenguaje y afición por los mitos derivados de esos lenguajes. Logra ingresar a la Universidad de Oxford gracias a que se le concede una beca, también a una ayuda del colegio King Edward VI y otra ayuda económica del Padre Morgan.

Si bien Tolkien era un buen estudiante, ocupaba mucho su tiempo en lecturas no académicas, leía libros de idiomas antiguos. La tendencia a la distracción la conservaría toda su vida, solía dibujar, leer en forma errática y tal vez “refugiarse en la fantasía”. No fue en vano, en esa distracción amasaba otro tipo de conocimientos laterales, sin los cuales no hubiera forjado la magnitud de sus obras.

Trabajó con el Profesor Joseph Wright, profesor de filología comparada que había escrito un manual de idioma gótico. Entre sus conocimientos laterales, aprende el finlandés. Se aboca a la filología, al estudio del inglés antiguo y medio. En Oxford varios profesores se convirtieron en la fuente de sus conocimientos, en el descubrimiento de sus talentos y curiosidad.

Ronald debe interrumpir su carrera por la explosión de la Primera Guerra Mundial. En la batalla de Somme, un mar de lodo, sangre y cuerpos despedazados cae herido, sufre de fiebre de trincheras (elevada y comprometida) y pierde a sus mejores amigos. Cuando cumplió 21 años todos, excepto uno de sus amigos, habían fallecido.

Edith Bratt estuvo siempre al lado de Ronald hasta que se recuperó y decidieron entonces contraer matrimonio y rearmarse de las profundas pérdidas padecidas. Ronald obtiene un lugar como Profesor en Oxford y tienen 4 hijos con Edith, su compañera de toda la vida. Edith le ofreció un apoyo incondicional, aunque le reclamaba más tiempo en la casa.

A comienzos de 1917, Tolkien escribe *Silmarillion*, y otras obras basadas en lenguas élficas. En esta obra refleja a través del personaje Luthien el amor por su esposa Edith. En 1925 obtiene reconocimiento como profesor de lenguas antiguas en la Universidad de Oxford.

Ronald se aboca mucho a su familia, y trata de ofrecerle a sus hijos y esposa lo que él mismo no había tenido en su accidentada infancia. Sacaba a sus hijos de

paseo por las tierras amadas de los Midlands, ayudaba en el hogar y tal vez lo más importante, entretenía a todos inventando historias. Probablemente no hubiera escrito *Simarillion*, *El Hobbit* y *el Señor de los Anillos* sin la inspiración de su familia.

En 1926, conoce a C. S. Lewis, otro medievalista que se unía al cuerpo de profesores de inglés. Lewis escribió una obra importante acerca del amor (Los cuatro amores) y las Crónicas de Narnia, para niños. Casi de inmediato se convirtió para Ronald en fuente de amistad, estabilidad y estímulo intelectual y creador. Ambos tenían profunda fe cristiana, que profesaban en forma genuina. Lewis fue un gran amigo y guía que alentó a Ronald a que escribiera y, sobre todo, publicara sus obras. Ronald pensaba que un profesor de Oxford no debería publicar obras como las que él escribía. Ambos forman el grupo de los *Inklings*, un grupo literario informal que reunía a otros amigos de las letras y la fe cristiana.

En 1937 Tolkien publica *The Hobbit*, un “best seller” que se agotó en la primera edición. Durante años se dedicó a escribir *El Señor de los Anillos*, su obra monumental, sin que su objetivo fuera publicarla. En 1948 da por terminada la obra, al terminarla se sentó y lloró. En principio la obra fue rechazada en las editoriales, pidiéndole que la revisara para hacerla más corta, aunque durante cinco años la obra quedó guardada en un cajón. Su gran amigo de la infancia, Anthony Gervase, fue quien lo alentó para que la recortara. Recién en 1952 la editorial Unwin acepta su obra y la publica en 1954. *El Señor de los Anillos* se publicaría en tres volúmenes, y la primera tirada fue de 35.000 ejemplares. Luego aparecen el segundo y el tercer volumen, con el mismo éxito que el primero. El fruto tardó en madurar, por eso fue muy dulce, a causa de la demora. Con estas publicaciones, por primera vez Tolkien comienza a ganar dinero, ya que como Profesor sus ingresos no eran tan buenos.

En 1957, el grupo de *Los Inklings* se disuelve, y se aleja por razones personales de C. S. Lewis; hay varias versiones al respecto. Ese mismo año, Tolkien fue ganador del International Fantasy Award, premio otorgado por la Convención Mundial de Ciencia Ficción.

En 1959, Tolkien se jubila y disfruta del éxito fenomenal que tenían sus obras. Aunque se asoma un nuevo obstáculo, debía asistir a su esposa Edith, que padecía parálisis y trastornos digestivos. Él se encargó de asistirle personalmente. Al mismo tiempo sus obras se traducían al alemán, sueco y polaco y Tolkien era ya un héroe de culto. Con las regalías obtenidas hizo muchas donaciones a instituciones para ayudar a los necesitados. Era un modo de agradecer a tantos que lo ayudaron durante su vida y a su familia. La riqueza no cambió sustancialmente su vida. En 1971 Edith fallece a los 82 años.

En 1973, Tolkien asistió a un cumpleaños de amigos, se sintió mal y los médicos le diagnosticaron una úlcera en el estómago con fuerte hemorragia. Luego se le agregó una enfermedad torácica y fallece a los 81 años. Edith y Ronald fueron enterrados uno al lado del otro, en un cementerio católico, como los personajes *Lúthien* y *Berem*, la pareja emblemática del Señor de los Anillos.

La base creativa individual

En principio, la creación pura, nueva en su totalidad y libre de antecedentes, no es posible, los artistas se reflejan más como creadores y los científicos como descubridores (Alonso Fernández, 2008). Todo creador requiere una adecuada preparación previa, más prolongada para las ciencias que para las artes. En la revisión de la biografía de Tolkien se ha expuesto su formación en textos, idiomas, estructuras lingüísticas, leyendas, cuentos, mitos, además de su formación académica. Todos estos elementos fueron forjando un pensamiento razonador y rico en ocurrencias, en curiosidades, sumado a elementos anclados en su personalidad. Su pensamiento y nuevas ideas se desvían del surco común. La supuesta pereza era un refugio que estimulaba fantasías, imágenes, palabras, sonidos.

La vivencia de orfandad fue un hecho real, el amor de los progenitores estuvo ausente en épocas tempranas del crecimiento; sin embargo, dice Alonso Fernández (2008), que muchas personas extraordinarias o eminentes, hacen un esfuerzo personal para rellenar por sí mismos el vacío existencial de que adolecen, al carecer de referencias de los progenitores, aportando elementos nuevos propios. Para Tolkien la fantasía es también encantamiento (Ibáñez Hlawaczek, 2013). Asegura que los cuentos de hadas, las historias fantásticas pueden ayudar a recuperar nuestro mundo real, y de esa forma, también a recuperarnos a nosotros mismos.

El apoyo social

Una definición integrativa del apoyo social es la siguiente: “Se trata de la *percepción que tiene el sujeto* o la *provisión* de instrumentos reales o expresivos del entorno, conformado por la comunidad, los lazos o tejidos sociales, y la confianza en distintos compañeros (familiares, amigos, vecinos, compañeros)”. El apoyo social involucra tanto la *percepción subjetiva* como el *acceso real* a relaciones de confianza con las que la persona puede contar, y que al mismo tiempo le dan la oportunidad de expresarse emocionalmente. Las personas carecen de apoyo social cuando están aisladas socialmente, o cuando sus relaciones cercanas están perturbadas (Arkowitz, 1992).

La percepción del apoyo y su reconocimiento pueden tener dos puntos de vista: Una persona puede estar rodeada de relaciones, tanto familiares como amistosas o sociales, y sin embargo tener la percepción de no sentirse apoyado; pueden sentirse solas aun en compañía de otros seres significativos. En cambio, otras personas pueden contar con un solo amigo o un vecino, o tener confianza sólo en su pareja, y percibir un buen grado de satisfacción en el apoyo social. No se trata de contar con mayor número de personas sino de percibir su apoyo como algo genuino y confiable.

John R. R. Tolkien perdió tempranamente a sus padres. Le quedaron pocos recuerdos de su padre, pero su madre fue un estímulo especial en su formación como ser humano. Le brindó sólidas bases afectivas, estímulos, conocimiento de distintos idiomas, que forjaron su identidad temprana. Pese a que la pierde a los

12 años, encuentra amparo en su tutor, el Padre Morgan, quien lo apoyó durante su crecimiento hasta la juventud, siempre estuvo presente con ayuda vincular, espiritual y económica. Tolkien fue agradecido con el apoyo recibido. Luego su esposa Edith Bratt se convierte en un apego seguro en su madurez, aunque su relación había comenzado en la adolescencia, iban para el mismo lado, consolidaron una familia y compartieron metas comunes, pese a que también hubo celos de parte de Edith y reclamos porque Ronald perdía la noción del tiempo con la escritura (Ibáñez Hlawaczek, 2013)

Desde épocas tempranas, Tolkien formó parte de grupos de amigos unidos por la literatura y la hermandad. Forjó amistades profundas, incondicionales y duraderas. En la adultez conforma una hermandad de amigos en la Universidad de Oxford, en la que discutían desde textos literarios medievales hasta el significado de los dragones en la fantasía del ser humano. Diariamente almorzaban juntos, debatían temas diversos, recitaban poesías y exponían sus propias obras. Oxford era, para ellos, un segundo hogar en el que se sentían cómodos y contenidos, además de responder a las exigencias académicas. Esos vínculos les brindaban satisfacción, confianza y fuente de comunicación cotidiana. Tal fue el apoyo, que quizá sin el estímulo del grupo, Tolkien no hubiera presentado sus obras para ser publicadas. Y sin sus hijos, probablemente no hubiera creado tantas historias fantásticas.

La resiliencia

La resiliencia es un término tomado de la ingeniería y adoptado luego por las ciencias sociales, para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan sanos psicológicamente y son exitosos socialmente (Comas-Díaz et al., 2011). Se trata de un proceso para adaptarse a hacerle frente a las adversidades con entereza, al trauma, la tragedia, las situaciones amenazadoras, y a otras fuentes significativas de estrés, como los problemas familiares y de relación, problemas serios de salud, o problemas laborales y financieros. Significa sortear las experiencias difíciles, con un buen grado de templanza.

Las investigaciones han demostrado que la resiliencia es una capacidad común y no tan extraordinaria, habitualmente las personas demuestran su resiliencia.

Ser resiliente no significa que la persona no experimente la dificultad o sienta malestar. Es muy común que sienta dolor emocional y tristeza ante la adversidad o el trauma. En realidad, el camino a la resiliencia conlleva bastante malestar emocional.

La resiliencia no es un rasgo que una persona puede tener o no tener, sino que cualquiera puede aprender formas de afrontar las situaciones a través de su comportamiento, pensamientos o acciones. La resiliencia *individual* se entiende como un proceso mediante el cual las personas se recuperan de la adversidad y pueden salir adelante en sus vidas (Dyery y McGuinness, 1996), e incluye aspectos fisiológicos, emocionales, actitudinales y psicológicos. Fletcher y Sarkar (2013) proponen que existen dos elementos comunes en las distintas definiciones de re-

silencia: adversidad y adaptación positiva. La adaptación positiva se refiere a un sistema psicológico de habilidades de afrontamiento utilizadas por las personas expuestas a situaciones traumáticas, que permite un ajuste positivo y un aumento en la capacidad de recuperación emocional.

Factores que contribuyen a la resiliencia

Una serie de factores conforman la resiliencia. Muchos estudios demuestran que el primer factor es poseer relaciones de apoyo y que puedan proveer de cuidados dentro o fuera de la familia, es decir, alguien con quien contar.

Las relaciones que involucran amor y confianza, que pueden proveer un ejemplo o un modelo, y que además ofrecen estímulo y reaseguramiento, ayudan a fortalecer la resiliencia de una persona.

Diversos factores se suman a la resiliencia, como los siguientes:

- La capacidad de hacer planes realistas y seguir los pasos para lograrlos
- Una visión positiva de sí mismo y confianza en las habilidades, capacidades y puntos fuertes
- Facilidad para comunicarse y resolver problemas
- Capacidad para tolerar y manejar emociones e impulsos fuertes

Todos éstos son factores que la persona puede desarrollar potencialmente.

Conclusiones

Se ha realizado un recorrido exploratorio acerca de los genios que han padecido pérdidas parentales tempranas y cómo el desarrollo artístico atravesó sus vidas, logrando obras eminentes que trascendieron sus épocas. Dicha relación se refiere a los genios que padecieron pérdidas parentales y tuvieron un desarrollo fuera de lo común. Se aclara que no se daría el camino inverso, es decir que no todas las personas que sufren pérdidas parentales van a ser geniales y sobresalientes.

Se han expuesto los conceptos de genialidad, el significado de las pérdidas parentales tempranas, el rol del talento creador y el modo en que el talento artístico puede ser sanador. No menos importante es la percepción del apoyo social recibido y la resiliencia forjada a través de las experiencias de la vida.

El tema expuesto invita a que se realicen nuevas investigaciones, como la extensión del fenómeno en artistas, pintores, políticos, innovadores y tantos otros talentos que han realizado aportes trascendentes para la Humanidad.

El puente de los sueños

*De todo quedaron tres cosas
La certeza de que estaba siempre comenzando
La certeza de que había que seguir
y la certeza de que sería interrumpido antes de terminar*

*Hacer de la interrupción un camino nuevo
Hacer de la caída un paso de danza
Del miedo una escalera
Del sueño un puente
De la búsqueda un encuentro*

Fernando Pessoa

Referencias

- Alonso-Fernández, F. (2008). El talento creador: A propósito de Santiago Ramón y Cajal. *Odous Científica*, IX(1).
- Alonso-Fernández, F. (2017). *Genios y creativos. Cómo reconocer su talento*. Lo que no existe.
- Arkowitz, H. (1992). A Common Factors Therapy for Depression. En J. Norcross, J. y M. Goldfried (eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 402-432). Basic Books.
- Bernardi, E., Jones, M. y Tennant, C. (1989). Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts. *The British Journal of Psychiatry*, 154(5), 677-682. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.5.677>
- Biografías y vidas (2004-2019). *La enciclopedia biográfica en línea*. <https://www.biografiasyvidas.com/>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss, Volume I*. Basic Books (Trabajo original publicado en 1969).
- Brand, A. y Powell, J. (1985). Emotions and the writing process: A description of apprentice writers. *Journal of Educational Research*, 79(5), 280-285. <https://doi.org/10.1080/00220671.1986.10885692>
- Brown, F. (1966). Childhood bereavement and subsequent psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 112(491), 1035-1041. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.491.1035>
- Caffelli, P. (2014, marzo 5). Características de los genios creativos. www.Bellomagazine.com/profile.
- Cochran, S. y Rabinowitz, F. (1996). Men, loss and psychotherapy. *Psychotherapy*, 33(4), 593-600. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.4.593>
- Comas-Díaz, L., Luthar, S., Maddi, S., O'Neill, K., Saakvitne, K. y Tedeschi, R. (2011). *Resiliencia*. American Psychiatric Association.
- Dyery, J. y McGuinness, M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276-282. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(96\)80036-7](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(96)80036-7)
- Dieserud, G., Forsén, L., Braverman, M. T. y Roysamb, E. (2002). Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: a matched case-control study. *Archives of Suicide Research*, 6(4), 291-308. <https://doi.org/10.1080/1381110214525>
- Eisenstadt, J. M. (1978). Parental loss and genius. *American Psychologist*, 33(3), 211-223. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.3.211>
- Eisenstadt, M., Haynal, A., Rentchnick, P., y De Senarclens, P. (1989). *Parental loss and achievement*. International Universities Press, Inc.
- Fletcher, D. y Sarkar, M. (2013). A review of Psychological Resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Gardner, H. (1993). *The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books.
- Ibáñez Hlawaczek, H. (2013). *El árbol y las hojas. Una estética lingüística*. Editorial UNSTA.
- Liebman, F. H. (1992). Childhood abandonment/adult rage: The root of violent criminal acts. *American Journal of Forensic Psychology*, 10(4), 57-64.

- Litowitz, B. y Gundlach, R. (1987). When adolescents write: Semiotic and social dimensions of adolescent's personal writing. *Adolescent Psychiatry*, 14, 82-111.
- Mander, R. (2007). *Loss and Bereavement in Childbearing*. Routledge.
- Moliner, M. (1994). Genio. En *Diccionario de uso del español María Moliner* (1ªed., 19ª impresión, p. 71). Editorial Gredos.
- Ortiz, E. y Marrone, M. (2002). La teoría del apego. Un enfoque actual. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 010. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000198#contenido>
- Standing, L., Aikins, S., Madigan, B. y Nohl, W. (2015). Exceptional Achievement and Early Parental Loss: The Phaeton Effect in American Writers, Presidents, and Eminent Individuals. *The Journal of Psychohistory*, 42(3), 188-199.

EL DESARROLLO INFANTIL EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA: LAS PRIMERAS TRES ETAPAS DE ERIK ERIKSON

CHILD DEVELOPMENT IN INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY: ERIK ERIKSON'S FIRST THREE STAGES

Richard G. Erskine, PhD

Institute for Integrative Psychotherapy, Vancouver, BC, Canadá

Universidad de Deusto, Bilbao, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-4165>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R. G. (2020). El Desarrollo Infantil en Psicoterapia Integrativa: Las primeras tres etapas de Erik Erikson. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 213-232. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.390>

Resumen

Los conceptos y las investigaciones sobre desarrollo infantil proporcionan el fundamento para la indagación terapéutica en una psicoterapia integrativa basada en el desarrollo evolutivo y centrada en la relación. Este artículo enfatiza las ideas sobre el desarrollo de Erik Erikson y las relaciona con los conceptos de Bowlby, Fraiberg, Piaget y Winnicott. Los diversos conceptos de desarrollo proporcionan la base para la sintonía evolutiva, la formación de imágenes evolutivas, para la indagación fenomenológica y para la inferencia terapéutica, lo que permite que la memoria implícita y procedimental se exprese en una narrativa terapéutica.

Palabras clave: *sintonía, patrones relacionales inconscientes, sintonía evolutiva, imagen evolutiva, memoria implícita, memoria procedimental, memoria sub-simbólica, desarrollo infantil, psicoterapia del desarrollo, inferencia terapéutica, psicoterapia integrativa, psicoterapia relacional, Erik Erikson.*

Abstract

Child development concepts and research provide the basis for therapeutic inquiry in a developmentally based, relationally focused integrative psychotherapy. This article focuses on the developmental ideas of Erik Erikson and relates them to the concepts of Bowlby, Fraiberg, Piaget, and Winnicott. The various developmental concepts provide the basis for developmental attunement, forming developmental images, phenomenological inquiry, and therapeutic inference that allow implicit and procedural memory to be expressed in a therapeutic narrative.

Keywords: *Attunement, unconscious relational patterns, developmental attunement, developmental image, implicit memory, procedural memory, sub-symbolic memory, child development, developmental psychotherapy, therapeutic inference, integrative psychotherapy, relational psychotherapy, Erik Erikson.*

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2020. Fecha de aceptación: 19 de junio de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: integpsych@earthlink.net

Dirección postal: Richard G. Erskine. Suite 802, 1470 Pennyfarthing Drive, Vancouver, British Columbia V6J 4Y2, Canadá

© 2020 Revista de Psicoterapia



Mi cliente llega tarde a nuestra sesión de terapia, lleva los cordones de los zapatos desatados, el cabello despeinado y la camisa manchada con restos de comida. Parece nervioso mientras entra en el despacho arrastrando los pies y se deja caer en el sofá. Le pregunto qué siente y se encoge de hombros. He aprendido en sesiones pasadas que rápidamente se muestra de acuerdo con mis comentarios cuando sugiero lo que podría estar sintiendo según sus expresiones faciales y gestos corporales. Pero me preocupan sus respuestas complacientes. Este es un patrón que he observado previamente cuando evita hablar de dificultades actuales, como el cáncer avanzado de su madre, sus preocupaciones financieras o su deseo de un trabajo más satisfactorio. Comenta que “los demás le utilizan” tanto en el trabajo como en el seno familiar. Me explica que nunca dice “no”, sobre todo a los miembros de su amplia familia. Describe como su forma de protesta más audaz la de escaparse silenciosamente de una incómoda cena familiar. Me parece que carece de un sentido de voluntad, capacidad de actuar o dirección en su vida.

Durante nuestras primeras sesiones noto que a menudo rompe en trocitos un pañuelo de papel y luego los enrolla en bolitas. Al principio me pregunto si se está distraendo para no sentir sus emociones. Observo sus profundas expresiones faciales y su postura corporal y cómo juega con el pañuelo como si fuera un juguete. En nuestros momentos de silencio, parece satisfecho rompiendo el pañuelo en pedacitos. Le pregunto qué está sintiendo y contesta: “No sé”. Inmediatamente suelta el pañuelo como si obedeciera alguna orden tácita. Un momento después, coge otro pañuelo y comienza a romperlo en pedacitos.

Me planteo qué experiencia inconsciente está entretejida en sus gestos y escenificada en la conducta que estoy observando. ¿A qué edad esperarías yo que un niño normal se replegara con esa actividad? ¿Se enfrascara solo en un juego repetitivo? ¿Y no tuviera palabras para describir lo que está sintiendo? Me estoy formulando preguntas desde una perspectiva evolutiva. Pienso en la importancia del juego repetitivo y solitario, en la ausencia de palabras auto-reflexivas y en la edad en la que decir “no” es una expresión necesaria de autodefinición. ¿Quién es mi verdadero cliente? ¿Es este hombre de 38 años o un niño de 2 años? ¿O ambos?

Psicoterapia Basada en el Desarrollo Evolutivo

Las teorías sobre el desarrollo infantil y varias investigaciones sobre la maduración social y emocional de los niños proporcionan las bases para mis intervenciones terapéuticas cuando me estoy involucrando en la psicoterapia con clientes. El objetivo principal de este artículo es describir algunos de estos fundamentos desde una psicoterapia integrativa centrada en la relación (Erskine, 2008, 2009, 2015a) con el fin de proporcionar una guía para los terapeutas que brindan psicoterapia profunda. Enunciaré algunas de las ideas y teorías que influyen en el trabajo que realizo, particularmente las primeras tres etapas de desarrollo infantil de Erik Erikson, que oscilan desde el nacimiento hasta aproximadamente los 6 años. Erikson describió estas primeras tres de sus ocho etapas como confianza básica versus desconfianza,

autonomía versus vergüenza y duda, e iniciativa versus culpa.

Lo más destacado de mi comprensión de las necesidades físicas y relacionales y las tareas evolutivas de los bebés y niños pequeños se encuentra en las observaciones e hipótesis de muchos autores que han escrito sobre el desarrollo infantil. Incluyen (pero no se limitan) a Ainsworth (Ainsworth et al., 1978); Beebe (2005); Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980, 1988a, 1988b); Fraiberg (1959); Kagan (1971); Mahler (1968), Mahler et al. (1975); Main (1995); Piaget (1936/1952, 1954, 1960); Piaget e Inhelder (1969, 1973); Stern (1977, 1985, 1995); y Winnicott (1965, 1971). Además, la investigación de varios neuro-psicólogos ha validado el modo en que organizo mi psicoterapia, incluido el trabajo de Cozolino (2006), Damasio (1999), LeDoux (1994), Porges (1995, 2009), Schore (2002) y Siegel (1999, 2007). Sin embargo, los conceptos de Erikson (1959, 1963, 1968) son los que han resultado una guía constante para formular mis hipótesis sobre los conflictos evolutivos de los clientes, lo que faltó durante sus tempranos años de desarrollo y cómo mantenerme en relación con ellos.

Una psicoterapia integrativa basada en el desarrollo y centrada en la relación, enfatiza la importancia terapéutica de la *sintonía* evolutiva en su teoría y en sus métodos. Esto supone tanto el conocimiento del desarrollo emocional y cognitivo de los niños como la sensibilidad a la historia singular de cada cliente sobre las relaciones establecidas durante su infancia. Incluye la sintonía con los diversos afectos de nuestros clientes, sus ritmos y sus patrones de apego, el modo de organizar las experiencias y la variedad de necesidades (Erskine et al., 1999).

La sintonía evolutiva necesita de la sensibilidad y la capacidad de respuesta del terapeuta ante las breves expresiones de regresión de edad y ante las expresiones transferenciales de interrupciones relacionales no resueltas que emergen en el proceso psicoterapéutico. Tal sensibilidad terapéutica requiere que comprendamos las crisis personales y relacionales que viven los niños pequeños, las necesidades relacionales que surgen en cada etapa evolutiva, las reacciones fisiológicas de supervivencia y las conclusiones experienciales que pueden inferir, y lo que constituye una implicación terapéutica reparadora.

Sara: Perdida y Vacía. Sara acudió a terapia preocupada por sentirse deprimida, dormir mucho y encontrarse a menudo mirando al vacío. Entró en el despacho por primera vez con un palillo en la boca. En las siguientes sesiones, se frotaba constantemente los labios con los dedos y a menudo miraba la pared cuando hablaba. Una vez que establecimos una relación profesional cómoda, comencé a formular una serie de indagaciones, primero con varias preguntas sobre su adolescencia e infancia y luego específicamente sobre su primer año de vida.

Con el tiempo, Sara me habló de la infección mamaria sufrida por su madre cuando tenía un mes. Su madre estuvo hospitalizada durante varios días, Sara fue bruscamente alimentada con biberón y su madre se deprimió. Esta historia me ayudó a comprender la sensación de Sara de estar “perdida en el espacio” y su propia lucha contra la depresión. Estaba conformando una *imagen* evolutiva de una bebé

anhelando ser amamantada y ansiando la vitalidad de su madre. Me pregunté si la depresión de Sara revivía la experiencia emocional de una bebé deprimida o si Sara estaba asumiendo la depresión de su madre, o ambas cosas.

Durante los siguientes 2 años, estas hipótesis moldearon mis intervenciones. Hablaba con Sara con frecuencia sobre lo que ella podría haber necesitado de bebé, lo que pueden vivenciar los bebés bien atendidos y cómo pudo haberse manejado durante su primer año de vida cuando su madre estaba deprimida. Al principio de nuestra terapia, Sara no podía tolerar que la mirara, estaba asustada. Pasamos muchas sesiones experimentando que me mirara a la cara y después que escondiera el rostro con sus manos. A menudo lloraba con profundos sollozos. Más adelante, cuando indagué sobre su llanto, me dijo que no tenía ninguna idea, ni tampoco palabras.

A medida que profundizaba nuestra conexión emocional, Sara me comentó que temía que yo desapareciera. Necesitaba que le garantizara que me encontraba bien de salud. Sara padecía con cada pausa de nuestras citas semanales, Y algunas veces teníamos sesiones 2 veces por semana. Finalmente, ella insistió en sostener mi mano “solo para saber que eres real”. Me pidió que me sentara cerca de ella en el sofá para poder sentir mi presencia. En varias ocasiones, extendió la mano para tocar la silueta de mi rostro, para rozar sus dedos sobre mi nariz, frente, orejas y boca. Me tocaba la cara como un bebé explora la cara de su madre. Luego cerraba los ojos y tocaba su propia cara, y así sucesivamente, tocando mi cara y luego la suya. Repitió este modo de exploración infantil varias veces antes de poder mirarme a los ojos.

Aunque nuestras sesiones tuvieron largos períodos durante los cuales Sara no hablaba, cuando lo hacía, describía la profunda sensación de un “vacío en mi estómago”, “un vacío que nunca está satisfecho”. Con el tiempo, Sara se dio cuenta de que anhelaba una madre activa y feliz de estar con ella. A medida que progresaba la terapia, busqué ocasiones para compartir juntos momentos de vitalidad y entusiasmo.

Imagen Evolutiva

En esta historia de Sara, he descrito que tengo una imagen evolutiva que me permitió mantener de forma consciente la negligencia relacional que padeció de bebé y responder con sensibilidad a su necesidad de una presencia auténtica. La imagen evolutiva está basada en una combinación de intuición e imaginación empática para conocer cómo es la experiencia de un niño o una niña en particular y captar la calidad relacional que tuvo a una edad específica (Erskine, 2008). Crear una imagen evolutiva nos permite tener constantemente en mente a la niña angustiada, estar en sintonía con sus experiencias relacionales y necesidades no correspondidas, y orientarnos para establecer una relación reparadora.

Sin embargo, las imágenes evolutivas se forman no solo partiendo de la imaginación empática y la intuición. Para ser terapéuticamente efectivas, las imágenes evolutivas también requieren una comprensión profunda del desarrollo físico, emocional, cognitivo y social de las niñas y niños –una comprensión basada en

observaciones tanto informales como profesionales, los resultados de las investigaciones sobre desarrollo infantil y los conceptos teóricos derivados de dichas investigaciones. Las imágenes evolutivas le recuerdan al terapeuta que se centre en la vida temprana del cliente, sus necesidades no satisfechas y las crisis relacionales que pueden haber ocurrido en varias edades. Esto resulta especialmente importante en las sesiones durante las cuales el cliente queda inmerso en los eventos actuales de su vida.

Observaciones sobre el Desarrollo Evolutivo de Erik Erikson

Josef Breuer y Sigmund Freud, en su obra *Studies in Hysteria* (1893-1895/1955), fueron de los primeros en presentar cómo las experiencias tempranas emocionalmente disruptivas de la infancia moldean la vida adulta. Freud (1894/1962, 1915/1957) continuó describiendo cómo los traumas infantiles son “reprimidos” defensivamente y, por lo tanto, influyen de forma inconsciente en la conducta, actitudes y emociones en la adultez. Reflexionando sobre las presiones sociales de Viena antes de 1900, definió cinco etapas del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, de latencia y genital (Freud, 1905/1953). Aunque no predomina en mi planificación del tratamiento, tengo en consideración periódicamente los aspectos de las etapas psicosexuales de Freud como una guía general para evaluar la edad psicológica de mis clientes y clientas y buscar intervenciones apropiadas a esa edad.

Erikson teorizó que el desarrollo humano progresa a través de un ciclo vital compuesto por ocho etapas evolutivas, que se extienden desde la infancia hasta la vejez, en las que cada etapa marca una nueva dimensión de integración personal y social. Estas etapas describen una nueva dimensión en el sentido fenomenológico del self, así como también su interacción personal en la relación con los demás (Erikson, 1959, 1964). Este sentido del self en constante evolución e integración es considerado el resultado de resolver crisis personales y relacionales específicas a las que se enfrenta un individuo en las diversas etapas del desarrollo.

Erikson (1958, 1969) se refirió a este proceso de maduración psicológica como la *búsqueda de la identidad*, un término que indica un proceso que se extiende por varias etapas evolutivas. La progresión hacia una personalidad sana depende del dominio exitoso de las tareas personales y relacionales en cada etapa del desarrollo (Erskine, 1971). Erikson (1968) calificó cada una de estas tareas personales y relacionales como una *crisis del desarrollo*, un “punto de inflexión, un período crucial de mayor vulnerabilidad y potencial elevado” (p. 96) y, por lo tanto, una fuente de fortaleza interna y crecimiento o una fuente de confusión, inadaptación y conflicto interpersonal.

En la infancia, la identidad no se considera un constructo mental. Más bien es un constructo fisiológico porque el sistema nervioso del bebé puede desear, tolerar o repeler el contacto físico del cuidador. Esto se refleja en las descripciones de Bowlby (1969, 1973) del apego físico y las interrupciones relacionales de los niños pequeños. El sentido del self fisiológico de la primera infancia, junto con

las experiencias pre-simbólicas de los años pre-escolares y las conclusiones experienciales además de las decisiones explícitas de los años escolares, resultan los cimientos sobre los que se conforma la identidad adolescente posterior.

Erikson (1968) concluyó que la transición exitosa por cada estadio no es un logro garantizado definitivamente, sino más bien una sensación de alcanzar la tarea evolutiva de esa edad. Esta sensación de logro no es una experiencia cognitiva o lingüística, sino más bien una experiencia, sentida físicamente, de seguridad, agencia y/o autoestima que resulta consistente con esa edad. Al describir las ocho etapas de desarrollo epigenético, Erikson deliberadamente precedió el título descriptivo de cada etapa con la frase “una sensación de”. Esta sensación fenomenológica de haber alcanzado o de haber frustrado la consecución de la tarea de la etapa es lo que resulta relevante para determinar el desarrollo exitoso en las etapas posteriores.

La teoría de Erikson (1959) se considera relacional porque, en cada etapa, el dominio del niño o niña de una crisis del desarrollo específica depende de la calidad de la presencia y la implicación de los progenitores. Es epigenética, porque cada etapa involucra tanto antecedentes de experiencias de desarrollo previas como precursores de etapas futuras. Por ejemplo, los problemas de confianza y desconfianza surgirán de forma repetitiva en todas las etapas del desarrollo, no solo en el primer año de vida. Y, aunque la formación de la identidad está en su apogeo en la adolescencia tardía, un aspecto de la identidad comienza en la infancia cuando predomina la tarea de la confianza básica. Al combinar sus propias ideas sobre el desarrollo infantil con las etapas psicosexuales de Freud, Erikson (1946, 1959, 1963, 1968) consiguió conceptualizar la progresión del desarrollo como una interacción de variables biológicas, psicológicas y relacionales que se prolonga durante el ciclo vital, que difieren del concepto estático de Freud de desarrollo infantil. Cada una de las etapas de Erikson presenta una nueva forma de expresión personal y compromiso relacional que sienta las bases para etapas sucesivas. Al mismo tiempo, las futuras etapas de desarrollo tienen una influencia rudimentaria en la etapa de desarrollo actual (Erskine, 1971).

Las relaciones recíprocas entre progenitores e hijos resultan relevantes en el desarrollo infantil (Erskine, 1971). Por ejemplo, a medida que el bebé afronta problemas de confianza y desconfianza, sus padres están lidiando con problemas de generatividad, es decir, cuidado de los hijos, gestión del matrimonio, administración económica y dedicación profesional. La descripción anterior de la psicoterapia con Sara ilustra el concepto de Erikson de reciprocidad entre padres e hijos y los efectos de las emociones y la conducta de los progenitores sobre la niña, así como el concepto de Freud de que la oralidad se considera la cualidad esencial de la infancia.

Los textos de Erikson (1953, 1959, 1963, 1968, 1971) también proporcionan una comprensión sobre los efectos negativos a largo plazo de las interrupciones relacionales en la infancia y sirven de guía para formular una indagación psicoterapéutica y moldear una relación terapéutica reparadora. Por ejemplo, cuando un cliente adulto tiene dificultades con la creatividad o para concluir proyectos,

a menudo pienso en la necesidad relacional de un niño de 4 o 5 años de tener un compañero adulto que comparta con él su actividad productiva. Puedo plantear varias indagaciones históricas y fenomenológicas sobre las características del tiempo lúdico infantil, los proyectos creativos en los que participó, quién compartió sus intereses y si los adultos significativos mostraron apoyo y entusiasmo durante las actividades lúdicas del niño o si recibió críticas e impedimentos a sus juegos llenos de vitalidad. Dicha información me permite ser eficaz a la hora de ayudar al cliente a expresar su reconocimiento hacia las relaciones que satisficieron sus necesidades cuando era un niño, o alternar con el duelo terapéutico y/o manifestar enfado por la ausencia de relación con los otros significativos. Una comprensión sintonizada con el desarrollo puede conducirme a demostrar un vivo interés en los proyectos, esperanzas y planes del cliente y, por lo tanto, a crear una relación terapéutica reparadora (Erskine y Moursund, 1988/2011; Moursund y Erskine, 2003).

Confianza versus Desconfianza

Erikson (1963) sentó las bases para todo el desarrollo posterior en el primer año de vida y la correspondiente crisis de confianza básica versus desconfianza. Escribió que incluso antes del nacimiento, las actitudes de la madre hacia su bebé durante el embarazo y el parto tienen un efecto en las respuestas del recién nacido. Una vez que nace, la simbiosis con el cuerpo de la madre se reemplaza por una activación mutua entre la madre y el bebé. Fairbairn (1952), Winnicott (1965, 1971) y Stern (1985) describieron cómo un bebé es capaz de experimentar la relación desde el inicio de su vida y que la calidad de las experiencias del bebé depende del contacto interpersonal con las personas significativas.

El contacto interpersonal y la reciprocidad de dar y recibir permiten a la madre responder a las necesidades y demandas del cuerpo y la mente del bebé. Cuando las necesidades del bebé de un contacto enriquecedor, de bienestar y de seguridad se satisfacen adecuadamente en esta relación recíproca, el niño o la niña aprende a confiar en la madre, en sí mismo y en el mundo. Erikson (1963) enfatizó este punto al decir que los progenitores “deben poder reflejar al niño una convicción profunda, casi somática, de que tiene un sentido todo lo que están haciendo” (p. 249). La consistencia, la confiabilidad y la seguridad de los padres comunican al niño que está seguro y que sus necesidades básicas y vitales serán satisfechas, al menos la mayor parte del tiempo. Esta mezcla de confianza y desconfianza se secunda en el concepto de Winnicott (1965) citado con frecuencia de la “madre suficientemente buena” (p. 117).

Debido a que el bebé aún carece de imagen corporal y permanencia del objeto, su sentido de confianza o desconfianza resulta inespecífico. Se aplica a todas las personas, incluido el self que aún no está diferenciado del mundo materno. Una madre que estabiliza consistentemente y que regula el afecto y las necesidades físicas del bebé se vivencia como una sensación de confianza tanto en sí mismo como en el mundo externo. Una sensación emergente de confianza conduce al establecimiento

de la esperanza. Una madre que es inconsistente o negligente se vivencia con una sensación de desconfianza en sí mismo y en las relaciones. La desconfianza hacia una madre poco confiable se convierte en desconfianza hacia uno mismo porque el bebé no siente que su madre está separada de él.

El psicólogo del desarrollo Jean Piaget expresó que durante esta etapa temprana “sensorio-motora” el bebé no es consciente de causa y efecto, las sensaciones auto-centradas son todo lo que existe (Maier, 1969). Por lo tanto, “el fracaso de que el padre no proporcione una base de confianza es el fracaso del niño ya que no es ‘cognitivamente’ capaz de percibir su existencia como algo separado de sus padres” (Erskine, 1971, p. 39). En mi experiencia, la ausencia de una base relacional segura y de confianza puede originar que los clientes tengan una indescriptible sensación de desesperanza fisiológicamente basada. Cuando los clientes adultos hablan de una sensación de desesperanza –una sensación interna de desesperación que existe incluso cuando su vida va bien– me inclino a centrarme en su primer año de vida. Comienzo preguntando cómo reciben el contacto y la cercanía física de otra persona, y me interesa saber si tienen una sensación de bienestar y estabilización emocional en la cercanía física o si se sienten inquietos por tal intimidad. Luego puedo preguntar sobre la calidad relacional entre el bebé y la madre en aspectos importantes del cuidado del bebé: alimentación, cambio de pañales, baño, juegos y hora de dormir.

Si la sensación de apego de un niño pequeño o de una niña pequeña se infunde con un mayor grado de desconfianza que de confianza, posteriormente en su vida podría reaccionar de forma desagradable incluso ante leves discrepancias ante el comportamiento de otra persona y usar esas discrepancias como evidencia de que no se debe confiar en los demás (Erskine, 2015b). Si, por el contrario, el niño o la niña ha adquirido una sensación de confianza y ésta se ha reforzado durante varias etapas del desarrollo, entonces en su vida adulta podría considerar esas discrepancias como insignificantes y normales en la vida.

Me muestro especialmente interesado cuando los clientes perciben inconsistencias en mi conducta o en mis afectos que les provoca desconfianza hacia mí. Quiero saber cómo su percepción estimuló e influyó en esa sensación de desconfianza y dedico tiempo a explorar cómo mi comportamiento puede haber estimulado su falta de confianza en nuestra relación. Considero importante asumir la responsabilidad de mis inconsistencias y/o errores terapéuticos antes de investigar cualquier posible desconfianza durante la etapa de primera infancia. Resulta esencial que trabajemos dentro de nuestra relación actual, de persona a persona, para establecer (tanto como sea posible) una conexión interpersonal segura antes de explorar las cualidades de su temprana relación madre-bebé.

Durante la misma época en la que Erikson desarrolló su trabajo, Bowlby (1969, 1973, 1980) también escribió sobre el desarrollo infantil temprano. Describió el imperativo biológico del vínculo físico y afectivo prolongado en la creación de un núcleo visceral del cual emergen todas las experiencias del self y de los demás.

Tanto los textos de Bowlby como los de Erikson delinean los patrones relacionales inconscientes que se generalizan a partir de las experiencias en la infancia y la niñez temprana (Erskine, 2009).

Bowlby propuso que el desarrollo saludable surge de la mutualidad del disfrute recíproco del infante y su cuidador en la conexión física y en la relación afectiva. Las madres que están en sintonía con los afectos y el ritmo de su bebé, que son sensibles a los desajustes y se apresuran a corregir sus errores de sintonización, establecen para sus bebés una *base segura* (Bowlby, 1988b). Estas cualidades de contacto interpersonal, comunicación de los afectos y reparación resultan de suma importancia para establecer relaciones seguras, una sensación de dominio y resiliencia en la vida posterior (Ainsworth et al., 1978).

Los comentarios de Bowlby proporcionan un resumen de lo que un psicoterapeuta integrativo centrado en la relación consigue realmente con los clientes, es decir, crear una base segura. Igual que con los padres involucrados y receptivos, nos sintonizamos con los afectos y ritmos de nuestros clientes, somos sensibles y nos responsabilizamos de nuestra falta de sintonía, corregimos nuestros errores, nos esforzamos por establecer y mantener la estabilidad emocional y física, generar seguridad relacional y apreciamos quienes son (Tronick, 1989).

Bowlby (1973) articuló cómo la calidad relacional de un niño pequeño con sus progenitores proporciona “una sensación de lo aceptable o inaceptable que resulta a los ojos de las figuras de apego” (p. 203). Estas experiencias repetidas establecen *modelos operativos internos* que determinan, de un modo inconsciente, la anticipación, las respuestas emocionales y conductuales a los demás, la naturaleza de la fantasía y la calidad de las transacciones interpersonales. Stern (1995) se refirió a estos mismos fenómenos con el término *modelos de-estar-con-otro*. Tanto Bowlby como Stern estaban describiendo formas procedimentales sub-simbólicas de memoria, memoria que no se encuentra disponible para el pensamiento consciente, aunque se expresa en sensaciones fisiológicas, afectos y relaciones.

Bowlby continuó describiendo los apegos inseguros como el resultado psicológico de las perturbaciones en los vínculos dentro de las relaciones de dependencia. Erikson (1963) hacía referencia a las repetidas experiencias de seguridad o falta de seguridad en los primeros meses de vida cuando describió este período de desarrollo como un tiempo de confianza versus desconfianza.

Aunque Eric Berne no proporcionó ninguna indicación de que conociera los primeros hallazgos de la investigación e ideas teóricas de Bowlby, tuvo muy en cuenta el énfasis de Erikson en la constitución de la confianza o desconfianza en los primeros 2 años de vida. Berne (1961) describió las perturbaciones relacionales en la infancia como los “dramas primigenios” (p. 116), lo que entrañaba un “extenso plan de vida inconsciente” (p. 123). Berne empleó los términos *protocolo* y *palimpsestos* para describir las interacciones en la niñez y primera infancia entre un niño y sus cuidadores que están grabadas como tipos de memoria pre-simbólicas, sub-simbólicas y procedimentales que conforman “patrones relacionales incons-

cientes” (Erskine, 2015a) que más tarde en la vida interfieren con el mantenimiento de la salud, la resolución de problemas y las relaciones con las personas —la base temprana del guion de vida.

Winnicott se refirió a este período temprano de la vida de un niño como una etapa en la que se moldean memorias corporales aunque el bebé no sea consciente y no tenga un sentido completo de “yo”. El bebé solo conoce sensaciones, pero las sensaciones corporales son la subestructura neurológica de la consciencia emergente de confianza y desconfianza del niño (Porges, 2009). Winnicott (1965) escribió que el bebé siempre está debatiéndose con el dilema entre expresar espontáneamente las necesidades y satisfacerlas versus reaccionar a las exigencias externas que interrumpen la “continuidad del ser del bebé”. ...[]Cuando reacciona, un bebé no está “siendo” (p. 185).

Sin duda, ocurrirán incidentes asociados a perturbaciones relacionales entre niños y cuidadores. Tales reacciones denotan momentos de ruptura en la sensación de confianza del bebé hacia su cuidador. Los impedimentos para confiar se producen con interrupciones relacionales recurrentes, en las que el niño adquiere una sensación constante de falta de seguridad. Dicha falta de seguridad, la desconfianza y la sensación de necesidades no satisfechas no es algo reflexionado ni cognitivo. Esas sensaciones corporales son tipos de memorias procedimentales y sub-simbólicas que se establecen cuando el niño se encuentra en una fase pre-verbal. Pero estas sensaciones fisiológicas pueden durar toda la vida y resultan influyentes en el establecimiento de las relaciones posteriores.

La investigación de Fraiberg (1982/1983) mostró que las señales conductuales de las perturbaciones relacionales entre los bebés y los progenitores resultan evidentes en los primeros meses de vida. Parafraseando a Fraiberg, estas reacciones de supervivencia auto-estabilizadoras en los bebés incluyen paralizar sus movimientos corporales, agitar brazos y piernas, evitar el contacto cara a cara y modificar sus afectos. Podemos observar versiones sutiles de estas mismas dinámicas auto-estabilizadoras en clientes adultos cuando tensan sus cuerpos, se agitan, evitan el contacto visual o deflecan sus sentimientos. Tales comportamientos pueden indicar perturbaciones relacionales no resueltas en la infancia temprana.

La Aplicación de los Conceptos del Desarrollo Evolutivo en la Práctica

Durante los primeros meses de terapia, Sheila se sentaba en mi oficina mordiendo las uñas y moviendo constantemente el pie. No solo estaba físicamente agitada, sino que también mostraba grandes dificultades para hablar sobre su experiencia interna. Podía hablarme con libertad sobre sus interacciones sociales con otras personas durante la semana previa, pero en general, sin ningún contacto visual. Si le planteaba más de una o dos preguntas fenomenológicas, ella tensaba los músculos de la cara, hombros y pecho y se mantenía en silencio.

A menudo, en los primeros meses, pensaba en los gestos repetitivos del cuerpo de Sheila, sus músculos tensos y en cómo estas conductas podrían ser la

manifestación adulta de los gestos de un bebé de nerviosa agitación, paralización física y rechazo del contacto –intentos desesperados de auto-estabilización cuando el cuidador significativo no puede proporcionar la estabilización física y emocional necesaria para que el bebé desarrolle una sensación básica de confianza (Fraiberg, 1982/1983).

Al adaptar mi indagación evolutiva formulando solo algunas preguntas históricas en cada sesión, comenzamos a construir lentamente, durante los siguientes 9 meses, la historia de sus primeros 2 años de vida con una madre a la que describió (con información proporcionada por sus dos tías) como “con frecuencia nerviosa, alterada y angustiada”. Poco a poco, Sheila fue capaz de tolerar mis indagaciones sobre sus sensaciones corporales, sus diferentes afectos, fantasías y sobre cómo afrontó, incluso cuando era una niña, a una “madre tensa” que peleaba constantemente con su padre alcohólico, según sus propias palabras. Detalló historias familiares sobre cómo su madre la dejaba en un corralito todo el día, hasta que su padre llegaba a casa, para cambiarle el pañal y eventualmente darle de comer. Tenía una imagen recurrente de estar atada a una trona, llorar para que la soltaran y “después, simplemente, darse por vencida”.

Sheila comentó que no recordaba las peleas entre sus padres cuando tenía 2 años, pero que tenía varios recuerdos explícitos de las disputas verbales entre ellos en sus años preescolares y escolares. Explicó: “Sé en mi cuerpo que viví con una tensión constante” y “No podía confiar en nadie”. “Incluso ahora me parece imposible confiar en alguien”.

Con algunas clientes, pregunto qué conocen sobre su concepción, cómo se sintió su madre con el embarazo y la calidad de la relación entre sus progenitores, tanto durante la gestación como en los primeros meses después del parto. El conocimiento rudimentario de la cliente generalmente se basa en historias familiares y fragmentos de información que ha reunido a lo largo de los años. Además, puedo pedirle que “imagine” cómo era ser alimentada por su madre durante los primeros meses de vida. Indago sobre la “sensación interna” del contacto físico de la madre, el ritmo de la alimentación, la sensibilidad de la madre a la necesidad del bebé y la presencia o ausencia de contacto visual. ¿Mamá cantaba o hablaba cuando te alimentaba, o lo hacía en silencio? Tengo curiosidad por saber si la madre estaba relajada o estresada y cómo mi cliente respondía físicamente al contacto con el cuerpo de la madre.

Basado en lo que conoce de la personalidad de su madre, le pido a la cliente que imagine esas interacciones interpersonales afectivas y relacionamente significativas (Stern, 1998; Tronick, 1989). Aunque la mayoría dicen que no tienen recuerdos explícitos de este período en su vida, estoy interesado en sus impresiones porque están configuradas a partir de experiencias fisiológicas y emocionales que se registran como memoria sub-simbólica. Aunque no se basan en la memoria explícita, tales memorias procedimentales pre-lingüísticas resultan la base de los patrones relacionales inconscientes que pueden influir en los afectos, la conducta

y las relaciones posteriores (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Erskine, 2009). Estos tipos de memoria no son conscientes, ya que no se traducen en ideas, conceptos, lenguaje o narrativa, sino que se comunican fenomenológicamente a través de tensiones fisiológicas, afectos indiferenciados, anhelos y repulsiones, tono de voz e interacciones interpersonales (Bucci, 2001; Kihlstrom, 1984; Lyons-Ruth, 2000; Schacter y Buckner, 1998).

Al ayudar a nuestros clientes a construir una narrativa integral de su vida, estamos trabajando con la *inferencia terapéutica*, configurada mediante el ensamblaje de fragmentos de información, reacciones emocionales y corporales, imágenes internas, historias familiares y fantasías (Erskine, 2008, p. 136). Estas inferencias se construyen a través del diálogo intersubjetivo entre cliente y psicoterapeuta sobre los primeros años de vida y pueden no basarse en información verificable. Están compuestas de sensaciones internas, impresiones, reacciones físicas y emociones que determinan los procesos internos y las percepciones del cliente y pueden moldear su conducta en la vida adulta.

Metafóricamente, creo que en una psicoterapia centrada en el desarrollo evolutivo construimos la narrativa del cliente de un modo similar a pintar dibujos siguiendo puntos de número a número hasta formar una imagen conectando varios puntos numerados. Por ejemplo, así como un niño que dibuja una línea entre los puntos numerados uno, dos..., nueve y diez revela la imagen de un gato o un caballo, ayudamos a los clientes a construir una narrativa que le dé sentido a su experiencia mediante:

- Sintonía afectiva, rítmica y evolutiva
- Indagación fenomenológica e histórica consistente
- Fragmentos de información
- Imágenes evolutivas
- Historias familiares
- Empleo cuidadoso de la teoría del desarrollo infantil, la observación y la investigación

Autonomía versus Vergüenza y Duda

La teoría de Erikson (1963, 1968) establece que el segundo conflicto del desarrollo –la autonomía versus la vergüenza y la duda– sucede entre los 18 meses y los 3 años. Este período corresponde a la etapa anal de Freud y se basa en los cimientos de la confianza o desconfianza establecidos durante la etapa oral. A medida que el niño se acerca a su segundo cumpleaños, se genera un tipo de funcionamiento intelectual cualitativamente nuevo que Piaget (1951; Piaget e Inhelder, 1969) denominó *pre-operatorio*. El niño se ha desarrollado más físicamente (camina y trepa), se coordina mejor (come solo), percibe de forma consciente (observa las interacciones familiares) y está decidido a expresar sus propios deseos (la necesidad de autodefinirse y hacer impacto en otra persona). Esta lucha por la autonomía comienza a los 2 años y dura hasta los 3 años y medio, aunque Piaget la describe

hasta los 7 años.

Si el niño o la niña no tiene una sensación básica de confianza al iniciar la segunda etapa, Erikson (1959, 1963) teorizó que “dirigirá contra sí mismo todos los impulsos para discriminar y manipular” (p. 70) y controlará en exceso, desarrollará una consciencia precoz, se tornará obsesivo y, en la vida adulta, se adherirá a actitudes más autoritarias.

La conducta dominante de esta segunda etapa se manifiesta en la capacidad del niño para sujetar objetos con firmeza y lanzarlos deliberadamente. Al mismo tiempo, el niño se está desarrollando físicamente con “la llegada de deposiciones mejor formadas y la coordinación general del sistema muscular que permite la evolución del alivio voluntario, así como de la retención física” (Erikson, 1968, p. 107). Escribiendo sobre esta etapa, Erikson amplió el concepto de Freud del período anal y lo enmarcó en términos de la relación entre el niño y los cuidadores, una lucha para el niño en ejercitar la toma de decisiones y un creciente sentido de autonomía. A esta edad, los niños y las niñas están explorando activamente, haciendo lo que quieren, haciendo las cosas a su manera y a su propio ritmo. Con un apoyo continuo y un entorno protector, adquieren una sensación de autonomía. Si durante esta edad es repetidamente criticado, si sus cuidadores se muestran exigentes, controladores o impacientes, podría originarle una sensación de inseguridad.

La discusión de Erikson (1959) sobre autonomía se centró en gran medida en el control de esfínteres. Pero enfatizó que la calidad de la relación entre el niño y sus padres en este momento resulta un factor principal para determinar si atravesará o no esta etapa con una sensación de autoestima y competencia o se sentirá impotente, avergonzado e inhibido. Erikson (1963) enfatizó que se considera relevante que el niño no sienta que su voluntad se está quebrantando. La calidad de la autonomía que desarrollará depende de la capacidad de sus progenitores para otorgar autonomía con dignidad y con una sensación de independencia personal.

Además de los rápidos progresos en la maduración muscular, durante esta etapa, el niño aprende a coordinar una serie de patrones conductuales y vocalizaciones muy contrapuestas que delinear el mundo como “yo” y “tú”, “mí” y “mío”, “no” y “yo quiero”. El desarrollo del lenguaje es un instrumento fantástico para ayudar a los niños a expandir su mundo más allá de la relación primordial madre-hijo. Aunque el lenguaje en este estadio resulta deficiente y más expresivo que comunicativo, permite la distancia entre madre e hijo. La madre ahora puede dirigir al niño verbalmente sin tener que tocarlo físicamente. El niño puede negarse a obedecer diciendo “no” o ignorándola, declarando así su voluntad, una expresión del sentido emergente de autonomía.

Erikson escribió que “la sensación de autocontrol del niño, sin pérdida de autoestima”, es la base de una “sensación perdurable de autonomía y amor propio”, es el origen ontogenético de la sensación de libre albedrío”. Continuó describiendo que “a partir de... una pérdida de autocontrol, y de un control excesivo por parte de los padres, surge una prolongada sensación de duda y vergüenza” (Erikson, 1959,

p. 109). La sensación de duda y vergüenza resulta del menosprecio, las burlas y el control excesivo de los padres, lo que roba al niño la sensación de ser capaz de auto-controlarse y de poder dirigir su propia vida con éxito.

David: Sin voluntad. David acudió a psicoterapia para resolver las dificultades de su carrera como músico de jazz y para abordar la falta de una pareja duradera en su vida. En los muchos meses que trabajé con él, resultó cada vez más claro que marcaba una distante cada vez que yo me mostraba empático, como cuando validaba sus sentimientos o cuando nos despedíamos. El distanciamiento de David era sutil, pero pude sentir el espacio emocional entre nosotros, una vaga sensación inquietante dentro de mí, un deseo de conectar emocionalmente y, al mismo tiempo, una sensación contradictoria de respetar el espacio físico entre nosotros. Posiblemente yo estaba respondiendo a los patrones recurrentes de David para controlar la intimidad emocional y/o a lo que él pudiera haber necesitado de niño.

Pensé en las descripciones de Erikson de cómo un niño pequeño lidia con la confianza y la desconfianza. Aunque David asistía a nuestras sesiones semanales, me planteé si, en algún nivel primario, desconfiaba de mí. En varias sesiones le pregunté por nuestra relación. Me habló vacilante sobre cómo se imaginaba que al final yo le controlaría: “Sé que no me controlarás. Te he observado todas estas veces, pero sigo esperando que me manipules o me critiques”. Esas transacciones transferenciales me llevaron a formular varias preguntas a David, primero sobre nuestra relación actual y después sobre su vida cuando era pequeño.

Aunque no conservaba recuerdos específicos de sus primeros años de vida, describió a su madre como “estricta” y “siempre controlando”. Le pedí se imaginara con 2 o 3 años y queriendo subirse a los muebles. Tensó los músculos de los hombros y la espalda e inmediatamente dijo: “Ella me pegaría si hiciera eso. Me insultaría. Me destruiría”. Aunque David no tenía un recuerdo explícito de que le pegara, dijo: “Sé que es verdad”. Luego detalló cómo él, tanto niño como hombre, temía a su madre.

David describió varias veces sus primeros años de vida, cómo su madre le reprendía, criticaba o golpeaba por ser “obstinado”. No deseaba estar físicamente cercano a ella y nunca le expresó lo que sentía o pensaba. Se dio cuenta de que conmigo no solo estaba representando un patrón temprano de desconfianza, sino que también sentía miedo de expresar sus opiniones y aspiraciones tanto en sus relaciones íntimas como en su vida profesional como músico. Su sensación de voluntad estaba estancada. Mis tareas terapéuticas incluían crear un espacio interpersonal emocional y físicamente seguro, apoyar sus aspiraciones, validar sus autodefiniciones y permitirme ser impactado por él.

Iniciativa versus Culpa

La tercera etapa de Erikson (1963) describe la iniciativa versus la culpa, que comienza a desarrollarse alrededor de los 3 años y medio y continúa hasta aproximadamente los 6 años. Sin embargo, el marco temporal puede variar para

algunos niños y niñas. Para Piaget, en esta misma franja, se organizan experiencias cognitivas preoperatorias, con pensamiento intuitivo. A esta edad se involucran en juegos simbólicos y manipulan símbolos y juguetes, pero todavía no aplican la lógica concreta ni transforman, combinan o separan ideas (Piaget, 1951, 1952). Esto es el comienzo de lo que Fraiberg (1959) llamó los “años mágicos”, una época de fantasía, egocentrismo y juego paralelo. Lo que los niños de esta edad no comprenden en la realidad, lo crean en la fantasía.

Esta etapa abarca las etapas genital y edípica en la teoría de Freud. En el período anterior de autonomía versus vergüenza y duda, la fuerza impulsora detrás de la conducta del niño era la manifestación de la voluntad propia y del impacto. La tercera etapa se caracteriza por la capacidad del niño para planificar y ejecutar proyectos lúdicos por el placer de ser activo, autodefinirse y satisfacer la imaginación. Es un tiempo de propósito, dirección y manipulación repetitiva de juguetes. Aunque los niños en esta etapa están llenos de juego, exageración y fantasía, anhelan compañía, alguien que juegue con ellos, alguien que será utilizado como un juguete y responderá a su iniciativa.

El desarrollo exitoso de la sensación de iniciativa se basa en una mayor consciencia de su propia autonomía, lo que conduce a una mayor dirección en sus comportamientos. En los años preescolares, los niños desarrollan una clara noción de objetivos y cómo quieren alcanzarlos. Si no pueden alcanzar sus metas, pueden modificarlas o cambiar el método para conseguirlas.

Erikson (1953) escribió que el comportamiento dominante de la etapa de iniciativa supone una variedad de actividades y fantasías repetitivas en las que el niño importuna, también a los oídos y las mentes de las personas, con ruidos fuertes, se inmiscuye en el espacio con acciones vigorosas y molesta a otras personas saltando y trepando, y se entromete en lo desconocido con una curiosidad incontenible (Erikson, 1968, p. 116).

A esta edad, los niños y las niñas han desarrollado una mayor libertad de movimiento que les permite moverse vigorosamente y tener un radio de objetivos más amplio. El desarrollo del lenguaje ha progresado así que pueden preguntar y comprender muchos eventos concretos, aunque podrían no entender las diversas relaciones humanas. Sus interpretaciones resultan concretas y egocéntricas (Maier, 1969).

Al mismo tiempo, los niños expanden su imaginación representando los roles que imaginan posible en su vida. Modelan su juego sobre esos adultos que perciben fuertes y guapos. Esta imaginación del niño proporciona las bases para el desarrollo de la iniciativa. La selección de objetivos y la perseverancia para alcanzarlos tienen su origen en las fantasías del niño de ser casi tan bueno como los adultos.

Debido a que en esta etapa los niños y las niñas podrían no distinguir claramente entre realidad y fantasía, los padres demasiado insistentes pueden sofocar fácilmente la sensación de iniciativa que se está desarrollando en ellos. Si muchas de las actividades enérgicas e intrusivas, proyectos de juego o fantasías del niño

se prohíben, comienza a pensar que sus ideas resultan incorrectas o inoportunas. Un sentimiento de culpa puede eclipsar la imaginación lúdica y el ingenio del niño (Erikson, 1968, p. 122). La tarea evolutiva en esta etapa implica una sensación de convicción, sin culpa, de que “puedo ser lo que me imagino ser”. En mi experiencia terapéutica con clientes adultos que vieron obstaculizados repetidamente su juego infantil, las expresiones de fantasía y la sensación definida de un propósito tienden a inhibirse, y se repliegan a un mundo interno pasivo.

Erikson (1963) coincidía con Piaget (1951) en que en esta etapa, entre 3 años y medio y 6 años, el juego resulta necesario para el desarrollo del niño. El juego facilita la progresión natural de los niños y las niñas hacia un nuevo dominio y nuevos estadios de desarrollo; representa su forma de razonar sobre su mundo. Erikson (1963) describió: “El juego del niño es una forma infantil de la capacidad humana de afrontar la experiencia creando situaciones modelo y de dominar la realidad mediante experimentos y planificación” (p. 22). Continuó explicando que coincidía con Freud en que el juego proporciona la fantasía necesaria para subsanar la ansiedad experimentada por el niño pequeño. Le permite liberarse de los límites del tiempo, el espacio y la realidad y proporciona una vía aceptable para la autoexpresión. Sin embargo, se mantiene una orientación de la realidad porque el niño, la niña y los demás saben que es “solo un juego”.

Timothy: Anhelos de Compañía. Después haber asistido a terapia 2 años, Timothy describió avergonzado cómo se masturbaba con frecuencia, a menudo más de una vez al día, desde la etapa preescolar hasta el día de hoy. Dijo que le resultaba lo más placentero de su vida. Esto me estimuló a pensar en cinco dinámicas evolutivas:

- Las descripciones de Freud de la etapa fálica alrededor de los 5 años
- Las descripciones de Erikson de la incipiente sensación de iniciativa y juego del niño
- La importancia del juego en la teoría del desarrollo infantil de Piaget
- La descripción de Fraiberg de cómo la fantasía supone una forma dominante de actividad mental para un niño en edad preescolar
- Mis propias observaciones acerca de la mayor necesidad de experiencia compartida en niños de 5 años (Erskine et al., 1999)

Estos cinco conceptos me guiaron a plantear una indagación sobre las relaciones familiares de Timothy en sus años de guardería. Describió cómo su madre siempre estaba ocupada, “demasiado ocupada para estar conmigo”. Su padre viajaba por motivos laborales. Timothy siempre jugaba solo porque no tenía permitido jugar fuera de la casa o invitar a sus amigos. Su recuerdo más vívido era ser reprendido por hacer demasiado ruido. Tenía prohibido jugar con sus juguetes, excepto en su habitación. Mientras me contaba esta historia, pude sentir su soledad y el anhelo de una experiencia compartida pero, al mismo tiempo, se avergonzaba de contarme lo que sentía y hacía.

Mientras entretejía una serie de indagaciones históricas y fenomenológicas en nuestras sesiones de las siguientes semanas, Timothy tomo consciencia de una

profunda sensación de vacío y tristeza, un anhelo de compañía. Recordó cómo a los 5 años se escondía debajo de las escaleras, jugando con su pene para no sentir su soledad. Se percató de que, como adulto, todavía se consolaba con la masturbación en lugar de relacionarse con personas. Rememoró cómo se sentía constreñido y no podía conectar con ninguno de sus progenitores para consolarse. Explicó: “A los cinco años ya era un solitario”. Esto me llevó a preguntarle sobre los primeros años de su vida.

Un año después se unió a un grupo masculino de terapia grupal que se reunía semanalmente. Después de que durante diferentes sesiones del grupo se hablara sobre varios aspectos de la vergüenza, Timothy compartió en el grupo sobre la severa y distante familia en la que se había criado, y su constante sensación de soledad. Lloró en respuesta a la compasión y comprensión expresada por los demás miembros del grupo.

Conclusión

Los textos de Erikson y otros psicólogos del desarrollo mencionados anteriormente sirven de orientación para guiar mi indagación fenomenológica y la comprensión de la dinámica relacional de los primeros años de vida de mis clientes. Por supuesto, nuestros clientes no disponen de recuerdos explícitos de interacciones relacionales tempranas. Las áreas simbólicas, cognitivas y lingüísticas del cerebro no están suficientemente formadas durante los primeros años para permitir una memoria explícita, pero la memoria contiene mucho más. La memoria de la primera infancia puede estar imbricada en sensaciones fisiológicas, entrelazada en los afectos o escenificada inconscientemente en las relaciones (Erskine, 2008). Estos recuerdos no se encuentran disponibles para el pensamiento consciente porque son pre-lingüísticos, pre-simbólicos, procedimentales e implícitos. Sin embargo, estas impresiones neurológicas dan origen a “patrones relacionales inconscientes”, lo que Bowlby denominó modelos operativos internos del self-en-relación (Erskine, 2009, 2015a). Cuando estoy con un cliente, a menudo me imagino siendo un detective curioso en busca de pistas no evidentes sobre lo que sucedió en los primeros años de vida de esa persona. Estas pistas están codificadas en las historias, fantasías, esperanzas y sueños de la persona. Por consiguiente, una tarea psicoterapéutica importante consistirá en descifrar las pistas que pueden revelar las rupturas relacionales de la primera infancia y, de ese modo, ayudar a proporcionar una relación terapéutica que repare esas rupturas.

Aunque atender con sensibilidad la crisis actual y los acontecimientos cruciales en la vida de un cliente resulta esencial en una psicoterapia centrada en la relación, la atención prolongada a los eventos actuales puede disminuir el tiempo dedicado a una psicoterapia profunda basada en el desarrollo. Sin embargo, como ya sabemos, las interrupciones relacionales pasadas del cliente a menudo se reviven a través de las crisis actuales. Para minimizar el intervalo de tiempo dedicado a los eventos actuales en terapia, utilizo una indagación fenomenológica constante. Mis

preguntas se centran en la experiencia corporal y los afectos relacionados para que el cliente preste atención a lo que sucede internamente. Pregunto sobre la dinámica familiar temprana, aunque la respuesta habitual al iniciar la terapia sea: “No tengo recuerdos de antes del colegio”.

Sin embargo, con frecuencia les pido a los clientes que se imaginen a una edad específica, por ejemplo un bebé lactante, un niño pequeño aprendiendo a alimentarse por sí mismo, un niño de guardería dándose un baño o un niño en edad preescolar con sus juguetes. Exploro con ellos sus sentimientos y conexiones cuando les pregunto sobre la hora de acostarse en varias edades, lo que sintieron cuando observaban las interacciones entre sus padres, y otros acontecimientos con carga emocional en su vida. Les pregunto quién estaba presente o ausente, qué implicación interpersonal surgía con los adultos, y qué necesidades relacionales fueron satisfechas o ignoradas (Erskine et al., 1999). Los animo a que pregunten a los miembros de su familia que eran adultos o niños más mayores cuando ellos estaban entre la niñez y la edad pre-escolar con el fin de recopilar información que pueda confirmar o refutar sus propias historias.

En gran parte de este trabajo, mis clientes y yo estamos empleando la inferencia terapéutica, es decir, construyendo una historia basada en sensaciones internas, impresiones y los fragmentos de información. Estamos trabajando con modalidades implícitas y procedimentales del conocimiento de la infancia temprana. Dicha indagación fenomenológica e histórica estimula la memoria implícita y procedimental, y brinda la oportunidad de colocar esa memoria en el pensamiento y el lenguaje, a menudo por primera vez. Estos suponen los fundamentos de una psicoterapia integrativa basada en el desarrollo y centrada en la relación.

Nota del Editor:

Agradecemos el permiso de publicación a *International Journal of Integrative Psychotherapy*.

Erskine, R. G. (2019). Child Development in Integrative Psychotherapy: Erik Erikson's First Three Stages. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 10, 11-34.

Traducción: Angela Pérez Burgos

Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum.
- Beebe, B. (2005). Mother-infant research informs mother-infant treatment. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 7–46. <https://doi.org/10.1080/00797308.2005.11800745>
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press. <https://doi.org/10.1037/11495-000>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Volume I of attachment and loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger. Volume II of attachment and loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression. Volume III of attachment and loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988a). Developmental psychology comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1>
- Bowlby, J. (1988b). *A secure base*. Basic Books.
- Breuer, J. y Freud, S. (1955). Studies on hysteria. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, 1–321). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1893-1895)
- Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 40–70. <https://doi.org/10.1080/07351692109348923>
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. Norton.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt Brace.
- Erikson, E. H. (1946). Ego development and historical change. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2(1), 359–396. <https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823553>
- Erikson, E. H. (1953). Growth and crisis of the “healthy personality”. En C. Klockhohn y H. Murray (Eds.), *Personality in nature, society and culture* (pp. 185–225). Knopf.
- Erikson, E. H. (1958). *Young man Luther: A study in psychoanalysis and history*. Norton.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 18–171.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. Norton.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility*. Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Erikson, E. H. (1969). *Gandhi's truth: On the origins of militant nonviolence*. Norton.
- Erikson, E. H. (1971). A healthy personality for every child. En R. H. Anderson y H. S. Shane (eds.), *As the tree is bent: Readings in early childhood education* (pp. 120–137). Houghton Mifflin.
- Erskine, R. G. (1971). *The effects of parent-child interaction on the development of a concept of self: An Eriksonian view* [Informe de investigación no publicado]. Purdue University, Lafayette, Indiana.
- Erskine, R. G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analysis Journal*, 38(2), 128–138. <https://doi.org/10.1177%2F036215370803800206>
- Erskine, R. G. (2009). Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement. *Transactional Analysis Journal*, 39(3), 207–218. <https://doi.org/10.1177/036215370903900304>
- Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. En K. S. Bowers y D. Meichenbaum (eds.), *The unconscious reconsidered* (pp. 149–210). Wiley.
- LeDoux, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270(6), 50–57.
- Lyons-Ruth, K. (2000). “I sense that you sense that I sense ...”: Sander’s recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 85–98. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/2%3C85::AID-IMHJ10%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2%3C85::AID-IMHJ10%3E3.0.CO;2-F)
- Erskine, R. G. (2015a). *Relational patterns, therapeutic presence: Concepts and practice of integrative psychotherapy*. Karnac Books. <https://doi.org/10.4324/9780429479519>
- Erskine, R. G. (2015b). The script system: An unconscious organization of experience. En R. G. Erskine (Ed.), *Relational patterns, therapeutic presence: Concepts and practice of integrative psychotherapy* (pp. 73–89). Karnac Books.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2011). *Integrative psychotherapy in action*. Karnac Books (Trabajo original publicado en 1988). <https://doi.org/10.4324/9780429476020>
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Brunner/Mazel.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. Basic Books.
- Fraiberg, S. (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. Scribner’s.

- Fraiberg, S. (1983). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612–635. (Trabajo original publicado en 1982). <https://doi.org/10.1080/21674086.1982.11927012>
- Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexuality. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123–246). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1957). The unconscious. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 159–215). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1962) The neuro-psychoes of defence. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Volume 3, pp. 41–61). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1894).
- Kagan, J. (1971). *Understanding children: Behavior, motives, and thought*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. International Universities Press.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books.
- Maier, H. W. (1969). *Three theories of child development*. Harper y Row.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407–474). The Analytic Press.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship*. Brooks/Cole-Thomson Learning.
- Piaget, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood*. Qeinemann.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. International Universities Press (Trabajo original publicado en 1936).
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Basic Books.
- Piaget, J. (1960). The general problems of the psychobiological development of the child. En U. M. Tanner y B. Inhelder (eds.), *Discussions on child development: Proceedings of the World Health Organization study group on the psychobiological development of the child*. Tavistock
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. Basic Books.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1973). *Memory and intelligence*. Routledge and Kegan Paul.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(Suppl. 2), S86–S90. <https://dx.doi.org/10.3949%2Fccjm.76.s2.17>
- Schacter, D. L. y Buckner, R. L. (1998). Priming and the brain. *Neuron*, 20, 185–195.
- Schore, A. N. (2002). Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self-psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 433–484. <https://doi.org/10.1080/07351692209348996>
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. Norton.
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Harvard University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300–308. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3%3C300::AID-IMHJ5%3E3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3%3C300::AID-IMHJ5%3E3.0.CO;2-P)
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Basic Books. <https://doi.org/10.4324/9780429483882>

CONTRIBUCIONES DE UN NUEVO PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A LAS PSICOTERAPIAS

CONTRIBUTIONS OF A NEW PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT PROCESS TO PSYCHOTHERAPIES

Carmen Moreno-Rosset

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7575-1920>

Rosario Antequera Jurado

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla. España
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9192-0536>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Moreno-Rosset, C. y Antequera-Jurado, R. (2020). Contribuciones de un nuevo Proceso de Evaluación Psicológica a las Psicoterapias. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 233-248. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.388>



Resumen

El Proceso de Evaluación Psicológica constituye el método con el que esta disciplina de la Psicología garantiza su estatus de ciencia. La evaluación psicológica está presente, en mayor o menor medida, en toda actividad psicológica que se relacione con el estudio y análisis de una persona o grupo con el fin de establecer un diagnóstico, una orientación, una selección o una intervención psicológica. En este trabajo se describe un nuevo modelo de Proceso de Evaluación Psicológica que consideramos que puede ser de especial utilidad en el ámbito de las psicoterapias por su versatilidad y flexibilidad. La evaluación y el tratamiento psicológicos están íntimamente interconectados entre sí, aunque las distintas psicoterapias utilicen diferentes procedimientos para evaluar e intervenir. La nueva estructura del Proceso de Evaluación Psicológica que aquí se presenta se divide en dos bloques. El primero (fases 1 a 3) corresponde al "proceso evaluativo" en el que se analiza la naturaleza del problema, se establecen las hipótesis de evaluación, se realiza la formulación de caso y la propuesta de intervención. El segundo bloque (fases 4 y 5) corresponde al "proceso valorativo", dirigido a la implementación y evaluación del tratamiento, en el que las hipótesis que se establecen están orientadas a la intervención psicológica. Consideramos necesario que los estudiantes y profesionales noveles aprendan las tareas imprescindibles para realizar una correcta evaluación psicológica, lo que permitirá junto con la práctica, experiencia y supervisión profesional, conseguir eficacia, eficiencia y efectividad en la aplicación de las psicoterapias, al garantizar la adecuada evaluación del problema y la valoración de su tratamiento.

Palabras clave: Proceso de evaluación psicológica, Psicoterapias.

Abstract

The Psychological Assessment Process establishes the method through which this psychological discipline guarantees its scientific status. Psychological assessment is present, to a greater or lesser degree, in all psychological activities related with the study and analysis of an individual or a group, with the aim of establishing a diagnosis, an orientation, a selection or a psychological intervention. In this work, a new model of Psychological Assessment Process is described, which we consider to be of special utility in the field of psychotherapy, due to its versatility and flexibility. The psychological assessment and treatment are closely interrelated with each other, although the different psychotherapies employ different procedures to evaluate and intervene. The new structure of the Psychological Evaluative Process presented in this paper is divided into two blocks. The first block (phases 1 to 3), correspond to the "assessment process", in which the nature of the problem is analysed, the evaluative hypotheses are established, the formulation of the case is performed and the proposal of the intervention established. The second block (phases 4 and 5), correspond to the "valuation process" directed at the implementation and the evaluation of the treatment, in which the established hypotheses are oriented towards the psychological intervention. We deem it necessary that both students and new professionals learn the indispensable tasks to perform a correct psychological assessment, which together with practice, experience and professional supervision, would achieve efficiency and effectiveness in the application of psychotherapies, guaranteeing an adequate assessment of the problem and the valuation of its treatment.

Keywords: Psychological Assessment Process, Psychotherapies.

En las revistas de psicoterapia suele ser más habitual leer sobre la evaluación de los procesos en las terapias que sobre el proceso de evaluación psicológica. Sin embargo, durante la intervención psicoterapéutica se realizan una serie de tareas que forman parte del proceso de evaluación psicológica (como la recogida de información, la determinación del problema, hipótesis sobre las causas que lo mantienen o lo han generado y el cómo ayudar al cliente al cambio) por lo que ambos procesos se encuentran interrelacionados. A veces, la evaluación psicológica está implícita en el proceso psicoterapéutico, especialmente en aquellas psicoterapias en las que las técnicas de evaluación psicológica pueden utilizarse tanto para evaluar como para intervenir como, por ejemplo, en la Técnica de Rejilla (Ramírez y Feixas, 2019) o en las estrategias narrativas (García-Martínez, 2019) entre otras.

Otras veces las psicoterapias describen las dinámicas que se establecen entre terapeuta y paciente desde el primer encuentro hasta la conclusión del tratamiento, detallando en el proceso terapéutico las distintas fases: desde la definición del problema, el acuerdo sobre los objetivos de la terapia, la programación terapéutica y las estrategias de cambio y la conclusión del tratamiento (Nardone y Watzlawick, 2012). Estas fases están en claro paralelismo a las fases propuestas por distintos modelos de Proceso de Evaluación Psicológica.

En otras ocasiones, más que un interés manifiesto en el Proceso de Evaluación Psicológica y su aplicación en las psicoterapias, las investigaciones se centran en la evaluación del propio proceso psicoterapéutico y los factores que inciden en los resultados obtenidos. En este sentido se resalta la importancia de aspectos tales como la alianza terapéutica, el número de sesiones o la calidad del vínculo para que se den cambios en el cliente (Botella, 2008).

No es el objetivo del presente trabajo analizar los modelos o estrategias evaluativas que se utilizan (o no) desde las distintas escuelas o teorías psicoterapéuticas, ni tampoco ofrecer un modelo que sea válido para todas las modalidades de intervención psicoterapéutica. Tan sólo pretendemos proponer un modelo que contribuya a sistematizar las tareas de evaluación e intervención y que ayude a la enseñanza y a la formación de los nuevos profesionales, a que los clientes dispongan de unos parámetros que garanticen que las actuaciones psicológicas siguen principios éticos y científicos, que ayude a los psicólogos a mejorar su práctica profesional y, por último, que facilite la supervisión de la labor terapéutica y la investigación sobre la evaluación de los procesos o de los resultados psicoterapéuticos, tan necesarios dentro de nuestra disciplina.

Antecedentes internacionales y nacionales del Proceso de Evaluación Psicológica (PEP)

Son muchos los autores que han descrito el PEP y, cada uno de ellos resalta unas u otras tareas como más relevantes y las desglosa en más o menos fases que suelen oscilar entre 3 y 9. A nivel internacional, cabe citar a la American Psychological Assessment (APA) con la última publicación en 2013 del *Handbook of*

Testing and Assessment in Psychology, donde Sara Maltzman (2013) describe la propuesta de PEP de Weiner (2003) que consta de tres fases entre las que no se incluye la valoración de la intervención psicológica.

Asimismo, en 2003 se publicaron desde la Sociedad Europea de Evaluación Psicológica (European Association of Psychological Assessment (EAPA) las Guías para el Proceso de Evaluación (GAP; Fernández-Ballesteros et al., 2003) en las que se consultó un amplio grupo de evaluadores y se llegó a establecer el proceso de evaluación dividido en cuatro fases: 1. Análisis del caso, 2. Organización e información de los resultados e información al cliente, 3. Planificación de la intervención y 4. Valoración y seguimiento. En cada fase se listan las tareas a realizar de forma minuciosa, ofreciendo un total de hasta 96 tareas o acciones que debe realizar el evaluador para cumplir con las garantías de calidad del PEP.

En España la primera propuesta se sitúa en 1980 y fue realizada por la profesora Fernández-Ballesteros constituyendo desde ese momento el modelo de mayor influencia en el ámbito de la evaluación psicológica. Su más reciente aportación (Fernández-Ballesteros, 2011) se basa en 7 fases divididas en dos partes. Por un lado, el enfoque descriptivo-predictivo con cuatro fases: 1ª) primera recogida de información, 2ª) formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables, 3ª) contrastación: administración de tests y otras técnicas de evaluación y 4ª) comunicación de resultados: el informe. Y en el enfoque Interventivo-Valorativo, a las fases anteriores añade tres más: 5ª) Plan de tratamiento y su valoración, 6ª) Tratamiento: diseño y administración y, en su caso, evaluación continua y 7ª) Valoración.

Las propuestas del PEP elaboradas por distintos profesores de Universidades españolas pueden consultarse en Moreno-Rosset (2019). Prácticamente todas ellas coinciden en una fase inicial de recogida de información para identificar el problema, una fase de formulación de hipótesis, para cuya comprobación añaden una fase de recogida de datos, análisis de resultados e interpretación de los mismos. Al final del proceso todos los autores vuelven a coincidir en que después de la intervención psicológica se debe repetir la evaluación para valorar la eficacia de la misma, y algunos añaden una evaluación de seguimiento.

El Proceso de Evaluación Psicológica: una nueva estructura (Moreno-Rosset, 2019)

A partir del estudio crítico y reflexivo de las estructuras y fases de los diversos PEP publicados, y uniendo conocimientos académicos y aplicados, hemos establecido una nueva estructura y contenidos del PEP con el objetivo de que fuera flexible y útil para los profesionales de la Psicología ya que explica de forma fácil y práctica cómo debe realizarse una correcta evaluación psicológica. Entre sus principales aportaciones, que lo diferencian de las anteriores propuestas, resaltamos una mayor interrelación entre las fases destinadas a la evaluación y al tratamiento psicológicos, y la incorporación de la formulación de caso para completar el espacio entre ambos momentos, aspecto destacado por Caro y Montesano (2016).

Estructura

Como hemos comentado, las propuestas anteriores sobre el PEP se han dividido entre 3 y 9 fases. Por nuestra parte, consideramos que tres fases no podían englobar todas las tareas necesarias comprendidas desde evaluar el problema hasta valorar la intervención psicológica. Por el contrario, establecer nueve fases podría significar desmenuzar demasiado las tareas y requerir un excesivo tiempo del que no siempre se dispone en la práctica profesional cotidiana. Decidimos que las labores podrían agruparse en cinco fases nombrándolas con la máxima claridad para que sus rúbricas informasen de las acciones a realizar en cada momento. Nos gustaría destacar que no debe identificarse el número de las fases en el PEP con la cantidad de sesiones de evaluación o de intervención psicológicas, ya que para cada una de las fases del PEP se utilizan, según sea necesario, una o varias sesiones. Nuestra nueva estructura del PEP (Moreno-Rosset, 2019) quedó constituida de la siguiente forma (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Estructura del Proceso de Evaluación Psicológica (Moreno-Rosset, 2019)*

FASES DEL PROCESO	TAREAS A REALIZAR	INSTRUMENTOS A APLICAR
1ª FASE: ESPECIFICACIÓN DE LA DEMANDA Y DE LOS OBJETIVOS	PRIMERA RECOGIDA DE DATOS	
1.1. Especificar el motivo de la demanda	a. Determinar la finalidad de la consulta (diagnóstico, orientación, asesoramiento, mediación, selección, intervención, etc.) y sobre qué problemas/s o situaciones se deberá evaluar	Aplicar instrumentos que permitan obtener una información amplia y genérica, y consultar otras fuentes de información: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Registros de observación
1.2. Establecer las condiciones históricas y actuales potencialmente relevantes	b. Reconstruir la historia de la persona: <ul style="list-style-type: none"> • Recoger información sobre las condiciones socioambientales actuales y pasadas que puedan estar provocando, manteniendo o controlando el problema • Realizar una primera aproximación a las variables personales, biológicas, sociales, ambientales, etc. relacionadas con el problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Listados o Inventarios de conductas • Escalas de apreciación • Instrumentos de «screening» o cribado de problemas • Datos de archivo • Informes de otros profesionales • etc.
1.3. Fijar los objetivos para atender la demanda	c. Establecer los objetivos derivados de la demanda: concretar sobre qué aspectos se va a evaluar y las metas que guiarán la evaluación	

FASES DEL PROCESO	TAREAS A REALIZAR	INSTRUMENTOS A APLICAR
2ª FASE: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS DE EVALUACIÓN VERIFICABLES	ETAPA DE ESTUDIO Y REFLEXIÓN	
2.1. Formular las hipótesis de evaluación sobre los problemas y objetivos de la demanda	a. En función de los problemas relacionados con la demanda, plantear hipótesis de evaluación verificables	
2.2. Definir los problemas a evaluar para comprobar las hipótesis	b. Seleccionar para cada hipótesis las variables a evaluar	Elegir instrumentos específicos de evaluación de cada una de las variables seleccionadas. Para ello, es necesario poseer amplia formación sobre los motivos de la demanda, las técnicas de evaluación y, los criterios diagnósticos
2.3. Seleccionar las técnicas o estrategias evaluativas	c. Elegir los instrumentos de evaluación más adecuados para cada una de las variables	

FASES DEL PROCESO	TAREAS A REALIZAR	INSTRUMENTOS A APLICAR
3ª FASE: COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE EVALUACIÓN, FORMULACIÓN DE CASO Y COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS	SEGUNDA RECOGIDA DE DATOS	
3.1. Planificar la aplicación de las técnicas evaluativas	a. En función de las características de la persona a evaluar, los tiempos de aplicación y complejidad de cada instrumento, planificar número de sesiones y orden de administración de las pruebas	
3.2. Aplicar las pruebas	b. La aplicación de las pruebas debe incluir informar y/o formar al cliente para obtener su consentimiento y promover una actitud activa y participativa	Se aplican las pruebas seleccionadas en la fase anterior para comprobar las hipótesis de evaluación y establecer la formulación de caso
3.3. Corregir, interpretar e integrar los resultados	c. La corrección e interpretación de cada una de las pruebas e integración de todos los datos permitirá la realización de las restantes tareas de esta fase	
3.4. Comprobar las hipótesis de evaluación	d. Determinar la aceptación o rechazo de cada una de las hipótesis. En caso de no verificarse, se deberá repetir la fase anterior, planteando nuevas hipótesis de evaluación verificables	
3.5. Establecer la formulación de caso	e. A través de un diagrama de tipo pictórico describir la formulación o teoría de caso	
3.6. Comunicar los resultados del proceso evaluativo. Informe de evaluación	f. Si el objetivo es realizar un diagnóstico, se ofrecen los resultados del proceso evaluativo de forma oral y, conviene redactar el Informe de evaluación, por si se solicitase en ese mismo momento o pasado un tiempo tenerlo disponible g. Si el objetivo es realizar una intervención, se añadirá la planificación del programa, por lo que la fase cuatro deberá anticiparse a la comunicación de resultados	

FASES DEL PROCESO	TAREAS A REALIZAR	INSTRUMENTOS A APLICAR
4ª FASE: PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA Y FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS DE INTERVENCIÓN	ETAPA DE ESTUDIO Y REFLEXIÓN	
4.1. Definir sobre qué problemas intervenir	A partir de la formulación de caso: a. Concretar los problemas, síntomas o conductas sobre las que se pretende intervenir	
4.2. Establecer cómo se va a intervenir	b. Elegir la manera con la que se realizará la intervención y en qué dirección: aumentar, disminuir, implementar, etc.	
4.3. Elegir con qué estrategias, técnicas o programa se va a intervenir	c. Decidir las estrategias, técnicas o programa de intervención	
4.4. Formular las hipótesis de intervención	d. Las hipótesis que se establecen son sobre los cambios que se esperan obtener con la aplicación de la intervención	
4.5. Estructurar la intervención psicológica/terapéutica	e. Decidir el número de sesiones, sus contenidos y duración.	
5ª FASE: APLICACIÓN Y VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	TERCERA RECOGIDA DE DATOS Y APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO	
5.1. Seleccionar los instrumentos de evaluación necesarios para valorar la eficacia de la intervención	a. Comprobar que todos los contenidos de la intervención puedan ser valorados con las pruebas aplicadas en el proceso evaluativo b. En caso de que algunos no hayan sido evaluados, aplicar los instrumentos de evaluación correspondientes	Aplicar los nuevos instrumentos de evaluación necesarios para completar la valoración pre-tratamiento
5.2. Aplicar las estrategias, técnicas o programa de intervención	c. Realizar el tratamiento	
5.3. Valorar los resultados y comprobar las hipótesis de intervención	d. Realizar una evaluación pos-tratamiento para comprobar el logro de los objetivos establecidos y confirmar las hipótesis de intervención	Aplicar todos los instrumentos para la valoración pos-tratamiento, que permitan comparar los resultados con los obtenidos en el pre-tratamiento
5.4. Comunicar los resultados del proceso valorativo. Informe de intervención	e. Informar de forma oral y/o escrita de los resultados obtenidos	
5.5. Preparar para el alta o cierre provisional del caso, si se ha/n previsto seguimiento/s	f. Preparar para el alta g. En caso de seguimiento/s establecer nuevas fechas	
5.6. Seguimiento/s: valoración del mantenimiento de los objetivos alcanzados	h. En caso de ser necesario, volver a evaluar, para confirmar el mantenimiento de la mejoría alcanzada	Aplicar los instrumentos o las técnicas de evaluación que sean necesarios

Las cinco fases del PEP se dividen a su vez en dos bloques: el primero es el “*proceso evaluativo*” (fases 1 a 3), y el segundo se centra en el “*proceso valorativo*” (fases 4 y 5), cuyo objetivo es la evaluación de la intervención. Por tanto,

cuando el objetivo de la evaluación psicológica sea el diagnóstico, orientación, selección, etc., el proceso se llevará a cabo con solamente los tres primeros pasos. Por el contrario, cuando la demanda sea de tratamiento, el PEP se ampliará hasta la quinta fase. Esto no quiere decir que solo se evalúe en las fases iniciales, como tampoco se interviene en solo las últimas. Evaluación y tratamiento se entrelazan y, como venimos resaltando, se trata de una forma ordenada de presentar el PEP, por lo que también hemos diferenciado las fases en las que el terapeuta está en contacto con la persona (fases primera, tercera y quinta) de las que realiza tareas evaluativas o valorativas a solas (fases segunda y cuarta), debiéndose entender que el psicólogo no siempre trabaja en contacto directo con el cliente, y que las tareas de estudio, reflexión, consulta con otros colegas o profesionales, supervisión etc. también forman parte de la labor profesional.

Otra novedad de este nuevo esquema del PEP es la denominación de las hipótesis clasificadas en tan sólo dos tipos; las que se realizan en el “*proceso evaluativo*” las hemos denominado “*hipótesis de evaluación*”, y las que se postulan en el “*proceso valorativo*” se llaman “*hipótesis de intervención*”. De esta forma se distinguen las hipótesis realizadas con fines evaluativos que servirán para ofrecer un diagnóstico o explicación del problema de las de intervención, que se formulan en la comprobación del tratamiento.

El nuevo modelo de PEP añade información sobre cómo *optimizar cada fase del proceso* cuando el psicólogo ha obtenido suficiente práctica y supervisión para poder agilizar dicho proceso, utilizando menos instrumentos y sesiones de evaluación y obteniendo una mayor eficiencia en el proceso.

1ª FASE: Especificación de la demanda y de los objetivos

La fase inicial del PEP empieza por *especificar el motivo de la demanda*, es decir, conocer la finalidad de la consulta para saber cuál es el problema o situación sobre la que se deberá evaluar e intervenir. Además, proponemos *establecer las condiciones históricas y actuales potencialmente relevantes* para reconstruir la historia pasada y conocer las distintas esferas en las que el problema afecta a la persona y a sus relaciones en la actualidad, siendo conscientes de que durante todo el proceso debemos estar atentos a la continua información que emerge durante las interacciones cliente-terapeuta y que habrá que integrar en el modelo que progresiva y paulatinamente se va construyendo entre ambos. Finalmente, en esta primera fase del PEP conviene *fixar los objetivos para atender la demanda* que no siempre coincidirán con el problema o problemas planteados por el sujeto, ya que durante la exploración inicial el psicólogo puede haber detectado algún otro conflicto relacionado y que no ha sido hasta ese momento demandado por el paciente. Cuando los objetivos sean varios, conviene centrarse en los más urgentes, siempre de forma consensuada con el paciente al que deberemos oír y respetar lo que considere como sus principales necesidades. Por tanto, a pesar de que una es la persona que pide ayuda y la otra el profesional que se la brinda, las tomas

de decisiones en cada momento deberán hacerse, desde nuestro punto de vista, conjuntamente, salvo en ámbitos específicos tales como, por ejemplo, el forense o la selección de personal en que las evaluaciones no son directamente solicitadas por el sujeto sino por fiscales, jueces o empresarios respectivamente. En aquellos casos en que el terapeuta detecte algún problema de riesgo para el paciente se debe comenzar la intervención cuanto antes.

Respecto a los instrumentos de evaluación en esta fase, consideramos a la entrevista como prioritaria, recomendando sea abierta y centrada en el entrevistado en la que se utilizan, principalmente, técnicas de respuesta de escucha no directivas (Guillén y Moreno-Rosset, 2019). También pueden utilizarse otros instrumentos de evaluación de amplio espectro, desde técnicas subjetivas (García-Martínez, 2019; Ramírez-Uclés y Feixas, 2019), proyectivas (Gómez de Terreros y Valdés, 2019) o la observación (Caprara y Anguera, 2019). Asimismo, cuando lo requiera el caso, debe entrevistarse a familiares u otras fuentes de información, o contactar con otros profesionales de la salud.

2ª FASE: Formulación de hipótesis de evaluación verificables

Las tareas para realizar en esta segunda fase son tres. Primero, en base a los problemas y objetivos de la demanda, el terapeuta debe *formular hipótesis de evaluación* teniendo en cuenta toda la información recogida en la primera fase del PEP y sus conocimientos sobre la problemática del caso. Segundo, debe *seleccionar para cada hipótesis las variables a evaluar* y, en tercer lugar, pasará a *elegir las técnicas o estrategias evaluativas* que servirán para comprobarlas. Insistimos en que para todo ello se requiere amplia formación y experiencia profesional.

Respecto a las pruebas para su comprobación, no siempre será necesario aplicar un instrumento evaluativo para cada hipótesis establecida, sino que a veces, puede ser suficiente comprobarla a través de la observación o del informe verbal del propio paciente. Por otro lado, cada evaluador podrá elegir pruebas diferentes en función del modelo psicoterapéutico que aplique. Respecto al número de hipótesis recomendadas, éstas deben ajustarse siempre a los objetivos del caso, por lo que no es necesario realizar una gran cantidad de hipótesis, sino, solo las necesarias para poder poner en marcha, las soluciones al caso cuanto antes. Además, al postular las imprescindibles, se reducirá la cantidad de pruebas de evaluación que, en muchas ocasiones, no hacen más que corroborar la validez convergente entre las mismas. Como resalta Moreno-Rosset (2019), con la entrevista se llega a obtener la mayor parte de información que si se considera necesario, puede posteriormente comprobarse a través de otras técnicas de evaluación más específicas (Ramírez-Uclés, 2019).

3ª FASE: Comprobación de las hipótesis de evaluación, formulación de caso y comunicación de los resultados

Esta fase cierra el bloque del “proceso evaluativo” con una segunda recogida de datos. A continuación, dividiremos en tres partes la explicación de las tareas

de esta fase:

a) Comprobación de las hipótesis de evaluación

La primera tarea consistirá, en *planificar la aplicación de las técnicas evaluativas* que se habrán seleccionado en la fase anterior. Para ello se deberán tener en cuenta los tiempos necesarios para su administración y calcular las sesiones y materiales necesarios considerando las edades y características de las personas que van a ser evaluadas. Las entrevistas que se apliquen en este momento deberán tener como objetivo la comprobación de hipótesis de evaluación, por lo que se recomienda utilizar “técnicas de entrevista directivas” (Guillén y Moreno-Rosset, 2019).

Esta planificación se podría haber añadido como último paso en la fase anterior, pues es una tarea que se realiza en ausencia de la persona evaluada, sin embargo, la hemos incluido aquí porque se encamina a la verificación de las hipótesis de evaluación planteadas.

El segundo paso en esta fase consistirá en *aplicar las pruebas* de evaluación psicológica cuya administración conviene consensuar con las personas que van a ser evaluadas, y obtener el correspondiente consentimiento para su aplicación, ofreciéndoles la información necesaria para la correcta recogida de datos a través de su participación activa.

A continuación, se deberán *corregir, interpretar e integrar los resultados*, que es otro aspecto que el psicólogo realizará en solitario. Corregir e interpretar correctamente una prueba tiene mucha importancia, ya que cualquier dato calculado o entendido de forma errónea puede llevar a conclusiones equívocas. Pero algo todavía más importante es integrar bien los resultados de las técnicas aplicadas desde el principio del PEP para conseguir una correcta interpretación, lo que permitirá comprender mejor la naturaleza del problema, así como precisar la realización de las restantes tareas de esta fase.

La tercera tarea consiste en la *comprobación de hipótesis de evaluación* para cuya realización conviene concretar “predicciones verificables” sobre los instrumentos de evaluación aplicados. Esto significa que las hipótesis que se establezcan sobre los casos se operativicen, al expresar en las mismas los resultados que se esperan obtener.

Cuando las hipótesis no se verifiquen deberán ser replanteadas, entendiendo que tanto su aceptación como su rechazo es siempre positivo, ya que supone un avance en la comprensión del problema, nos permite reconducir las hipótesis, reelegir las estrategias evaluativas y realizar de nuevo la correspondiente comprobación. Tanto en esta como en el resto de las fases del PEP debemos ser lo suficientemente flexibles para captar y aceptar que nuestros planteamientos pueden ser o no los más certeros, y buscar no solo la comprobación de nuestras hipótesis, sino también de otras hipótesis alternativas. Es este el camino para aproximarnos al conocimiento del otro, en lugar de a la imagen que habíamos creado de él.

b) Formulación de caso (FC)

La comprobación de las hipótesis de evaluación y la formulación de caso (FC) se realizan a la par durante la tercera fase del proceso al estar íntimamente conectadas. La FC es un componente esencial en la práctica y entrenamiento en psicoterapia y se establece una vez verificadas las hipótesis y establecidas las variables sobre las que resultará más beneficioso intervenir. Estamos de acuerdo con Ingram (2016) en que antes de proceder a la planificación del tratamiento, es necesario realizar la FC que servirá para conceptualizar los problemas del cliente y orientar el tratamiento oportuno. Montesano y Caro (2016, p. 1) afirman que *“las formulaciones que realizamos como psicoterapeutas son el vehículo a través del cual construimos realidades **con** nuestros clientes”* (resaltado por las autoras).

Se trata de una destreza clínica esencial que orienta al terapeuta hacia el tratamiento y cada formulación puede variar en función de la orientación teórica del terapeuta, y puede entenderse como objeto (un informe, análisis funcional, un diagrama, etc.) o como proceso donde la formulación evoluciona dentro de un encadenamiento recursivo de construcción y revisión (Caro y Montesano, 2016). Enlazando con este último significado, consideramos que se podría entender como parte del PEP, y por ello hemos incorporado la FC como una herramienta necesaria y útil para que el evaluador pueda organizar la información obtenida hasta el momento y usarla para explicarle al cliente los problemas y sus interrelaciones, y proponerle las soluciones o psicoterapia pertinente que podrá ser realizada por el propio evaluador o por otro psicoterapeuta. Además, existe suficiente evidencia de que explicar la FC al cliente, facilita la adherencia al tratamiento (Caro, 2017). Se trata de que las personas evaluadas puedan entender sus procesos para convertirse en agentes activos de los cambios que le llevarán a conseguir los objetivos establecidos en la primera fase del PEP.

Respecto a la representación gráfica de la FC, los distintos modelos de psicoterapias han establecido formas distintas de plasmarla, algunas de ellas descritas en el Monográfico sobre “Formulación de Caso en Psicoterapia” (Montesano y Caro, 2016). En nuestro esquema del PEP hemos elegido la representación pictórica propuesta por Godoy y Gavino (2011) por tratarse de diagramas fáciles y sencillos de realizar que dejan bien identificados los problemas. La representación gráfica del problema supone en sí mismo un proceso reflexivo. Determinar cuáles son realmente las variables nucleares del problema y cómo se relacionan entre sí hace que en numerosas ocasiones nos vuelvan a surgir interrogantes, modifiquemos las interrelaciones o la relevancia de las variables consideradas, o tomemos conciencia de que se nos ha “escapado” una pieza importante y necesaria para que podamos formar el “puzzle” completo. Por todo ello, la FC deberá entenderse como dinámica y cambiante con el tiempo debido a los cambios que se pueden producir en la persona evaluada, aparecer como consecuencia del tratamiento, etc., (Muñoz, 2003).

c) Comunicar los resultados del proceso evaluativo. Informe de evaluación

Cuando el objetivo de la evaluación psicológica sea solamente de diagnóstico, se exponen los resultados del proceso evaluativo a través de la entrevista de devolución en la que recomendamos técnicas verbales directas como la “información”, “instrucciones” y “encuadre” (Guillén y Moreno-Rosset, 2019). La FC será útil en esta fase del PEP para explicar los resultados del proceso evaluativo al cliente y de esta forma evitar las etiquetas diagnósticas, si bien como indica Rodríguez-Sutil (2013) la tendencia a clasificar es inevitable en el ser humano y de utilidad para el clínico. También recomendamos redactar por escrito el “informe de evaluación” que se diferencia del de intervención (Calvo y Rodríguez, 2019). Aquí pues terminarían las tres primeras fases del PEP que, como decíamos, configuran el “proceso evaluativo”.

Si por el contrario el objetivo de la evaluación psicológica es el tratamiento, la comunicación de resultados se expondrá después de realizar la cuarta fase de “Planificación del programa y formulación de hipótesis de intervención”, ya que en la entrevista de devolución, además de transmitir y compartir las conclusiones sobre los problemas del cliente, también se explicará la forma de resolverlos a través de las estrategias, técnicas psicoterapéuticas o programa de intervención que responderá a los objetivos establecidos sobre el caso. Por consiguiente, todas las labores de la cuarta fase del PEP deberán anticiparse a la comunicación de resultados con el fin de exponerlos. Podemos observar aquí un claro ejemplo de la flexibilidad del PEP.

4ª FASE: Planificación del programa y formulación de hipótesis de intervención

A partir de la FC que proporciona la comprensión del problema del cliente, el terapeuta llega a esta fase en la que fácilmente puede determinar *sobre qué problemas, cómo y con qué estrategias, técnicas o programa se va a intervenir*. Los terapeutas con experiencia, al plantear la FC realizan estas tareas de manera casi instantánea.

En este momento, además, se deberán *formular las hipótesis de intervención* sobre los beneficios que se espera obtener del tratamiento, atendiendo las demandas y expectativas (las alcanzables, lógicamente) del paciente. Así pues, en estas hipótesis se relacionan los problemas, síntomas o conductas con los cambios que se esperan obtener a través de las estrategias, técnicas o programas de intervención.

El final de esta fase consistirá en *estructurar la intervención psicológica/terapéutica* según los modelos teóricos de cada profesional, previendo el número de sesiones, contenidos y duración aproximada. Esto significa que el terapeuta deberá consensuar con el cliente aquellos aspectos que pueden ser prioritarios y ordenarlos, aunque se trabajen en paralelo todos los objetivos terapéuticos.

5ª FASE: Aplicación y valoración de la intervención psicológica

En esta fase conviene comprobar que las técnicas aplicadas durante el “proceso evaluativo” son suficientes para valorar los contenidos de la intervención. En caso

de no serlo, se deberán *seleccionar los instrumentos de evaluación necesarios* y aplicarlos. De esta manera contaremos con todas las pruebas necesarias para la valoración pre-tratamiento. A continuación, se realizará la intervención (que como decíamos antes, ha podido empezar en fases anteriores) por lo que será el momento de *aplicar las estrategias o programa de intervención* que cada terapeuta, desde del modelo psicoterapéutico en que se fundamente, haya considerado más efectivos para el caso.

Como terapeuta que intenta ayudar al cliente y como miembro de la comunidad científica debemos demostrar la eficacia de nuestras intervenciones. Para ello, una vez terminado el tratamiento procederemos a *valorar los resultados y comprobar las hipótesis de intervención*, siendo pues necesaria efectuar una evaluación post-tratamiento que nos permita conocer los logros sobre los objetivos establecidos, confirmar las hipótesis planteadas y *comunicar los resultados del proceso valorativo* al cliente, tanto de forma oral, como a través del informe de intervención. Y si efectivamente se han cumplido los objetivos propuestos al inicio y son así percibidos por el cliente y el psicólogo, se debe *preparar para el alta* o si se ha/n previsto seguimiento/s, procederemos a realizar *el cierre provisional del caso*. En este segundo supuesto, se deberán establecer nuevas fechas para comprobar el mantenimiento de los logros, lo que llevará a la última tarea: *la valoración del mantenimiento de los objetivos alcanzados*.

Consideraciones finales

En el ámbito de la Evaluación Psicológica, la existencia de modelos que ayudan a estructurar los distintos pasos y tareas que debe dar el profesional, contribuye a que los objetivos se alcancen con una calidad, ética, profesionalidad y validez comprobables. De esta manera, el PEP ayuda a unificar los criterios profesionales a seguir, siendo al mismo tiempo lo suficientemente flexible para permitir su acomodación a las circunstancias concretas del caso que se esté abordando.

El Proceso de Evaluación Psicológica que proponemos, como otros anteriores, abarca desde la primera recogida de información con el cliente hasta la finalización y valoración de la eficacia de la intervención psicológica realizada. Es un reflejo de la estrecha vinculación que existe entre ambos procesos (evaluación e intervención psicológicas), siendo difícil en la práctica profesional delimitar cuándo empieza y termina cada uno de ellos.

Son varias las características del nuevo PEP que consideramos que pueden ser también de utilidad en el ámbito de las psicoterapias. Entre éstas, resaltamos una manera más ágil e intuitiva de relacionar las fases del proceso con las tareas a realizar en cada una de ellas, la sistematización de aquella parte de la labor del terapeuta que se realiza sin la presencia del cliente y que ayuda a la reflexión sobre la propia actuación profesional, la inclusión de la formulación de caso que no sólo sirve para comprender la naturaleza del caso y diseñar las estrategias de intervención sino que también resulta de especial utilidad para la comunicación y consenso

terapéutico con el cliente y, por último, la división en dos grandes bloques según que el objetivo a conseguir sea puramente evaluativo o de diagnóstico (“proceso evaluativo”) o también pretendamos demostrar la eficacia de la intervención psicoterapéutica llevada a cabo (“proceso valorativo”).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las aportaciones de Isabel Avilés, Mariagiovanna Caprara, Eugenio Carlos Fernández-Ballesteros, Julio Iñiguez, Cristina Jenaro, M^a Dolores Lanzarote, Javier López-Cepero, Carmen Maganto y Montserrat Peris, en la descripción de casos siguiendo las fases del nuevo Proceso de Evaluación Psicológica, lo que ha permitido observar su utilidad aplicada a diferentes contextos profesionales de la Psicología (Antequera-Jurado, 2019).

Referencias

- Antequera-Jurado, R. (2019). El proceso de evaluación psicológica aplicado en diferentes contextos. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 491-617). Sanz y Torres.
- Botella, L. (2008). Resultado y proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 229-241.
- Calvo, C. y Rodríguez, J. M. (2019). El Informe Psicológico. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 116-146). Sanz y Torres.
- Caprara, M. y Anguera, M. T. (2019). Observación Sistemática. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 249-277). Sanz y Torres.
- Caro, C. (2017). *Evaluación del modelo de formulación de caso de la Terapia Focalizada en el Emoción* [Tesis Doctoral, Universidad Pontificia de Comillas (España)]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/22682>
- Caro, C. y Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 5-22. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.127>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). El proceso como procedimiento científico y sus variantes. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 61-100). Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer H. y Zacagnini, L. J. (2003). Guías para el Proceso de Evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), 58-70.
- García-Martínez, J. (2019). Técnicas Subjetivas II. Estrategias narrativas. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 343-375). Sanz y Torres.
- Godoy, A. y Gavino, A. (2011). Formulación de casos clínicos. En *FOCAD. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. Decimotercera edición, abril-mayo, 19.
- Gómez de Terreros, M. y Valdés, M. (2019). Técnicas Proyectivas. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 377-422). Sanz y Torres.
- Guillén, F. y Moreno-Rosset, C. (2019). La Entrevista en el Proceso de Evaluación Psicológica. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 185-215). Sanz y Torres.
- Ingram, B. L. (2016). Case formulation and treatment planning. En J. C. Norcross, G. R., VanderBos, D. K. Freedheim, y R. Krishnamurthy (eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of clinical psychology: Applications and methods* (pp. 233-249). APA. <https://doi.org/10.1037/14861-012>

- Maltzman, S. (2013). The assessment process. En K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J.-I. C. Hansen, N. R. Kuncel, S. P. Reise, y M. C. Rodríguez (eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2.* (p.19–34). APA. <https://doi.org/10.1037/14048-002>
- Montesano, A. y Caro, C. (2016). Editorial: Formulación de caso en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 1-3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.128>
- Moreno-Rosset, C. (2019). El Proceso de evaluación psicológica. Un método científico. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (Eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 49-113). Sanz y Torres.
- Muñoz, M. (2003). Evaluación para el tratamiento II: análisis funcional y formulación clínica. En M. Muñoz, *Manual práctico de Evaluación psicológica clínica* (pp. 169-220). Síntesis.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2012). La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos. En G. Nardone y P Watzlawick (eds.), *El arte del cambio* (pp. 71-112). Herder.
- Ramírez-Uclés, I. M. (2019). Técnicas Psicométricas. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 217-248). Sanz y Torres.
- Ramírez-Uclés, I. M. y Feixas, G. (2019). Técnicas Subjetivas I. Procedimientos estructurados. En C. Moreno-Rosset e I. M. Ramírez-Uclés (eds.), *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos* (pp. 315-341). Sanz y Torres.
- Rodríguez-Sutil, C. (2013). El fantasma del Psicodiagnóstico. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 29-44. <https://doi.org/10.5093/cc2013a2>
- Weiner, I. B. (2003). The assessment process. En J. R. Graham y J. A. Naglieri (eds.), *Handbook of psychology: Vol. 10. Assessment psychology* (pp. 3-25). Wiley.

LAS CONVERSACIONES DEL EQUIPO EN EL MODELO NARRATIVO-TEMÁTICO ABRIENDO PASO A LA HISTORIA POR VIVIR

TEAM CONVERSATIONS IN THE NARRATIVE-THEMATIC MODEL OPENING A SPACE FOR THE STORY NOT-YET-LIVED

Ricardo Ramos Gutiérrez

Consultor Emérito de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3803-6693>

Sheila Izu

Terapeuta Familiar de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona, España

Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5159-1339>

Laila Aljende

Terapeuta Familiar de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona, España

Servicio Atención a Hombres para la promoción de relaciones no violentas,
Ayuntamiento de Barcelona. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5920-7127>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ramos, R., Izu, S. y Aljende, L. (2020). Las Conversaciones del Equipo en el Modelo Narrativo-Temático. Abriendo paso a la Historia por Vivir. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 249-263. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.386>



Resumen

El modelo narrativo - temático, sobre el que se articula el presente trabajo, es un intento de síntesis y desarrollo de otros dos modelos terapéuticos con los que comparte premisas: la terapia narrativa y la terapia dialógica. Algunos de los instrumentos que propone el modelo, ejemplificados a través de un caso clínico, ponen de relieve las principales diferencias con estas terapias: qué posición asume el terapeuta, cuál es el locus de intervención, a qué y quién responde la conversación terapéutica y qué objetivo tiene la terapia.

Este modelo plantea una forma particular de uso del equipo que permita a los integrantes zafarse de cómo la historia que cuentan (las familias y los profesionales) condiciona sus respuestas. Teniendo en cuenta el flujo de conversaciones que preceden a la conversación terapéutica, el Plan Temático de la Sesión se plantea como una herramienta que permite al equipo situarse en la red y ayudar así a repositionar a la familia apuntando a posibilidades y a futuro. La conversación terapéutica busca influir sobre las relaciones entre los miembros de la familia y los profesionales con los que se van a seguir relacionando. Para ello se tiene en cuenta qué personas y qué temas se activan en un momento determinado en el sistema, así como qué sesgo van tomando las conversaciones. La historia que interesa es la que se pueda construir a partir de lo que le ocurre a la familia mientras transcurre la terapia, lo que denominamos la historia por vivir.

Palabras clave: Modelo Narrativo–Temático, Terapia Narrativa, Terapia Dialógica, Plan Temático, Historia por Vivir.

Abstract

The narrative-thematic model, which this work seeks to examine, represents an attempt to develop the initial approaches of two other therapeutic models: the narrative model (the problem- saturated story and the need of a new one) and the dialogical model (the problem determinated systems and the need of a new way of talking). Some of the instruments proposed by the model, illustrated through a clinical case, illustrate the main differences with these therapies: what posture the therapist adopts in them, the locus of intervention, what and whom the therapeutic conversation is based on, and the objective of the therapy.

This model posits a particular form of team use that allows members to realize how the story they tell (families and professionals) conditions their responses, and to overcome this tendency. Taking into account the flow of conversations that precede therapeutic conversation, the thematic plan of the session is viewed as a tool that allows the team to situate itself in the network, thereby helping to reposition the family, pointing to new possibilities and the future. The therapeutic conversation seeks to influence the relationships between family members and the professionals with whom relationships will be maintained. To this end, we take into account the people and topics that are activated at a given moment in the system, as well as the bias that the conversations take on. The story that is of interest to us is that which can be built based on what happens to the family during the course of the therapy, which we term the “story not yet lived”.

Keywords: Narrative-Thematic Model, Narrative Therapy, Dialogical Therapy, Thematic Plan, Story Not Yet Lived.

El encaje del modelo narrativo-temático en las terapias posmodernas

En la segunda mitad del siglo XX surge un movimiento crítico que se extiende a diversas disciplinas (artes, filosofía, sociología, antropología, psicología, etc.), desafiando los principios básicos de la modernidad y que supone un giro en la práctica psicoterapéutica.

Las prácticas terapéuticas posmodernas (Andersen, 1987; Anderson y Goolishian, 1988; Arnkil y Seikkula, 2015; Shazer, 1985; Seikkula, 1994; Sluzki, 1992; White y Epston, 1989) conciben las relaciones como el medio a través del cual el *self* se define sugiriendo que el conocimiento del sí mismo aparece a través de diferentes prácticas sociales (Madigan, 2011). Pese a las diferencias en lo que concierne al nivel más pragmático, todas ellas compartirían una serie de premisas básicas sobre el lenguaje, el conocimiento, los problemas, las relaciones interpersonales y la identidad.

Varios autores dentro de estas corrientes posmodernas y postestructuralistas en psicología (Anderson, 1997; Gergen, 1990; Gergen et al., 1995; White y Epston, 1989) subrayan que históricamente el lenguaje de la psicoterapia ha sido un lenguaje de déficit y que la terapia frecuentemente es vista como una tecnología para “componer” personas defectuosas, haciendo énfasis en su preocupación por los efectos negativos que de esta forma los diagnósticos psicopatológicos pueden tener sobre las personas.

Para evitar una perspectiva que se focalice en lo patológico, estos modelos se interesan por lo que va bien, por lo que sí funciona, y por los significados que las personas les dan a sus vivencias. Se potencian así los recursos y la creatividad y se enfatiza la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica, en la que el usuario y el terapeuta co-construyen significados mediante el diálogo en una relación donde el usuario es el experto en su propia vida (Anderson y Goolishian, 1992). En este contexto, los terapeutas buscarían crear relaciones y conversaciones que permitan la búsqueda de nuevas posibilidades desde una postura de curiosidad sobre las narraciones de los usuarios. Creen en la agencia personal para tomar e implementar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, están orientados hacia el futuro y son optimistas respecto al cambio.

El modelo Narrativo-Temático, sobre el que se articula el presente trabajo, está inspirado en las propuestas iniciales de los modelos clínicos derivados de dos escuelas: la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa o Dialógica. Estos dos modelos comparten premisas epistemológicas similares, como la inexistencia de una verdad objetiva, y la influencia del lenguaje y los contextos socioculturales en la creación del problema; pero establecen ciertas diferencias en el papel que le toca jugar al terapeuta.

En el modelo narrativo el terapeuta opera como un activista sociopolítico que se propone liberar el conocimiento y las historias subyugadas mientras en el modelo colaborativo el papel del terapeuta es el de arquitecto del diálogo, que se preocupa de quién tiene que hablar con quién, dónde, cuándo y acerca de qué,

funcionando de cara al usuario como un editor amistoso (Monk y Gehart, 2003).

El principio básico del modelo Narrativo-Temático postula que ni las personas, ni las familias, ni los grupos, ni las instituciones tienen una historia; lo que tienen es un pasado en base al cual se pueden contar distintas historias. No existe una historia previa al acto de contarla, en la que existan ciertos hechos que se puedan establecer como imprescindibles y otros como prescindibles, a la que el relato del narrador-historiador pueda ser más o menos fiel, y que dé cuenta suficientemente de ese pasado. No hay más historia que la contada (hablada o escrita) y esa historia se cuenta en el presente, por el presente y para el presente (Ramos, 2001).

Las familias y usuarios que nos consultan se esfuerzan, sin embargo, en contarnos una historia más o menos consensuada y polémica por la que pretenden explicar los hechos que los han llevado a la situación problemática en la que se encuentran. La selección que se puede hacer de los hechos del pasado para contar una historia acerca del mismo con cierto sentido tampoco puede ser arbitraria (Veyne, 1984). Los hechos del pasado poseen una organización natural que se le impone al narrador-historiador una vez que este ha elegido a qué historia del pasado referirse y la está contando. En el contexto clínico lo que nos tratan de explicar los usuarios a través de la historia que nos cuentan es el camino por el que han llegado a alcanzar la posición que ahora mantienen en la situación conflictiva por la que están en nuestra consulta.

Contar una historia es una práctica social que tiene su centro en la relación narrador-receptor. Un texto, incluso un texto escrito, es una “máquina perezosa de crear sentido, que necesita de la colaboración del lector” (Eco, 1979). Por lo tanto, el lector (el terapeuta) es un elemento estructurante del texto y es corresponsable de la historia que ha dejado que le cuenten.

En el modelo narrativo-temático se contemplan tres dimensiones de intervención que no son sucesivas, sino que se intersectan, aunque con cierto predominio de una u otra en distintos momentos de la terapia: la dimensión deconstructiva, la temática y la reconstructiva (Ramos, 2018).

La dimensión deconstructiva hace referencia a las posiciones conversacionales desde las que la familia y el terapeuta contribuyen paso a paso a la construcción del relato. Mientras la familia busca sumarle determinismo al relato el terapeuta trata de restárselo. La familia relata desde una posición conversacional básica de necesidad (“pasó tal e hicimos esto, y entonces pasó cual y tuvimos que hacer aquello...”). Frente a ello el terapeuta debe participar desde una posición de contingencia (“les creo, pero qué pena que no pudieran hacer otra cosa o esto otro”).

La dimensión temática alude a los temas de los que se habla durante la terapia y al papel que el terapeuta tiene en la introducción y articulación de estos. La historia que circula en la terapia es la ilustración, en forma figurativa y concreta, de un tema existencial que tiene atrapada a la familia en ese momento (¿qué es la pérdida?, ¿qué es la paternidad?, ¿qué es la enfermedad?) y al que la familia trata de

buscar respuesta a través de la historia que se está construyendo y del final posible que se le puede dar, dadas las circunstancias (Ramos, 2008).

La dimensión reconstructiva se refiere a la construcción de la historia terapéutica. El material de esta historia, o dicho de otra forma, los acontecimientos que la componen, no se buscan en el pasado ya vivido sino en aquello que se está viviendo en el presente. El foco está centrado en los acontecimientos que ocurren durante la propia terapia, así como en el nuevo final (Ramos, 2015).

En cuanto al papel del terapeuta, el objetivo principal en la dimensión deconstructiva, tal y como ya comentábamos anteriormente, es el de restar determinismo a la historia que la familia nos cuenta. A nivel de la dimensión temática se puede caracterizar como el esfuerzo de emplazar a la familia a hablar entre ellos de los temas que es necesario hablar en este momento de sus vidas y en este punto de su trayectoria asistencial. Por último, en lo que respecta a la dimensión reconstructiva se basa en promover, articular, testimoniar y documentar los acontecimientos que ocurren durante la terapia, para darle el mejor final posible, dadas las circunstancias.

¿Con qué familia estamos tratando?

En lo que resta de artículo presentaremos viñetas de un caso para ilustrar algunos aspectos del modelo y sus diferencias con los modelos en los que se inspira. La familia, que es atendida en el servicio de terapia familiar de un hospital de especialidades de una gran ciudad, nos ha hecho llegar, siguiendo el protocolo de admisión, una hoja de solicitud firmada por ambos en la que explican los motivos por los que solicitan la consulta. Además, señalan si hay otros problemas que les preocupan y adjuntan los informes de los profesionales que les han venido atendiendo y cuyo contenido, normalmente, conocen.

Se trata de una familia compuesta por un hombre menor de 50 años, que nos viene diagnosticado como “alcohólico crónico”, una mujer mayor de 40, extracomunitaria, viviendo hace 11 años en España, diagnosticada de “trastorno bipolar y episodios psicóticos” y un niño de 8 años, diagnosticado de “trastorno del desarrollo”. La razón aducida para derivarlos a terapia familiar es que “sus problemas psicológicos afectan a las dinámicas familiares”.

Esta caracterización podría ser la sinopsis de lo que convenientemente desarrollado se correspondería con la “historia saturada de problemas” formulada por White y Epston (1989). Según estos autores, las historias dominantes por la que los profesionales identificarían a las familias (y con la que las familias se sentirían identificadas), son restrictivas, no abarcan toda su experiencia y empobrecen su identidad (White, 2007; Madigan, 2011) restringiendo así las oportunidades que posibilitan construir significados que abarquen la complejidad de sus propias vidas.

De esta forma, podríamos decir que los usuarios buscarían terapia cuando las narrativas en las que se ven envueltos resultan limitantes y opresivas y la terapia se propone como una oportunidad para reinterpretar los eventos de sus vidas y sacar a la luz aspectos menos visibles que contradicen la historia dominante (Carey et

al., 2009).

La dimensión narrativa de la identidad se negocia en los diferentes círculos en los que el individuo participa. Por esa razón es de particular importancia el papel de la audiencia que da testimonio de cómo la reconstrucción de la historia configura nuevas identidades. En nuestro modelo prestamos especial atención al contexto profesional en este proceso. En este sentido, entendemos que la red de asistencia contribuye a una interpretación de los eventos de sus vidas en coherencia con la historia dominante, con lo que se continúa estableciendo la multiplicidad de problemas como definitoria en su identidad como familia consultante.

Las terapias de orientación posmoderna han incluido diferentes concepciones del equipo terapéutico (Seikkula et al., 2003; Andersen, 1987, 1991) buscando encarnar la multivocalidad de las situaciones humanas problemáticas. Distintos miembros del equipo resuenan con distintas vicisitudes de la familia, se identifican con miembros distintos, se enganchan con distintas versiones. En el modelo narrativo-temático usamos una forma particular de discusión del equipo para tratar de zafarnos de cómo la historia saturada de problemas (y su sinopsis) puede atraparnos y condicionar nuestras respuestas (Ramos, 2015).

El equipo está formado por un Terapeuta Senior (TS) que conoce todo el dossier del caso, establece la convocatoria a la primera sesión (las siguientes se convocan por consenso) y funciona como supervisor inter-, y de dos a cuatro terapeutas junior más, estudiantes de formación avanzada (T1-T4), que pueden variar de una sesión a otra, por lo que el conocimiento de los terapeutas participantes sobre el caso también puede variar.

Cada terapeuta junior conoce solo uno de los documentos del caso y lo comparte en la conversación de equipo explicándolo en base aquello que recuerda después de haberlo leído, sabiendo que los otros van a hacer lo mismo en base a una fuente de información (informe) distinta. Partimos de la idea de que la historia que nos llega del pasado de nuestros usuarios (por lo que ellos nos cuentan y por lo que los informes profesionales cuentan de ellos) nos atrapa. Al situarnos ante un caso con la responsabilidad de intervenir, y contando con una información que consideramos parcial e incierta, el terapeuta recibe un impacto: “una amalgama de imágenes, ideas (y emociones) que gradualmente a través del proceso narrativo en sí mismo toma una forma más o menos lineal, una organización basada en el tiempo con una estructura narrativa” (Dovey, 2002).

Se estima que el recuerdo y el olvido tienen que ver con factores de implicación afectiva. En base a ello consideramos que recordamos lo que nos ha afectado particularmente. Hayden White (1973) establece que nuestra relación con el pasado (personal o de otros) es emocional; recordamos lo que nos ha impactado. Por eso, entendemos que los terapeutas seleccionan de cada informe los núcleos de sentido que consideran importantes para ellos.

No obstante, la articulación de estos núcleos de sentido es colectiva. Lo que buscamos con este procedimiento es pasar de la resonancia (Elkaim, 1992), a través

de los detalles que recuerda cada uno, a la organización de una trama narrativa básica (Ramos, 2019). De esta forma, al compartirla resulta más lúbil y menos obvia de aquella a la que cada participante habría llegado de haber tenido que organizar y resumir todo el material de forma individual.

T1.- Son una pareja con un hijo de 8 años, Vienen derivados por el centro de salud mental. Hablan de problemas psicológicos que influyen en la armonía familiar:

T2.- Los dos van al mismo ambulatorio. En el informe de él se habla de consumo de alcohol con “clínica depresiva y ansiosa”, con 3 años de abstinencia y de personalidad introvertida. Él está en paro, la pareja es pensionista por, dicen “trastorno bipolar” y el niño tiene un “déficit de atención”. El informe de ella dice que ha tenido episodios de “trastorno bipolar” y algún “episodio psicótico”, pero que la clínica ha remitido y se mantiene estable; y habla también de problemas de pareja.

T3.- El niño lleva casi un año atendido por una psicóloga. Su informe habla de “problemas de atención y retraso del aprendizaje”, que le cuesta diferenciar entre realidad y fantasía, es muy controlador y tiene problemas de relación con los iguales y con los padres; estos dicen que es muy rígido y le cuesta aceptar límites. Pero ha habido mejoras. Lo derivan porque ha sobrepasado la edad de ser atendido por ella; recomienda abordaje familiar.

T2.- El psicólogo trabaja con la madre, que es extracomunitaria y lleva 11 años aquí, para que no transmita ansiedad al hijo.

T1.- Pero... ahora no entiendo si dicen que los “problemas psiquiátricos” de los padres influyen en la relación familiar o es un niño con problemas de conducta capaz de montar de repente un lío en casa.

La vacilación de T1 indica que el encaje que se estaba buscando tácitamente presenta grietas. De esta forma, lo que se pretende es organizar una trama narrativa menos sólidamente engarzada dejando espacios abiertos para aspectos que, aunque en la información que manejamos se contemplan, quedan oscurecidos por la trama narrativa básica. Se nos dice que los tres miembros de la familia están mejor, pero hay que buscar un espacio narrativo emocionalmente cargado para que esa mejoría abra el camino de una historia con un final distinto. Eso es lo que se intenta reconstruyendo la sinopsis de la historia a un terapeuta (T4) que llega con retraso.

T2.- Es una pareja, él de cerca de 50 años y ella mayor de 40 con un hijo de 8 años y dicen que tienen problemas psicológicos que afectan a la dinámica familiar. Traen informes del centro de salud mental. En el de él se nos dice que hubo abuso de alcohol, que está abstinento y que está en paro; también hablan de personalidad introvertida. Dicen que ella ha tenido depresiones, parece que, en el posparto, y algún episodio psicótico; es de origen extracomunitario y vive hace 11 años en (ciudad). Del hijo dicen que tiene dificultades de atención, tratado por una psicóloga.

T4.- ¿Qué edad tiene el niño?

T3.- Ocho. Han tratado con ella que no le transmita ansiedad. Le han dado pautas; no especifican mucho.

T4.- Entiendo que es un niño que tiene problemas de aprendizaje y que hay que darle confianza, no transmitirle angustia.

T3.- Supongo que no le atosigue con las tareas, que la madre no le haga según qué comentarios.

T2.- También hablan de la dinámica de pareja. Quizás que no le transmitan sus problemas al hijo.

T4.- Que sea consciente de que su malestar puede influir en el niño.

T3.- Hay una mejora en el lenguaje. Los problemas de lenguaje y atención afectaban a su resultado académico.

TS.- ¿De quién estamos hablando?

T3.- Ahora estamos hablando del niño.

TS.- ¿Del niño de quién?, ¿quiénes son esas personas?, ¿qué sabemos de ellas?

T3.- Ella es una enfermera...de fuera de aquí.

T2.- Él es una persona introvertida; y ella un poquito más angustiada que ante los problemas se puede saturar fácilmente.

TS.- Por lo que nos dicen estamos hablando nada menos que de una “depresiva psicótica con depresión post-parto” y un “alcohólico fóbico” que tienen un hijo con “problemas de desarrollo”. La “depresiva” en “remisión completa” y el “alcohólico” que lleva tres años sin beber.

T2.- Y aún así, siguen vinculados a los profesionales.

TS.- Están aquí porque les han dado de alta a los tres, y ... de repente piden terapia familiar ¿por qué?

T4.- Están intranquilos con ellos...por si pasara algo. El niño no está tan mal como podría.

TS.- ¡Los mandan aquí porque no se pueden fiar de ellos! El niño no está ni la mitad de mal de lo que se podría esperar. Así que ¿qué les vamos a plantear ahora?

Nuestra propuesta apunta a cambiar la caracterización de los personajes de la historia, aproximarnos a ellos desde otro ángulo. Verlos con una mirada diferente es uno de los pasos iniciales para construir una historia terapéutica (Madsen, 2007). Escoger entre las diferentes miradas posibles, aquella que permite vislumbrarlos oteando más hacia el futuro y, como consecuencia, requiriendo más de su capacidad.

Centrándonos en el nivel de las tramas narrativas básicas, nuestro interés reside también en explorar cómo los relatos afectan al receptor. Pretendemos empezar a plantear ideas de cómo se puede identificar al mismo tiempo que soslayar ese efecto, para así tratar de reconducir la narración hacia un final terapéutico (Ramos, 2015).

Del *not-knowing* al plan temático de la sesión

El modelo dialógico propone que el terapeuta trabaje desde una posición de *not knowing* que reubica el papel de experto en el propio usuario (Anderson y Goolishian, 1992; Gergen y Ness, 2016). En lo que debe ser experto el terapeuta es en el diálogo; es su responsabilidad mantener un espacio y un proceso donde se dé una relación colaborativa (Anderson, 2012). Su papel se puede definir como el de un arquitecto del diálogo, sugiriendo quién debe hablar con quién, dónde, cuándo y acerca de qué (Anderson y Goolishian, 1988).

La posición de *not knowing* es la plasmación de una postura filosófica en base a la cual el terapeuta busca construir una relación colaborativa que le permita ser, actuar y responder de manera que la otra persona comparta el vínculo y la acción conjunta (Anderson, 2012; Shotter, 1984). A través de ella el terapeuta trata de estar dispuesto y preparado para estar con otra persona, orientándose y reorientándose hacia ella (Anderson, 2012), y poder así conocer y actuar desde dentro (Shotter, 1993). En base a ello el terapeuta no trata de llevar la conversación en ninguna dirección particular, sino que se centra en el encuentro terapeuta-cliente, considerándolo de forma autosuficiente a la vez que incondicionado de las conversaciones simultáneas y sucesivas que se siguen desarrollando con otros profesionales implicados en el sistema determinado por el problema.

Pero es en el concepto de usuario donde se articula una de las diferencias con el modelo que estamos presentando. En el modelo narrativo-temático es importante la distinción entre el usuario (las relaciones cuya transformación busca la intervención) y el *locus* de la intervención. Lo que propone el modelo es que trabajamos con un caso, y que el *locus* principal es la familia.

Entendemos por caso una definición de una situación problemática que afecta a una familia, construida a través de conversaciones guiadas por los profesionales y que ha alcanzado una estabilidad sin ser estable (por ser producto de versiones distintas dadas a distintos profesionales y estar sujeta a polémica). Esta llega al terapeuta en forma de núcleos de significado ejemplificados por eventos aislados, susceptibles de ser articulados en una trama que permite esbozar una historia inacabada que va apuntando hacia un final vago e impredecible, pero en todo caso indeseado.

En el caso que estamos considerando, nos hallamos ante el impacto que la historia previa genera en nosotros: una posible trama que emerge como trágica (“esto no puede acabar bien”) con el hijo como protagonista.

Las relaciones que en este modelo hay que tener en cuenta, y sobre las que se intenta contribuir a transformar en la medida de lo posible, son las relaciones entre los miembros de la familia y entre estos y los profesionales con los que se va a seguir relacionando. Por lo tanto, el terapeuta tiene que velar porque lo que se diga (y la forma en que se diga) en la sesión con la familia esté moldeado tanto por las necesidades de la familia como por los requerimientos de las circunstancias en las que la familia se encuentra (Shotter, 2016), incluyendo en ello a los profesionales.

La conversación terapéutica con la familia tiene que responder (hacerse eco y tener eco) a las otras conversaciones que se van a seguir produciendo sobre el caso entre la familia y los otros profesionales, gracias a los cuales nuestra intervención resulta posible, y ante los cuales también tenemos que responder. La manera de intentarlo que propone el modelo es el plan temático de la sesión (Ramos, 2008, 2012, 2015).

En base a la discusión del equipo, el terapeuta presenta a los convocados un conjunto de temas (entre tres y cinco a fin de que se puedan retener) como asuntos que le preocupan en base a lo que ya sabe de la familia a través del protocolo de admisión ya descrito, y sobre los que plantea a la familia que le gustaría hablar en la sesión. Se proponen al comienzo de esta con la petición de que elijan por dónde quieren empezar, qué tiempo creen oportuno conceder a cada uno y qué otros temas ellos desearían añadir.

Los temas no son arbitrarios ni están presentados arbitrariamente, sino que tratan de estar relacionados con temas que son o han sido candentes en conversaciones previas principalmente con otros profesionales, y deben ser formulados siempre que sea posible apuntando a capacidades y a futuro (Madsen, 2011). La elección de los temas depende de cada caso y de cada situación pero, en general, apuntan a cerrar o distanciar a la familia de problemas o temas pasados que ya no tienen actualidad aunque sigan mencionándose en la definición del caso, y/o temas capaces de retornar la responsabilidad y la agentividad a la familia y/o temas susceptibles de abrir un proyecto de futuro asumible. El objetivo es establecer un nuevo reparto de derechos y deberes en la situación actual (en el nuevo episodio que se abre en la terapia), para el que estén mejor capacitados y que les resulte más asumible (Harré et al., 2009; Harré y Moghaddam, 2014).

En este caso se formuló el siguiente *Plan temático*:

Les mandó aquí la colega que está atendiendo a su hijo pequeño porque, por problemas de agenda, tenía que finalizar su trabajo y se planteaba que se pudiera seguir trabajando con ustedes de alguna forma. En cualquier caso, daba a entender en su informe que el niño había mejorado (cerrar el tema de los problemas del hijo). Así que, como han pasado unos meses desde que le dieron allí el alta hasta que hemos podido realizar esta visita, lo primero que queríamos preguntarles es qué es lo que han visto que más les ha preocupado del pequeño en este tiempo (devolverles la responsabilidad).

Lo segundo que queríamos hablar con ustedes es que, por lo que sabemos, ambos han estado personalmente tratados durante bastante tiempo y por problemas serios. Pero también sabemos por los informes que tenemos de ustedes que ambos han mejorado (distanciarse de su pasado de enfermedades). Queríamos preguntarles qué es lo que personalmente consideran que todavía tendrían que cambiar, y porqué sería importante para ustedes cambiar en eso ahora (devolverles la responsabilidad).

Y la tercera cosa que queríamos hablar, un poco como resumen después de

todo lo que han pasado, sería si hay algún indicio que les permitiera vislumbrar que pueda estar llegando el momento de disfrutar un poco de su vida, después de todo lo que han pasado (viabilidad de un proyecto de futuro).

El sistema determinable por el problema: la carta a la red

En las terapias dialógicas un sistema no se considera como un grupo con historia y con futuro, sino una red conversacional generadora de significado. El problema no se ve como el resultado de la disfunción de un sistema (la familia) sino que es el sistema el que se considera el resultado de la difusión de un problema. Se define el concepto de Sistema Determinado por el Problema (SDP) (Anderson et al., 1986) como una red conversacional que se edifica a raíz de una alarma que un miembro de un sistema profesional suscita en base a la conducta observada de un miembro de un sistema natural (el paciente identificado), alarma que encuentra eco y que acaba automanteniéndose.

La conversación terapéutica es una conversación más en el marco y en el flujo de las conversaciones desarrolladas en el SDP. La conversación se ve alimentada en sus temas y en el planteamiento de los mismos por las conversaciones que le han precedido y es capaz, a su vez, de alimentar a las que le sucederán. Así pues, el objetivo de la conversación terapéutica no es resolver el problema, sino disolverlo, permitiendo así que se acabe disolviendo el propio SDP que lo generó (Anderson y Goolishian, 1988).

El SDP conduce a una quiebra conversacional, en la que las conversaciones acaban por ser monológicas en lugar de dialógicas. Se “habla a”, instruyéndolo, antes que “hablar con”, escuchándonos.

En nuestro modelo consideramos que no todos los interlocutores implicados tienen el mismo poder simbólico, definido como el poder de constituir lo dado al afirmarlo, de actuar sobre el mundo actuando sobre las representaciones del mundo (Bourdieu, 1991). Por lo tanto, cuenta quién habla y desde dónde. Proponemos, pues, que la comunicación social se desarrolla bajo una doble constricción: la del contenido de la comunicación (de qué se habla) y los sujetos que comunican (quiénes hablan) (Díaz Martínez, 1996).

Eso nos lleva a proponer dos conceptos; el primero es el de sistema determinable por el problema, referido a quiénes son las personas que, dado el punto al que ha llegado el problema (en función de su intensidad, consecuencias o duración) podrían o deberían añadirse a la conversación. Y el segundo es el del estado de activación de la red conversacional, referido al sesgo que van tomando las conversaciones en función de la secuencia y los eventos que marcan su transcurso (Anderson y Goolishian, 1988; Ramos, 2008).

Mientras el sistema determinado por el problema se refiere a las personas (particularmente profesionales) que están hablando con la familia en una situación dada (Anderson y Goolishian, 1988), el sistema determinable por el problema hace referencia a las que deberían estar hablando o se pueden incorporar en cualquier

momento a la red conversacional, habida cuenta el cariz que está tomando la situación (Ramos, 2008), y que el terapeuta debe tener en cuenta por el sesgo que les puede dar. Por ejemplo, si una situación conflictiva de una pareja con hijos pequeños llega a la violencia, el terapeuta tiene que plantearse la presencia de los servicios de protección del menor.

El estado de activación tiene que ver con cómo se orientan las conversaciones en función del eco y trayectoria de la alarma. Por ejemplo, si en el curso de la terapia se produce un episodio grave de maltrato, la temática de las sesiones puede derivar a ayudar a la propia familia a ser ellos los que notifiquen el episodio a los servicios de protección como la mejor manera de hacer posible la continuación de la terapia (Mackinnon, 1998).

Estimados colegas.

La presente carta es para informaros que hemos comenzado una terapia familiar con los padres del paciente X. Sabedores de que lo estáis evaluando, no lo incluiremos en nuestras sesiones hasta que vuestro equipo haya acabado la evaluación y nos podáis especificar los aspectos en los que querríais que trabajáramos, dentro de nuestra área.

Los padres nos han dicho que la familia ha atravesado muchas situaciones complicadas. Sin embargo, parece que han alcanzado cierta estabilidad, lo cual es algo que querríamos trabajar.

La madre está ahora estable respecto a su Trastorno Bipolar y el padre está abstinerente en el consumo de alcohol por un período razonable de tiempo. Ambos están interesados en proporcionar el máximo de estabilidad a su hijo, hacia quien han expresado un profundo afecto.

La última situación complicada que han experimentado (la pérdida de la casa en que vivían), parece haber alcanzado un buen final, dado que han conseguido encontrar otra casa en la que están mejor.

El próximo paso que nos planteamos es tener entrevistas individuales con ambos miembros de la pareja para explorar con ellos los cambios positivos que han alcanzado. La idea es trabajar sobre el impacto que esas mejorías pueden tener en la vida de la pareja.

Tenemos también noticias de la próxima visita de los abuelos maternos. Estamos considerando la idea, con la previa autorización de los padres, de invitarlos y solicitar su apoyo al proceso de estabilización que estamos intentando consolidar.

Esperamos que esta información os sea de ayuda para conocer la situación global de vuestro paciente.

Quedamos a la espera de vuestras noticias.

Esta es la carta enviada al finalizar la primera visita a los colegas que seguirían viendo, a partir de ese momento y durante un tiempo, al hijo de esta pareja. Estos colegas de salud mental infantil constituyen los nuevos miembros del sistema determinable por el problema con los que habrá que contar y que quizás, por la ausencia de historia compartida con la familia en sus peores momentos, podrían asumir más

fácilmente el sesgo que estamos intentando dar: que después de la mejoría se abra, por fin, un periodo de esperanza.

De la historia-aún-no-contada a la historia-por- vivir

Las conversaciones en el SDP son, tal y como hemos dicho, monológicas. En ellas, desde una posición de experto el profesional “habla a” los usuarios, intruyéndoles sobre qué hacer. La posición de *not knowing* alumbraría conversaciones dialógicas en las que se “habla con”, permitiendo la emergencia de lo aún-no-dicho, con lo que la terapia se concebiría como la expresión y expansión de lo *not-yet-said* (Anderson y Goolishian, 1988).

Pero en nuestro modelo la historia que interesa no tiene que ver con ninguna historia del pasado, contada o no. Nos centramos en la historia-por-vivir, aquella que se puede construir dando sentido a las cosas que pasan en la terapia y en la vida del usuario mientras esta transcurre (Ramos, 2015).

La historia, tanto de un periodo histórico como de una etapa de la vida, se construye seleccionando y engarzando unos eventos dentro del flujo ininterrumpido de eventos que constituye ese periodo (o esa vida). Se trata de elegir entre ellos: a) un Motivo Inaugural, a partir del cual comienza la historia; b) unos Motivos de Transición, cosas que ocurren en ese periodo (en nuestro caso, durante la terapia) que se intuyen como importantes, pero cuya importancia y significado no se sabrán hasta que la historia concluya; y c) un Motivo Terminal, un evento que permite cerrar esa serie de eventos extrayendo de ella un cierto sentido, aun cuando la vida continúe (Ramos, 2018; White, 1973).

El primer paso para construir esa historia-por-vivir es buscar y tratar de hacer circular algo que pueda funcionar como motivo inaugural de la misma, a la espera de que sigan pasando cosas que se puedan ligar como desarrollo de ese motivo inaugural. En este caso, la afortunada ubicación en un nuevo domicilio tras el desahucio del anterior (mencionado en la carta a los colegas) se propone como el acontecimiento que pudiera inaugurar un cambio hacia un futuro mejor que esta familia, tras todo su empeño, merece.

Una vez consolidado el motivo inaugural el terapeuta debe estar atento a percibir, promover y además testimoniar (como hizo con la carta) cuantos nuevos eventos ocurran durante la terapia que se puedan articular como pasos (motivos de transición) hacia la mejor salida y final posible de la situación en la que llegaron a terapia dadas las circunstancias. Se trata de buscar y proponer un acontecimiento que funcione como colofón y salida de esa historia (motivo terminal) y que permita, así, darle un cierre significativo.

Conclusiones

El modelo narrativo-temático establece una diferencia con respecto a otros enfoques posmodernos, tanto en el ámbito en el que se busca construir la historia terapéutica como en la organización de la conversación terapéutica destinada a

conseguirlo.

No se trata de buscar una historia alternativa en base a acontecimientos distintos, pero también presentes en el pasado, como en el modelo narrativo, ni tampoco una historia pasada que no había sido contada aún, como en el modelo dialógico. Se trata de contar una historia que está ocurriendo en el presente, durante la terapia, cuyo sentido pleno lo adquirirá en el futuro, cuando la terapia alcance un final.

Planteamos que la historia-por-vivir, la historia en la que el terapeuta está presente es en la que este puede tener la máxima incidencia. Asimismo, proponemos el plan temático como una guía para el terapeuta de forma que, resonando lo más posible con otras conversaciones que la familia está manteniendo simultáneamente, permitan que la conversación terapéutica alcance su máxima eficacia.

Referencias

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415-428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversation: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Family Process*, 51(1), 8-24. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x>
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371-393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. En S. McNamara y K. J. Gergen (eds.), *Therapy as social construction* (pp 25-39). Sage.
- Anderson, H., Goolishian, H. y Widerman L. (1986). Problem Determined System. Towards transformations in Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 5(4), 1-13. <https://doi.org/10.1521/jsst.1986.5.4.1>
- Arnkil, T. E. y Seikkula, J. (2015). Developing dialogicity in relational practices: Reflecting on experiences from open dialogues. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 142-154. <https://doi.org/10.1002/anzf.1099>
- Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Polity.
- Carey, M., Walther, S. y Russell, S. (2009). The absent but implicit: a map to support therapeutic enquiry. *Family Process*, 48(3), 319-331. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01285.x>
- Díaz Martínez, C. (1996). *El presente de su futuro: modelos de autopercepción y de vida entre los adolescentes españoles*. Siglo XXI.
- Dovey, J. (2002). Notes toward a hypertextual theory of narrative. En M. Rieser y A. Zapp (eds.), *New Screen Media. Cinema/Art/Narrative* (pp. 135-145). British Film Institute.
- Eco, H. (1979). *The Role of the Reader: Explorations in the Semiotics of the Text*. University Press.
- Elkaïm, M. (1992). *Si me amas no me ames: psicoterapia con enfoque sistémico*. Gedisa.
- Gergen, K. J. (1990). *The saturated self*. Basic Books.
- Gergen, K. J., Hoffman, L. y Anderson (1995). Is diagnosis a disaster? A constructionist dialogue. En F. Kaslow (ed.), *Handbook of relational diagnosis* (pp. 102-118). Wiley.
- Gergen, K. J. y Ness, O. (2016). Therapeutic practice as social construction. En M. O'Reilly y J. N. Lester (eds.), *The palgrave handbook of adult mental health, discourse and conversation studies* (pp. 502-519). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137496850_26
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Pilkerton-Carnie, T., Rothbart, D. y Sabat, S. (2009). Recent Advances in Positioning Theory. *Theory and Psychology*, 19(1), 5-31. <https://doi.org/10.1177/0959354308101417>
- Harré, R. y Moghaddam, F. M. (2014). Positioning Theory. En: N. Bozatzis & Th. Dragonas (eds.), *The Discursive Turns in Social Psychology* (pp. 129-138). Taos Institute Publications.
- Mackinnon, L. (1998). *Trust & Betrayal in the Treatment of Child Abuse*. The Guilford.
- Madigan, S. (2011). *Narrative Therapy: Theory and Practice*. The American Psychological Association.

- Madsen, W. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. Norton.
- Madsen, W. (2011). Collaborative helping maps: a tool to guide thinking and action in family-centered services. *Family Process*, 50(4), 529-543. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01369.x>
- Monk, G. y Gehart, D. (2003). Sociopolitical Activist or Conversational Partner? Distinguishing the Position of the Therapist in Narrative and Collaborative Therapies. *Family Process*, 42(1), 19-30. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00019.x>
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Paidós.
- Ramos, R. (2008). *Temas para Conversar*. Gedisa.
- Ramos, R. (2012). El plan temático de la sesión: una guía para la planificación de la conversación terapéutica. *Redes, Revista de psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 27, 73-90.
- Ramos, R. (2015). *Terapia Narrativa con familias multiproblemáticas*. Morata.
- Ramos, R. (2018). Abordaje narrativo de las familias multiproblemáticas: el Modelo Narrativo-Temático. En T. Zohn, E. N. Gómez y R. Enriquez (eds.), *Investigación en Psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión* (pp. 13-51). Iteso.
- Ramos, R. (2019). Historia, Conversación y Acontecimiento: tres elementos de la narración Terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 17-29. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.318>
- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16(4), 401-414. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1994.00805.x>
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. y Eriksson, E. (2003). Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*, 42(2), 185-203. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.42201.x>
- Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. Norton.
- Shotter, J. (1984). *Social accountability and selfhood*. Blackwell.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities: Constructing life through language*. Sage.
- Shotter, J. (2016). Ontological risks and communication anxieties – on what and whom others will “allow” us to be. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1694.4805>
- Sluzki, C. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31(3), 217-230. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1992.00217.x>
- Veyne, P. (1984). *Writing History; Essay on Epistemology*. Manchester University Press.
- White, H. (1973). *Metahistory. The Historical Imagination in Nineteenth-Century Europe*. Johns Hopkins University Press, Baltimore-London.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- White, M. y Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Dulwich.

LA SUPERVISIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS (PADES). DE LA DEMANDA DE LA SUPERVISIÓN A SU FINALIZACIÓN

SUPERVISION OF A HOME CARE TEAM IN PALLIATIVE CARE. FROM THE DEMAND FOR SUPERVISION TO ITS COMPLETION

Alfred Tejedo García

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Psicoterapeuta psicoanalítico.

Centre de Salut Mental d'Adults de Badalona 2

Servei Assistencial de Salut - Unitat d'Atenció Psicològica - Universitat Autònoma de Barcelona.

España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9827-9059>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tejedo García, A. (2020). La Supervisión de un Equipo de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos (PADES). De la demanda de la supervisión a su finalización. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 265-281. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.371>

Resumen

Se pretende mostrar la supervisión del equipo de atención domiciliaria y de soporte (PADES) insertado en la red de atención sanitaria del estado español, qué profesionales lo conforman y sus funciones, así como la población a la que está destinado: los enfermos terminales. Se justifica la idoneidad de la supervisión como tarea de formación, de apoyo emocional y de resolución de conflictos. Se describe en qué consiste la supervisión, sus protagonistas, la formulación de la demanda por parte del equipo, la respuesta del supervisor a la demanda, la realización de la supervisión, sus posibilidades, sus condiciones y sus límites, así como las condiciones de su finalización. Se concluye que la supervisión, como la vida de los usuarios del Pades, tiene dos fechas límite entre las cuales comienza y acaba. Una vez finalizada la supervisión, la cualidad de su desarrollo va a condicionar el proceso de duelo que transitará entre el agradecimiento y el resentimiento.

Palabras clave: supervisión, atención domiciliaria, cuidados paliativos, supervisión de equipo.

Abstract

The aim is to show the supervision of the home care and support team (Pades) inserted in the Spanish state health care network, which professionals comprise it and their functions, as well as the population for which it is intended: the terminally ill. The suitability of supervision is justified as a task of training, emotional support and conflict resolution. It describes what the supervision consists of, its protagonists, the formulation of the demand by the team, the supervisor's response to the demand, the realization of the supervision, its possibilities, its conditions and its limits, as well as the conditions of its ending. It is concluded that supervision, like the life of Pades users, has two deadlines between which it begins and ends. Once supervision is finished, the quality of its development will condition the mourning process that will pass between gratitude and resentment.

Keywords: supervision, home care, palliative care, team supervision.

Fecha de recepción: 6 de abril de 2020. Fecha de aceptación: 28 de julio de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: alfred.tejedo@uab.cat

Dirección postal: Roger de Llúria, 77, 1-2, 08009 Barcelona. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



La tarea de un equipo de atención domiciliaria y equipo de soporte se inscribe en el ámbito de la medicina paliativa que se diseña para atender, primariamente, a aquellos pacientes que presentan una enfermedad grave que compromete seriamente la continuidad de su vida en un plazo de tiempo relativamente corto. Los recursos sanitarios se destinan predominantemente a las atenciones que sostiene la medicina curativa, que está al servicio de diagnosticar la enfermedad, proponer un tratamiento y establecer un pronóstico de la misma con la finalidad de erradicarla y de garantizar la salud y la continuidad de la vida, si son posibles; sólo una parte del presupuesto en sanidad va destinado a cuidados paliativos, sin embargo, el ahorro del gasto sanitario que los cuidados paliativos suponen para el sistema de salud es indudable (Núñez y Alonso, 2013).

La nota distintiva de los Pades (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte) es la prestación de atención médica y psicosocial de los pacientes que se presume que ya no se van a curar de su enfermedad y que, en consecuencia, ya no precisan de “tratamiento” para curarse, sino de cuidados “paliativos” de su situación de enfermedad terminal (VV.AA., 2016). El paciente incurable, habitualmente, por el avanzado estado de una enfermedad oncológica o de otra naturaleza, o por insuficiencias cardíacas, respiratorias, hepáticas, digestivas, neurológicas, osteoarticulares, etc. secundarias o no a otros cuadros de enfermedad, es decir, independientemente de su etiología, se ve abocado a una situación de su vida “terminal” irreversible y con pronóstico de vida limitado: la propia muerte está en el horizonte próximo.

Esta situación de amenaza sobre el cuerpo de la persona gravemente enferma va a requerir de unos cuidados que son específicos de las necesidades del final de la vida y que a menudo tienen que ver con síntomas de dolor intenso, disnea, anorexia, astenia, caquexia, insomnio, postración. Al mismo tiempo estar frente a la etapa final de la propia vida y, por lo tanto, de cercanía de la propia muerte, puede desvelar reacciones emocionales desagradables de cierta intensidad, por ejemplo, angustia, temor, rabia, desesperación, inseguridad, desvalimiento, tristeza, desorientación que presumiblemente van a poner obstáculos a la tranquilidad de la propia existencia, al menos, en algunas personas (Ramos, 2014). Hay trabajos que se preguntan sobre los condicionantes de la actitud positiva o negativa ante la propia muerte (Bermejo et al., 2019; Villavicencio-Chávez et al., 2019). Ambos aspectos, el corporal y el emocional, van a comprometer la necesidad de cuidados sanitarios y asistenciales que van a recaer sobre la persona del enfermo, pero, no sólo de él, sino también de sus acompañantes de vida, habitualmente, sus familiares más directos, cuando los hubiere, que suelen ocupar el rol del cuidador, aunque en ocasiones este rol se delega en cuidadores externos, en alguna medida. En otras ocasiones, en las peores circunstancias, no hay ni familia ni hogar que acoja la realidad de las personas que requieren cuidados paliativos en la fase terminal de sus vidas (Carreras et al., 2017).

El equipo de cuidados paliativos domiciliario

En nuestro medio, habitualmente, un equipo de cuidados paliativos está formado por personal sanitario, médicos, enfermeros, auxiliares sanitarios, trabajadores sociales y psicólogos¹. En el mejor de los casos, los Pades suelen tener al menos un profesional de cada ámbito pero no siempre es así; lo más frecuente es que el equipo esté formado por profesionales médicos, enfermeros y trabajadores sociales, pero no por psicólogos ni por auxiliares sanitarios; excepcionalmente puede haber algún Pades con fisioterapeuta y terapeuta ocupacional². A menudo hay más enfermeros, o más horas de enfermería que de medicina y menos de trabajo social, y si lo hubiere, de psicología, insuficientemente cubierta (Duro et al., 2012)³. A veces, la atención psicológica está concertada con un equipamiento externo al Pades, por ejemplo, el Equipo de Atención Psicosocial (EAPS)⁴. Los Pades pueden formar parte de la atención sanitaria de la red de salud pública, o bien, de la atención sanitaria concertada. En Catalunya existen equipos de una y otra red que están sectorizados, es decir, tienen una población asignada en función de una zona territorial⁵.

Funciones del equipo domiciliario de cuidados paliativos

¿Qué funciones se espera que realicen los equipos integrados por los distintos profesionales del Pades? Caben tres tipos de encargos en la tarea del equipo: a) la actividad asistencial, b) el soporte y el asesoramiento y c) la coordinación.

En la actividad asistencial hay que referir la atención directa a los usuarios del programa y a sus familiares. Se trata de garantizar una atención sanitaria integral, social, emocional y –a veces– espiritual durante el proceso de la enfermedad de manera personalizada (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados Paliativos, 2008). El paciente incurable puede presentar fallos en cascada de los órganos y funciones corporales que van a traer síntomas; hay que conseguir un control óptimo de los síntomas y molestias que puedan aparecer con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. De manera específica, hay que atender a la situación de los últimos días, de agonía (González y Stablé, 2013). El enfrentamiento a la realidad de la propia muerte es una realidad que ha de vivir el propio paciente terminal, su familia, y el equipo del Pades. Ante esta realidad caben tres actitudes: la de la integración, cuando el moribundo –y los que le rodean– acepta su propia muerte, la del sufrimiento, que supone que el paciente y su entorno se rebelan o se inquietan ante ella, o la de la lucha, cuando el paciente o sus familiares se resisten a la muerte (Vachon et al., 2012).

El soporte y el asesoramiento consiste en ofrecer educación sanitaria para facilitar los cuidados que la persona enferma necesita, respondiendo las dudas que puedan tener tanto el paciente como la familia o cuidador principal. Igualmente, facilitar la adaptación a las pérdidas inherentes al proceso de enfermedad. La familia que podrá necesitar ayuda, de manera especial, en el proceso de duelo posterior a la muerte del paciente, por ello, el equipo de Pades ofrece una cierta atención después de la muerte del usuario.

La coordinación es con otros dispositivos de la red sanitaria y social (Servicios Sociales, Centros de Atención Primaria, Centros de Urgencias de Atención Primaria, Equipos de Atención Residencial, Equipo de Soporte Integral a la Cronicidad, Hospitales sociosanitarios, Hospitalización domiciliaria, Hospitales de agudos, etc.).

La exposición del equipo de profesionales al sufrimiento y al proceso de morir puede suponer un desgaste emocional que conlleve síntomas de burn out o de fatiga de compasión que rebaje la calidad de la asistencia a los usuarios del Pades (Mota et al, 2015). Con todo, es sabido que los equipos de cuidados paliativos presentan menor nivel de estrés y de burn out que otros equipos sanitarios (Vachon, 1995), o que otros equipos de cuidados paliativos pediátricos (Suc et al., 2017). Precisamente, uno de los aspectos que puede favorecer este dato es la presencia de la cohesión del equipo así como la implementación de estrategias de autocuidado entre las que se inscribe la supervisión que, en nuestro caso, tiene como objetivo ampliar la consciencia de los elementos emocionales implicados en la tarea del profesional de cuidados paliativos (Kangas-Niemi et al., 2018).

¿Qué es la supervisión?

La palabra supervisión, vista etimológicamente, está construida por tres componentes léxicos de origen latino, el prefijo “super” con la significación de “sobre, encima”, la raíz “viso” que significa “examinar, ver” y el sufijo “ion” que significa la acción de “ver”. Así, supervisión tiene la significación aproximada de “ver desde arriba” aunque la supervisión no debe entenderse como una actividad de autoridad, del supervisor sobre el supervisado (Leal, 1993), sino más bien como una co-visión (Matumoto et al., 2005).

La práctica de la supervisión institucional no es una práctica homogénea, sino plural que se concreta en prácticas de supervisión distintas, inspiradas por comprensiones teóricas distintas, aunque a menudo comportan una parte técnica o institucional así como una parte relacional. La supervisión está especialmente indicada en aquellos quehaceres profesionales en que es importante el manejo de las relaciones humanas. Se establecen distintas categorías de supervisión atendiendo a diferentes perspectivas posibles de aproximación, así, respecto del número de participantes de la supervisión (individual, grupal, colectiva), de su procedencia (de una misma institución o de diferentes instituciones), de su calificación profesional (de la misma disciplina profesional o pluridisciplinar), del origen de la decisión de supervisar (de la dirección, de los trabajadores), de la procedencia del supervisor (interno o externo a la propia institución) y de la calificación del supervisor (de disciplina afín o distinta a la de los supervisados). Igualmente, se dan distintas modalidades de prácticas de supervisión, entre ellas: la institucional, la clínica, de proyectos, de evaluación de proyectos, de análisis institucional de proyectos, de equipo, de casos, colectiva, coaching, mentoring, counselling, auditorías organizacionales, etc. (Puig, 2011b). En este artículo nos referiremos a la experiencia de supervisión externa de un equipo Pades más próxima a la supervisión clínica, de

casos, colectiva e institucional.

La supervisión, en general, se inscribe en lo que sería la formación permanente que aspira a la continua adaptación de capacidades y competencias a las exigencias del lugar de trabajo. A su vez, la supervisión aspirará a lograr tres objetivos: la mejora de la tarea, el autocuidado de los profesionales y la resolución de conflictos (Puig, 2011b). Para el Pades, la supervisión tiene más el sentido de formación y de revisión de la tarea profesional, por tanto, ha de ser vista como una tarea de apoyo a los profesionales por cuanto trata de focalizarse en la atención de las dificultades y tensiones inherentes al trabajo asistencial con los usuarios del servicio, mediado por la organización del equipo, con la intención de mejorar profesionalmente.

Protagonistas de la supervisión

En la supervisión de un equipo de Pades los protagonistas de la experiencia son, por un lado, las personas de los supervisados, es decir, los miembros del equipo de Pades y por el otro, la persona del supervisor. Ordinariamente, el supervisor es una persona con experiencia profesional e institucional, aunque no siempre el supervisor tiene la experiencia institucional concreta del equipo al que supervisa; en general se piensa que es mejor su adscripción externa a la institución (Leal, 1993; Puig, 2011a). Todos los protagonistas de la experiencia de la supervisión, en tanto que personas, tienen capacidad de pensar y de sentir, de emocionarse. A veces se pueden incorporar miembros que están en calidad de formación, por ejemplo, médicos residentes u otros profesionales en formación, aunque su presencia sea fugaz, ya que sus programas de formación requieren de cierta rotación temporal por los equipos de salud. Algunos equipos no incluyen a estas personas en formación (Edmonds et al., 2015), por motivos de preservación de la intimidad del equipo y-o porque no pueden garantizar la continuidad en la asistencia, lo que les coloca en posición de observadores no participantes.

En la supervisión, como en toda otra interacción entre personas, van a poder surgir emociones, sentimientos y pensamientos, que pueden alterar el estado emocional, en un sentido o en otro, tanto de los supervisados, como del supervisor. La tarea de la supervisión tendrá el reto, para todos, de tratar de observar qué se hace, qué se siente, qué se piensa (Matumoto et al., 2005; Puig, 2009). De manera especial, esta función se espera del supervisor para que pueda devolverla al equipo y ayudarle en la comprensión de lo que le está sucediendo en el momento presente, en su tarea, en su organización y en sus relaciones. Al supervisor le compete poder desarrollar una función de autoconsciencia de lo que le está sucediendo en la supervisión, pero se espera que esta función también pueda ser desarrollada, aunque sea en menor escala, en el resto de los participantes, los miembros del equipo del Pades; esta autoconsciencia puede servirse de la observación de las propias reacciones emocionales y-o corporales en la propia supervisión (Miehls, 2014).

El supervisor ha de tener una actitud de cierta neutralidad respecto de los valores del equipo, de la manera de trabajar del mismo, de su organización, de

tolerancia hacia la realidad concreta del momento que pasa el equipo, de no entrar en alianzas parciales con determinados sectores o personas del mismo, ni con la dirección, que mayoritariamente se considera mejor que peor que participe en ella; esta actitud tiene el límite de no entrar en una actitud de complicidad con supuestas actitudes del equipo de cronificación, de práctica asistencialista repetitiva, de resistencia a un supuesto cambio necesario, que siempre será decisión del equipo, no del supervisor, quien no podría ir más allá de la explicitación de la necesidad o del conflicto (Leal, 1993; Matumoto et al., 2005).

Demanda de supervisión

¿De qué manera este peculiar equipo asistencial llega a formular la demanda de supervisión? Decimos peculiar equipo, porque ya hemos destacado como la medicina paliativa representa una parte pequeña de los equipos de atención sanitaria de nuestro sistema de salud, y dentro de los recursos de la medicina paliativa, los Pades aún representan una parte más pequeña. Evidentemente, la manera como el equipo llega a la formulación de la demanda de supervisión va a condicionar su inicio, su realización, sus vicisitudes, su desarrollo, su continuidad y su finalización, en estrecha relación, con la respuesta que el supervisor vaya tejiendo con el equipo que supervisa.

La demanda de supervisión puede vehicularse a partir de la consciencia de necesidad de acompañamiento del propio equipo, más de unos miembros que de otros, equipo que se puede ver enfrentado con situaciones vitales muy dolorosas, por ejemplo, la tristeza vinculada al proceso de pérdida de la vida del enfermo, como a los distintos grados del dolor emocional y físico que pudiera padecer, tanto el enfermo, como sus familiares. La reiterada exposición a situaciones emocionalmente dolorosas y estresantes puede ayudar a la consciencia de cierta necesidad de ayuda, aunque la necesidad pueda diferir de unos a otros miembros del equipo.

La propia tarea del Pades, por su misma naturaleza, vehicula una modalidad relacional del propio equipo, a menudo formado por mujeres, que promueva mayor cohesión entre los miembros del mismo. Cohesión que no necesariamente está exenta de otros aspectos emocionales más disruptivos que también se pueden percibir, más a menudo o menos, en estos mismos equipos.

La realidad del equipo, tanto si lleva muchos años funcionando como tal, como si no, o si está formado por miembros con distintas antigüedades en su historia, va a modular la dinámica interna del equipo y la dinámica del equipo en el espacio concreto de la supervisión. Igualmente, la afinidad del supervisor con la tarea de los Pades va a favorecer mayor empatía y, por tanto, mayor posibilidad de captar las necesidades del equipo.

En todos los equipos asistenciales sanitarios se da una jerarquización de sus miembros, en alguna medida, al menos, entre los que ostentan la dirección o la responsabilidad del mismo, por democrática y tolerante que sea, o no, respecto de los que no la tienen. La formación profesional de sus miembros, el salario profesional,

así como la asunción de responsabilidades, son diferentes. Tampoco se implican todos los miembros del equipo de la misma manera en la tarea asistencial, o por la dedicación horaria, si es que difiere de unos a otros, o por la cualidad de la tarea encomendada a cada uno, o por la manera de vivirla por parte de cada profesional, sea novel en la labor o muy experimentado. Con estas características llegará el equipo a la supervisión.

La demanda de supervisión ¿cómo se origina en lo concreto? ¿a quiénes se les ocurre esa posibilidad? ¿a la dirección? ¿a los miembros? ¿a qué miembros: predominantemente a enfermería? ¿a trabajo social? ¿al médico o a los médicos? ¿al psicólogo? La supervisión ¿es vivida como una imposición de la autoridad? ¿La supervisión es fruto de una negociación en la que se han de hacer concesiones para contentar –y discontentar– a unos y a otros? Por lo tanto, la demanda concreta, en el momento de realizarla, ¿es fruto de una decisión suficientemente madurada y escogida por el equipo con el suficiente grado de libertad?, o ¿puede ser fruto de una tradición del equipo en la que se inscribe la obligación de hacerlo porque es lo que se espera que se haga, porque es lo que se ha venido haciendo? O, como suele pasar a menudo, ¿no es ni una cosa ni la otra, sino una mezcla de distintas perspectivas que encarnan unos miembros del equipo y otros, otras?

En la fase contractual de la supervisión interesa que se haga un proceso de clarificación de la demanda que dé información al supervisor de la situación en la que está el equipo, cuál es la dinámica de relaciones del mismo, en particular, con el líder institucional, cuál es la organización y que se concrete la tarea a realizar en la supervisión, evitando malentendidos en la medida de lo posible (Fischetti, 2016).

¿Cómo se concreta la respuesta a la demanda de supervisión?

Cuando un equipo decide supervisar se tiene que pasar a la realidad de pedirle a un supervisor que lo haga y el supervisor tiene que contestar ¿Qué contesta el supervisor?, ¿cómo y por qué? La manera como se produzca este proceso de contestar a la demanda va a condicionar, también, el futuro de la supervisión.

El supervisor puede contestar desde la plena libertad que le dé su condición de profesional autónomo externo, en el mejor de los casos, o su respuesta puede estar mediatizada por su adscripción a una cierta obligatoriedad en razón, por ejemplo, de cómo o de quien recibe el encargo de contestar, o de su condición de miembro de una entidad determinada respecto de la cual estaría en relación de dependencia. A veces puede suceder que no es directamente la persona del supervisor a quien se contacta sino que es un tercero el que transmite la demanda del equipo que quiere ser supervisado. La ilusión que sienta el supervisor respecto de las ganas de ayudar a un equipo de profesionales que transitan con el dolor y el sufrimiento humanos, así como su pericia, su convicción de que puede aportar al equipo, o no, va a sentar las bases de la alianza de trabajo necesaria para la tarea de supervisión.

Si la demanda se realiza de manera directa, de parte del equipo con el supervisor externo, pero autónomo, la relación es una relación bilateral, exclusivamente.

Cuando la demanda se articula a través del encargo con una institución a la cual está afiliado el supervisor la relación se articula en forma triangular, en el sentido que, o el equipo, o el supervisor, tendrán que dar cuenta, de alguna manera, de la marcha de la supervisión y, en su caso, de su finalización a una u a otra entidad o instancia superior. Los contextos, del equipo y del supervisor, van a determinar la formulación de la supervisión y su desarrollo (Redondo, 1981).

Realización de la supervisión. Posibilidades de la supervisión

La supervisión realizada a un equipo puede entenderse como una supervisión explícita del mismo o como una supervisión de la tarea asistencial que realiza el equipo con los usuarios que atiende; en el primer caso, tendrá que focalizar en las relaciones de los miembros del mismo así como en la organización de la tarea y en el contexto institucional; en el segundo, focalizando, primariamente, en las relaciones con los usuarios con referencia y, secundariamente, a la organización de la tarea asistencial. Ciertamente, también puede entenderse como algo mezclado, aunque se realicen de manera más o menos alternada incluso en la misma sesión de supervisión. Esta es una decisión del equipo que ha de ser refrendada por el supervisor, obviamente. Barenblit piensa que lo ideal es diferenciar ambos espacios de supervisión, el institucional del asistencial (Leal, 1993).

La experiencia en las instituciones asistenciales sanitarias informa de que, lo más frecuente, es que el equipo pida supervisión para sentirse ayudado en la tarea asistencial con los usuarios del servicio, de manera especial, con los que más movilizan la angustia de los profesionales que los atienden y que, en consecuencia, se disocie la actividad asistencial con los usuarios de las condiciones en que dicha tarea es asumida por el equipo, de cómo se sitúa el equipo en uno y otro aspecto de su vida como equipo, organizativa y emocional. A veces puede suceder que una sesión de supervisión se inscriba en la presentación de un caso de un usuario y el trabajo con el equipo en la supervisión comporte desvelar aspectos organizativos o de clima de trabajo que están implicados en la manera cómo se atiende al usuario presentado en la supervisión. Normalmente, es necesario cierta dosis de confianza y madurez emocional del equipo para enfrentar primariamente una supuesta revisión, en la supervisión, de lo que le pasa al equipo de manera interna, en las relaciones de los miembros, en la organización, en el malestar con la dirección, etc.

La supervisión es una tarea delicada que requiere ser realizada con delicadeza, principalmente por parte del supervisor, pero también por parte de los integrantes del equipo, porque en toda supervisión se pueden movilizar las ansiedades que tienen que ver con el miedo a ser juzgado y rechazado, de manera especial, el supervisando se expone a mostrar cómo responde a la demanda de ayuda de su usuario, que en muchos casos suele ser un usuario muy complejo, por eso, algunos de los usuarios del Pades tienen la categoría de “paciente crónico complejo”. O también se puede sentir miedo de quedar expuestos los miembros del equipo a la mirada crítica, o del supervisor, o de los compañeros de equipo respecto de la actitud con

el trabajo, con el propio equipo, etc. (Jones, 2008). Se trata, pues, en la supervisión, de facilitar la creación de un espacio en el que se favorezca la creación de un clima de confianza entre los miembros del equipo y con el supervisor, para poder priorizar el deseo de aprender a atender a los usuarios, directa o indirectamente, con la expectativa de mejorar las condiciones de asistencia del usuario terminal o de su familia, reflexionando en la supervisión; todo miembro del equipo del Pades, como de cualquier otro equipo, necesita sentirse seguro y respetado. La tarea, pues, es delicada y compleja, máxime por las condiciones de estrés en que suelen transcurrir las vidas emocionales de ambos, pacientes terminales y familiares, y de cómo estas complejidades impactan en el equipo que les atiende, necesariamente. Sin olvidar las penalidades derivadas de la organización, la coordinación y la falta de suficientes recursos para realizar la labor asistencial y organizativa interna del equipo en mejores condiciones.

Ciertamente, al supervisor se le supone una pericia, un conocimiento, una experiencia, que puede tener o no, o mucha o poca, pero él también es un ser humano, con capacidades y limitaciones, con unas características personales y de formación que van a facilitar o no el proceso de aprendizaje intrínseco a toda supervisión. Es decir, a los miembros del equipo también les incumbe la co-creación de ese espacio de confianza bilateral en el cual, también, el supervisor pueda sentir que ocupa su papel con comodidad suficiente, de lo contrario, las necesarias capacidades de reflexión y pensamiento que ha de desarrollar la mente del supervisor al unísono con el equipo, no podrán ser puestas en práctica y la posibilidad de sentirse ayudados los miembros del mismo se pondrá en tela de juicio –cosa que sucede en no pocas supervisiones de no pocos equipos.

El supervisor, tiene que transmitir la comprensión que hace del material aportado a la supervisión, sin imposición ni adoctrinamiento, sin colocarse en la posición del maestro que sabe o que pretende adaptar al equipo a lo que él cree que debiera ser la intervención correcta del equipo con los pacientes supervisados, con los usuarios, con la familia, con los profesionales, o entre los miembros del equipo entre sí o con la dirección, etc. (Sánchez-Escárcega, 2015).

Cuando el supervisor tiene formación psicoanalítica y experiencia clínica suficiente así como, mejor aún, experiencia institucional suficiente, como miembro de equipos sanitarios que realizan atención clínica, está en condiciones de entender que en toda interacción grupal humana se juegan dinámicas que son propias de la vida emocional de los grupos que inciden en el trabajo del grupo; la vida emocional de los grupos condiciona la realización de la tarea así como la tarea condiciona la vida emocional de los mismos. El Pades no está exento de estos condicionantes.

¿En qué consiste la supervisión?

¿Cómo se organiza la supervisión? Hay que concretar los parámetros de su realización, el marco que la hace posible: sus objetivos, lo que se espera por parte del equipo, poniendo el acento entre los dos extremos que mencionábamos anterior-

mente, ¿se va a incidir, mayoritariamente, en la supervisión de la tarea asistencial con los usuarios? o, contrariamente, ¿se espera del espacio de supervisión la revisión de las condiciones del trabajo del equipo, del clima emocional, de la organización, del reparto de roles, de la demanda que se hace al equipo, de la dinámica interna del equipo, de la relación con las instancias externas al mismo, de la coordinación interna y externa del propio equipo, de la relación con la autoridad del equipo y con las autoridades externas al mismo?

Hay que pactar el tiempo de la sesión de supervisión, que suele oscilar entre los 90 y los 120 minutos, y el lugar de realización de la misma, o en los locales del Pades o en los locales en los que el Pades está ubicado, habitualmente en Centros de Atención Primaria, o en el local del supervisor. La organización del tiempo de la sesión de la supervisión también tiene que estar clarificado y los integrantes de la experiencia han de tener claro qué es lo que tienen que hacer. Es habitual establecer un cierto calendario de presentaciones de las temáticas a supervisar, a menudo rotatorio. Asimismo, creemos que hay que acordar la evaluación de la marcha de la supervisión, si se cumplen los objetivos o no, periódicamente, habiéndolo pactado desde el principio, en el contrato inicial, para evitar entrar en espacios de supervisión crónica que se hacen de manera rutinaria y acrítica, a veces, consentidos por el equipo y el supervisor; este es un criterio que va a ayudar a prevenir los conflictos que surgen en la supervisión (Nelson et al., 2008).

Una sesión tipo de supervisión consistirá, pues, en la presentación de la casuística a considerar bajo la mirada reflexiva del supervisor. Es muy normal que las intervenciones, tanto las de atenciones a los usuarios como las de situaciones del equipo, las que fueren, atañan a más de un integrante del equipo, así lo que explica un miembro del equipo es complementado con las observaciones de otro, o para confirmarlo o para ampliarlo o para discutirlo. La función del supervisor es contribuir al análisis comprensivo de la situación que se está exponiendo en la sesión, atendiendo a los determinantes que la condicionan, así como a la manera de gestionarla, ¿cómo se escucha la demanda?, ¿cómo se procesa por parte del equipo en el espacio de reunión del mismo?, ¿cómo se decide la intervención?, ¿cómo se interviene?, ¿cómo se procesa esa intervención?, ¿qué sentimientos genera en el equipo?, ¿promueve la vinculación o el distanciamiento?, etc. (De Brasi, 2006; Leal, 1993; Matumoto et al., 2005).

Desde el espacio destinado a pensar en lo que se está presentado en la supervisión de lo que se trata es de promover la autoobservación, o bien, de la forma como se interviene con los casos atendidos, pacientes o familiares o profesionales externos implicados, o bien de esas condiciones que están interviniendo en la situación emocional u organizativa que está llevando al equipo a sentir de una manera concreta la realidad que se esté considerando en la supervisión, sea, la tensión en la coordinación externa, la tensión con algún profesional concreto, la tensión con la demanda de la propia institución que tiene unas expectativas de funcionamiento o de cumplimiento de objetivos o de atención a proyectos –por ejemplo sobre el

denominado Programa de Paciente crónico complejo, o sobre el Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada—, entre otros, o sea, la queja respecto del funcionamiento del propio equipo, de la coordinación interna del mismo, de la manera de responder a determinadas demandas, de su adecuación o no, o de la crítica a la función del liderazgo del mismo. En cualquier caso, en la supervisión el equipo tiene que ser ayudado a contactar con lo que son los límites de la propia tarea del Pades, de lo que se hace y de lo que se puede hacer, sabiendo dónde se está en cada momento (Fischetti, 2016). Estos límites vendrán impuestos desde distintos ámbitos: desde la realidad del contexto en que viven paciente y familiares, desde la realidad de los recursos del propio miembro del equipo y del equipo como un todo, así como desde la realidad del contexto en el que interactúa con otros equipamientos, en la coordinación con la realidad —real, no imaginaria— de los mismos.

Sucedan momentos de la supervisión, en consonancia con los momentos que pasa el equipo, en que se pueden producir tensiones emocionales de cierta envergadura por la intensidad de la problemática de un caso concreto en la que los niveles de complejidad y de sufrimiento de los usuarios son muy altos, en el caso de abordarse alguna situación asistencial, o por el malestar que una situación institucional provoque en los profesionales, por ejemplo, en relación con el encargo de la tarea, en el caso de una sesión de supervisión de un material organizativo. Estas tensiones pueden aparecer en forma de fuerzas de discordia, sentimientos de evitación o, por el contrario, de actitudes mesiánicas en el equipo (Edmonds et al, 2015). El reto es intentar comprender la raíz del problema emocional y remodelar las reacciones con vistas a reorientar el equilibrio entre el coste que supone la tarea de cuidado y la satisfacción de cuidar.

En el mejor de los casos, cuando una supervisión funciona, o unas sesiones de supervisión más que otras, los beneficios de la misma recaen sobre la persona o personas que supervisan en la sesión concreta, tanto porque se tiene la sensación de bienestar y de confort, como porque se aprecia la impresión de autoconocimiento, de ampliación de las perspectivas iniciales, de incremento de las herramientas para la tarea, de mejora en las interacciones con los miembros del equipo, en definitiva, de desarrollo profesional y personal (Puig, 2009). Evidentemente, estos beneficios en la persona del profesional redundan en una mejora del clima emocional del equipo, en su cohesión interna —y del sentido del humor—, así como en una asistencia a los usuarios de mayor compasión y, por lo tanto, de mayor calidad. La supervisión que funciona ha de estimular al equipo al análisis de sus prácticas, a reflexionar como trabaja y a evaluar qué resultados obtiene.

Límites de la supervisión

¿Qué límites tiene la supervisión de un equipo asistencial? Hemos de suponer que la sensación de que no se recibe la ayuda que se espera puede ser el límite más claro a la supervisión, en cuyo caso, esta no puede tener —o no debe tener— continuidad, tanto si se explicita verbalmente y de manera suficientemente clara como si

se hace de manera ambigua, o se arguyen razones que no tienen que ver con lo que siente el equipo. En la supervisión pueden coexistir momentos de *aggiornamento* con momentos de trabajo emocional elaborativo del equipo (De Brasi, 2006). El predominio del *aggiornamento* sobre el trabajo elaborativo de la tarea puede indicar la necesidad del límite al trabajo de la supervisión si no cabe una redirección de lo que siente el equipo.

En el otro lado, del lado del supervisor, también puede suceder –y sucede– que sea el supervisor el que sienta que no puede aportar más al equipo, en su momento actual, que no puede aportar más ayuda, o por él mismo, por su indisposición, o por la indisposición del equipo hacia él, o hacia la supervisión, o por una mezcla de ambas condiciones. El supervisor tiene que sopesar hasta qué punto el equipo puede cambiar, qué límites tiene ese cambio (Leal, 1993). Al supervisor se le puede imponer la necesidad de poner un punto final a las sesiones de supervisión y así plantearlo al equipo, con la mayor claridad posible, para bien del equipo, para que el equipo pueda reflexionar sobre el momento por el que está pasando, y para sí mismo, por compromiso ético.

En un equipo multidisciplinar como lo es del Pades, integrado por personas diferentes, con necesidades y sensibilidades diferentes, nunca va a llover a gusto de todos, ni al principio de la supervisión, ni durante la misma, ni cuando la supervisión se va a terminar. No todo el mundo va a estar en la misma posición, probablemente, de conciencia de límite de la supervisión.

Esta constatación de límites, cuando se da el caso, no es una cuestión de un día, ni el equipo llega de repente a esta consideración, ni lo hace tampoco el supervisor. Habitualmente, es una cuestión de tiempo, de sensaciones que se van tejiendo a lo largo de las sesiones de la supervisión, sensaciones que se van ponderando en unos y otros participantes de la experiencia, miembros del equipo y supervisor, sensaciones a las que se va dando un tiempo para cotejarlas con la realidad, para verificarlas, hasta que se hace clara la opción del límite de la supervisión: no hay más posibilidades de seguir en estas condiciones.

Final de la supervisión. Posibilidades

El poner un punto final a la supervisión, suceda como suceda, no siempre es una experiencia agradable, más bien puede que sea desagradable o para unos o para otros. Evidentemente, cuando la puesta del límite a la supervisión tiene más que ver con la sensación de no poder continuar la misma porque se ha quedado pequeña, la supervisión no aporta lo que se esperaba que aportase, las expectativas no se cumplen, insistimos, o por parte del equipo, o del supervisor, puede ocurrir que esta sensación de límite se inscriba en el registro de la frustración y que esto moleste, en alguna medida, en función, claro está, de la intensidad de las expectativas que en ella se hubieren depositado.

Llegado el momento de la finalización de la supervisión, como en toda experiencia de separación interhumana, caben distintas posibilidades que, si las

agrupamos, oscilan entre el agradecimiento y el resentimiento. En el caso de la supervisión de un equipo plural es obvio que estas emociones podrán estar representadas, encarnadas, por unos miembros de la supervisión, del equipo, y menos por otros; o unos encarnarán unas emociones frente a los otros que encarnarán las otras, pasando por la mezcla de emociones que encarnarán algunos otros. Igualmente, estas emociones pueden mezclarse en todos y cada uno de los integrantes del equipo que representen un extremo emocional u otro. Evidentemente, estas mismas emociones pueden ocurrir en la persona del supervisor, como decíamos, un ser humano que siente como los demás.

La finalización de la supervisión puede ser un proceso que no deje totalmente tranquilo a nadie, ni a los miembros de la supervisión, ni al supervisor. Una rebaja en la intensidad emocional de la finalización de la supervisión puede venir dada por aquellos finales de supervisión que vienen como impuestos desde fuera de la experiencia de los participantes, por ejemplo, cuando no hay presupuesto para pagar la supervisión, o cuando el supervisor no puede seguir supervisando por razones de fuerza mayor (enfermedad, jubilación, cambio de lugar de trabajo o de residencia, etc.), en esos casos, la supervisión se finaliza no porque los participantes, unos u otros, miembros del equipo o supervisor, lleguen a esa consciencia de límite que venimos de describir, desde dentro, sino porque desde fuera se impone esa decisión, decisión que puede frustrar también, y a veces puede que mucho, pero con matices diferentes.

Cuando la finalización de la supervisión tenga que ver con una aparición de algún conflicto interno a la supervisión que parezca irresoluble, algún malentendido, desacuerdo, malestar, o bien, entre los propios miembros del equipo que, por ejemplo, entren en una guerra despiadada, o bien, con el supervisor, que haga evidente la imposibilidad de seguir adelante con la supervisión por la sensación de esterilidad que ella conllevaría, se puede precipitar la finalización de la misma; en el mejor de los casos, dándose un tiempo para intentar clarificar, hasta donde fuese posible, la conflictiva irresoluble. En estos casos, como es obvio, la sensación de frustración será más enconada.

En otras ocasiones, se vislumbra en el horizonte del equipo una sensación de necesitar otra cosa que no es la supervisión, pueden aparecer otros intereses nuevos en el horizonte del equipo y el clima de la supervisión, en consecuencia, irse degradando, perdiéndose la confianza y la sensación de su utilidad. Más pronto o más tarde esta sensación de límite precipitará su finalización pudiéndose dar los mismos extremos de la reacción emocional, en unos y otros, quizás con intensidades diferentes, puesto que el equipo, o una parte él –la dirección, por ejemplo– podría estar concibiendo una cierta alternativa al espacio de supervisión.

Conclusiones

La supervisión de un equipo de atención sanitaria domiciliaria a personas que están en situación de enfermedad grave incurable, y en el tramo final de sus

vidas, es una aventura, como lo es la misma vida humana. Como la misma vida humana que está a las puertas de acabarse en su duración temporal a la que ha estado acostumbrada durante años y años, a veces muchos, en las personas de los enfermos terminales usuarios del Pades, la supervisión del equipo también está sometida a límites.

La vida humana tiene dos fechas inamovibles, la del nacimiento, y la de la muerte; en el transcurso del tiempo y del espacio en que ella transcurre suceden continuas situaciones que son todas nuevas, en sí mismas, aunque sean repetidas, y aunque se las desprovea de esta condición de novedad que todas tienen. De hecho, no hay nada igual en el transcurso del vivir humano, incluso las dos fechas que ponen límites a la vida humana son, ambas, nuevas, sin posibilidad de repetición, el nacimiento y la muerte.

Todo la atención que dispensa el equipo de atención domiciliaria, el Pades, también es nueva, las visitas domiciliarias realizadas, con cada uno de los pacientes, las intervenciones de enfermería, las asistencias médicas, las prescripciones farmacológicas, las entrevistas de seguimiento de cada uno de los miembros del equipo, las reuniones, las coordinaciones, las formaciones, la docencia, etc., son todas nuevas, a pesar de que cumplan con el protocolo del equipo y que sigan pautas de pensamiento y acción repetitivas; lo que se asistió ayer no es lo que se asistió anteayer ni lo que se asistió o se asistirá hoy, ni lo que sucederá mañana. Ese suceder con cada paciente en esa situación es único, ese suceder de la vida del equipo, en sus diferentes áreas, nada lo puede sustituir, es más, nada lo sustituye.

Acordada la fecha de inicio de la supervisión, la supervisión se pone en marcha, como una aventura más, y en ella van transcurriendo muchos intercambios. Esa situación reiterada de las sesiones de la supervisión de ese equipo de atención domiciliaria llega un día que se termina y llega a su fecha final. En el intervalo de tiempo entre las dos fechas se ha desarrollado la supervisión. En el mejor de los casos, se habrá satisfecho, en alguna medida, las expectativas de ayuda de los integrantes de la experiencia, incluida la del supervisor; el supervisor no se presta a ella si no le va a servir de algo, exactamente igual que el equipo que supervisa no se presta a la misma si no le va a servir de algo, aunque, en un extremo, sea cumplir con una obligación institucional, la de ser ayudado por mandato institucional, cosa que a veces sucede.

El comienzo de la supervisión habrá despertado unas expectativas que estarán necesariamente en relación con la experiencia del equipo y con las proyecciones sobre la supervisión que ese mismo equipo haya depositado; en algunos casos, esas proyecciones tendrán que ver con historias previas de anteriores supervisiones, en otros, no. Lo mismo, del lado del supervisor, que acudirá a la supervisión, necesariamente con unas expectativas proyectadas sobre ese espacio de la supervisión que también estarán en relación con su historia de vida profesional y personal. Con estas expectativas se pone en marcha la supervisión que despierta nuevas sensaciones cada sesión que son procesadas por la mente de los integrantes de la experiencia,

equipo y supervisor, se confirman y se desmienten expectativas, se generan nuevas apreciaciones; todo lo que se siente y se experimenta en la supervisión se va procesando por el procesador de cada uno de los integrantes y se va generando un espacio nuevo, un espacio en el que se piensan pensamientos, algunos nuevos, otros no, durante muchas sesiones, o no; si la supervisión dura el tiempo suficiente, se va organizando la convicción de utilidad en las mentes de los participantes y una sensación de aprendizaje, de obtención de algo nuevo que resulta estimulante.

Al mismo tiempo que se instaura esta zona confortable de la experiencia, en el mejor de los casos, se van construyendo sensaciones negativas, de frustración, de limitación, de inutilidad, de repetición, de inercia, de queja. Se anticipa el deseo del límite a la supervisión. Con el transcurso del tiempo, la supervisión finalizará. Llegada la fecha, esa “muerte” de la supervisión requerirá un proceso de elaboración. La supervisión finalizada será vivida en función de cómo haya sido vivida mientras se estaba desarrollando. Hay quienes se quedarán con una sensación de cierta gratitud y otros de cierto resentimiento, o con dudas respecto de la idoneidad de su finalización. Para unos se habrán liberado de una obligación, la de tener que dar cuenta de la propia tarea –sensación que se da muy frecuentemente en los equipos–, para otros, se habrá finalizado una posibilidad de acompañamiento, de seguridad, de bienestar, de oportunidad de continuar una experiencia de aprendizaje. La aceptación de las condiciones en que se ha desarrollado tanto la supervisión como su final van a favorecer que el proceso de duelo inevitable –sentido conscientemente o no– sea realizado en óptimas condiciones.

Notas

- 1 En 1986 el Hospital de la Santa Creu de Vic (Catalunya) inicia un programa pionero en el estado español de cuidados paliativos con un equipo multidisciplinar y atención domiciliaria. (Cf. Ramos, 2014).
- 2 En Girona. <http://www.ias.cat/ca/noticies/primaria/980>
- 3 Por ejemplo, en la convocatoria de plazas de Pades de 2003, se convocan 15 plazas de médico y 40 de enfermería, exclusivamente (DOGC, núm. 3815 – 5.2.2003). En esta convocatoria el programa tiene el nombre de Programa de atención domiciliaria de personas mayores con enfermedades, enfermos crónicos con dependencia y enfermos terminales (PADES).
- 4 En Catalunya, de la empresa Mutuam. <https://www.mutuam.es/servicios-sanitarios/eaps>
- 5 Recomendamos la visualización del video emitido por TV3 en su programa “Sense ficció” (en catalán) en la que se transmite de manera vívida la tarea que realiza un Pades del sistema público concretamente, en el distrito de Horta, de Barcelona: <https://www.ccma.cat/premsa/estrena-la-coproduccio-de-tv3-les-palliatives-a-sense-ficcio/nota-de-premsa/2883690/>

Referencias

- Bermejo, J. C., Azcoitia, X., Magaña, M., Hassoun, H. y Villaceros, M. (2019). Actitudes ante la muerte en voluntarios acompañando pacientes al final de la vida: estilos de apego y fatiga por compasión. *Medicina Paliativa*, 26(1), 55-64. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1031/2019>
- Carreras, B., Valls, J., Regueiro, S., Morilla, I., Uriber, J. y Ochoa, C. (2017). Cuidados paliativos en personas sin hogar. *Anuario de Psicología*, 47(2), 95-106. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2017.10.003>
- De Brasi, M. (2006). Supervisión con los equipos de salud mental (Algunas reflexiones sobre la supervisión institucional). *Revista Area3*. Num. especial Congreso febrero 2006.
- Duro, J. C., de Miguel, C., Morillo, E., Noguera, A. y Núñez, B. (2013). Discurso de los profesionales de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid sobre atención psicológica. *Psicooncología*, 9(2-3), 467-481. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40918
- Edmonds, K. P., Yeung, H. N., Onderdonk, C., Mitchell, W. y Thornberry, K. (2015). Clinical Supervision in the Palliative Care Team Setting: A Concrete Approach to Team Wellness. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 274-277. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0248>
- Fischetti, R. (2016). Formazione e supervisione. *Revista Area3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 20. <http://www.area3.org.es/sp/item/441/Formacione%20e%20supervisione%20nelle%20istituzioni>
- González, J. y Stablé, M. (2013). *Cuidados paliativos. Recomendaciones terapéuticas para la Atención Primaria*. Médica Panamericana.
- Gispert, O. (Director) (2018). *Les pal-paliatives* [Película]. La lupa. <https://www.ccma.cat/premsa/sestrena-la-coproduccio-de-tv3-les-paliatives-a-sense-ficcio/nota-de-premsa/2883690/>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados Paliativos (2008). *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos en el SNS* (OSTEBA N° 2006/08). Ministerio de sanidad y consumo y Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País vasco. <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-sobre-cuidados-paliativos/>
- Jones, A. (2008). Towards a common purpose: group-format clinical supervision can benefit palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 17(2), 105-106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00925.x>
- Kangas-Niemi, A., Manninen, K., Mattsson, J. (2018). Facilitating affective elements in learning in a palliative context. *Nurse Education in Practice*, 33, 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.09.007>
- Leal, J. (1993). Diálogo con Valentín Barenblit acerca de la supervisión institucional en los Equipos de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8(2), 60-75.
- Matumoto, S., Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Pereira, M. J. B. y Domingos, N. A. M. (2005). Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 9-24. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832005000100002>
- Miehls, D. (2014). Neuroscience Insights That Inform Clinical Supervision. *Smith College Studies in Social Work*, 84(2-3), 367-384. <https://doi.org/10.1080/00377317.2014.924706>
- Mota, R., Mathani-Chugani, V., Solano, M., Rivero, B., Cabo, R. y Robles, V. (2015). The transformation process for palliative care professionals: The metamorphosis, a qualitative research study. *Palliative Medicine*, 30(2), 161-170. <https://doi.org/10.1177/0269216315583434>
- Nelson, M. L., Bernes, K., Evans, A. L. y Triggiano, P. J. (2008). Working with conflict in Clinical Supervision: Wise Supervisors' Perspectives. *Journal of counselling Psychology*, 55(2), 172-184. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.172>
- Núñez, J. M. y Alonso, A. (2013). Los cuidados paliativos y la crisis de la sanidad en España. *Medicina Paliativa*, 20(2), 41-43. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.001>
- Puig, C. (2009). *La supervisión en la intervención social. Un instrumento para la calidad de los Servicios y el bienestar de los profesionales* [Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili(España)]. <http://hdl.handle.net/10803/8438>
- Puig, C. (2011a). La supervisión social en los Servicios Sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento. *Perspectivas sociales*, 13(1), 1-25.
- Puig, C. (2011b). Trabajo social y supervisión; un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 49, 47-73.
- Ramos, D. (2014). *Factores que influyen en el sufrimiento de los pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal* [Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca (España)]. Gredos. <https://doi.org/10.14201/gredos.128260>
- Redondo, M. (1981). Acerca de la supervisión: Entrevista al Dr. Carlos Sopena. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1(0), 73-80.

- Salvà-Casanovas, A., Llevadot, D., Miró, M., Vilalta, M. y Rovira, J. C. (2004). La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(2), 101-108. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(04\)74940-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(04)74940-9)
- Sánchez-Escárcega, J. (2015). *La práctica psicoanalítica. Teoría, clínica, aplicaciones, investigación y enseñanza*. Zacatecas.
- Suc, A., Mariotti, M., Serrano, P., Lapeyre, S., Carissan, O., Cayzac, D. y Puyuelo, R. (2017). La supervision d'une équipe de soins palliatifs pédiatriques peut-elle permettre de penser la vie ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement – Éthique*, 16(4), 234-239. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2017.03.002>
- Vachon, M. L. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9(2), 91-122. <https://doi.org/10.1177/026921639500900202>
- Vachon, M., Fillion, L. y Achille, M. (2012). Death confrontation, spiritual-existential experience and caring attitudes in palliative care nurses: an interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 9(2), 151-172. <https://doi.org/10.1080/14780881003663424>
- VV.AA. (2016). *Directorio de Recursos en Cuidados Paliativos en España. Directorio SECPAL 2015*. Madrid. Monografías SECPAL, 8, Abril 2016.
- Villavicencio-Chávez, C., Garzón-Rodríguez, C., Vaquero-Cruzado, J., Gracia, E., Torrents, A. y Loncán, P. (2019). Exploración de los valores y deseos de pacientes con enfermedad crónica avanzada y con enfermedad crónica compleja. Conversaciones acerca del final de la vida. *Medicina Paliativa*, 26(1), 43-49. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1040/2019>

SOCIEDAD DE RENDIMIENTO Y PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA: LA PSICOTERAPIA INDIVIDUALIZADORA

PERFORMANCE SOCIETY AND PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE: INDIVIDUALIZING PSYCHOTHERAPY

Diego Sánchez Ruiz

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-4967>

Lorena Velayos Jiménez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3238-7620>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez Ruiz, D. y Velayos Jiménez, L. (2020). Sociedad de Rendimiento y Práctica Psicoterapéutica: La Psicoterapia Individualizadora. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 283-296. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.392>

Resumen

La situación de la psicología no puede entenderse separada de la realidad sociopolítica en que se desarrolla. El objetivo del siguiente artículo es analizar la influencia en la práctica terapéutica de la preponderancia del sistema capitalista, la emergencia de la psicología positiva y la especialización técnico-médica de la profesión. Inicialmente, se realiza una revisión del desarrollo sociopolítico del postmodernismo y de su influencia sobre la concepción de la salud mental de las personas; y se desarrolla la evolución de la psicología positiva y de la especialización técnico-médica de la disciplina. Posteriormente, se reflexiona acerca de cómo los factores descritos previamente podrían ser responsables de iatrogenia en la terapia por el riesgo que tienen de aislar al individuo, culpabilizarle y fomentar la estructura de opresión postmoderna. Finalmente, se describen algunas alternativas para tener en cuenta durante la práctica terapéutica con el objetivo de realizar una atención holística y humana durante la terapia: fomentar el capital social, empoderar al paciente y despatologizar el sufrimiento.

Palabras Clave: Sociología, Psicología Clínica, Psicoterapia, Postmodernismo, Psicología Positiva, Iatrogenia.

Abstract

The situation of psychology cannot be understood apart from the sociopolitical reality in which it develops. The objective of the following article is to analyze the influence in the therapeutic practice of the preponderance of the capitalist system, the emergence of positive psychology and the technical-medical specialization of the profession. Initially, a review of the sociopolitical development of postmodernism and its influence on the conception of people's mental health is made; and the evolution of positive psychology and the technical-medical specialization of the discipline is developed. Subsequently, it reflects on how the previously described factors could be responsible for iatrogenesis in therapy due to the risk they have of isolating the individual, blaming him and promoting the structure of postmodern oppression. Finally, some alternatives are described to take into account during therapeutic practice with the aim of providing holistic and human care during therapy: promoting social capital, empowering the patient and depathologizing suffering.

Keywords: Sociology, Clinical Psychology, Psychotherapy, Postmodernism, Positive Psychology, Iatrogenesis.

Fecha de recepción v1: 10-5-2020. Fecha de recepción v2: 8-6-2020. Fecha de aceptación: 13-9-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: diego.sanchezruiz.27@gmail.com

Dirección postal: Diego Sánchez Ruiz. C/ Carabaña, 17, 1ªA. Alcalá de Henares, Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



La situación de la psicología no puede entenderse separada de la realidad sociopolítica en que se desarrolla. El predominio de la cultura capitalista de los países occidentales ha facilitado que impere una concepción del ser humano extremadamente individualista. Se teoriza que las fuerzas sociales predominantes someten al individuo a una nueva forma de explotación basada en el rendimiento y la autorrealización; a la vez que disminuyen el capital social y pueden llegar a culpabilizar a los individuos si estos experimentan emociones catalogadas como “negativas”. Este contexto atraviesa los problemas con los que acuden los pacientes a consulta.

La modernización y desarrollo tecnológico-laboral en los siglos XIX y XX en los países ahora denominados “desarrollados”, trajo como consecuencia una disolución de las instituciones sociales, un desglose de los roles y valores tradicionales, cambios en los patrones de crianza de los hijos, urbanización y especialización laboral. El individuo se tornó cada vez más importante, en contraposición a la familia, la comunidad o el grupo ocupacional.

El capital social se ha definido como una característica de los vínculos entre las personas en una comunidad, entendible como la influencia saludable de las redes sociales en el funcionamiento psicológico. En general, niveles más altos de capital social se asocian con mejor salud mental y más probabilidades de recuperación de enfermedades mentales (Tew, 2011). Algunos sociólogos han defendido cómo actualmente existe una disminución de capital social asociada a la época postmoderna, la urbanización y la globalización (Mckenzie, 2008). La sociedad del siglo XXI exige una mayor autonomía individual y permite una menor dependencia o apego a los demás. El dominio de una conciencia individualista causa la disminución del sentimiento de unidad y pertenencia con los miembros de la comunidad, debilitando progresivamente los lazos sociales que envolvían las actividades de la vida (Bauman, 2012).

La pérdida de poder que han sufrido las comunidades también se ha visto reflejada en la disminución de su influencia para regular con normas la vida de sus miembros. Hay consenso en cuanto a que en la actualidad existe un colapso de las normas sociales, lo que Durkheim (1996) denominó anomia social, asociado a una época de cambio de valores sin precedentes.

En la actualidad predomina un marco social basado en la prioridad de que se respeten los derechos humanos, en contraposición al modelo imperante siglos atrás en el que el constructo bajo el que la sociedad funcionaba era el de la sociedad justa, que se atiene a unas normas basadas en la moralidad. El discurso se enfoca en el derecho de los individuos a ser diferentes y a elegir y tomar a voluntad sus propios modelos de felicidad y de estilo de vida más convenientes. La consecución de la felicidad dependerá de cómo cada uno use sus propios recursos para satisfacer sus propios deseos. Se ha producido una sustitución de la impotencia que las circunstancias vitales podrían provocar, por la sensación de omnipotencia de creer poder cambiar “a dedo” las partes de su vida que a uno no le gusten. Una tarea de la que

deja de hacerse responsable a la sociedad a la vez que se hace cargo al individuo, el cual al no encontrar soluciones, busca en terapias, *coaches* personales (aquellos que prometen sacar el máximo desarrollo de las personas) y libros de autoayuda cómo crear su propia realidad, como si fuera independiente de la de los demás, y en la que está sujeto a vivir (Bauman, 2018).

La sociedad del rendimiento a la que se hace referencia en este texto es un término desarrollado por el filósofo surcoreano Byung Chul Han (2014, 2017), para describir cómo la influencia del neoliberalismo en los países desarrollados ha generado una nueva forma de explotación basada en el rendimiento personal y la búsqueda de la autorrealización. Así, la sociedad del siglo XXI ya no es disciplinaria, como diría Foucault (1976/2005), sino de rendimiento. Sus habitantes ya no son sujetos de obediencia, sino sujetos que se autoexplotan. Los proyectos, las iniciativas y la motivación reemplazan a la prohibición, el mandato y la ley. El sujeto contemporáneo está sometido por el mensaje positivista de que si quiere algo puede conseguirlo. A la sociedad disciplinaria la rige la prohibición y las normas. La sociedad del rendimiento está regida por la motivación, por el hacer cada vez más. El inconsciente social pasa del deber al poder, sin embargo, el poder no anula al deber, de hecho, habría una continuidad entre ellos, ya que se trata de una nueva norma que induce al individuo a la iniciativa personal, es el mandato de poder más. Un sujeto que no está sometido a nadie más que a sí mismo, ha abandonado las imposiciones para tener la libre obligación de maximizar el rendimiento (Han, 2017).

Una de las consecuencias más importantes de la influencia del discurso neoliberal sobre la subjetividad del hombre es el hecho de las contradicciones y riesgos que siguen siendo producidos socialmente, ahora recaen únicamente sobre el individuo, incluyendo la responsabilidad y necesidad de enfrentarlos (Beck et al., 2006). Derechos sociales como la educación, la salud o la vivienda se reducen al camino que elija tomar cada individuo, al tiempo y trabajo que decida invertir en su propio futuro (Žižek, 2016). El mensaje es que, si uno enferma es por no haber seguido la dieta o el ejercicio adecuados, por no haber llevado más controlados los hábitos de sueño o las kilocalorías consumidas, no haber sido lo suficientemente responsable con su salud. Si no consigue trabajo, es porque no haber aprendido las técnicas para pasar las entrevistas con éxito, o ser un vago.

La sociedad del rendimiento puede generar que las personas que no hayan conseguido por sus propios medios alcanzar el modelo de felicidad, tengan la sensación de haber fracasado, pudiendo llegar a deprimirse. Esa depresión, provocada por el ritmo de vida contemporáneo, deviene del cansancio y agotamiento del individuo que se ha explotado a sí mismo como a un animal de trabajo, hasta que se ha derrumbado (Han, 2017). La sociedad postmoderna está dominada por la autorreferencialidad, una mirada dirigida constantemente a uno mismo para solucionar cualquier vicisitud en la vida. Esta dinámica genera una libertad paradójica, pues se trata a la vez de una prisión en la que es uno mismo quien se subyuga, sin un tercero a quien culpar de su falta de libertad, y contra quien rebelarse (Žižek y

Rodríguez, 2010).

Para Han (2017) las enfermedades psíquicas de la sociedad de rendimiento constituyen precisamente las manifestaciones enfermizas de esta libertad patológica. El *burnout* o el Trastorno por Déficit de Atención serían causadas por un exceso de positividad, por la incapacidad para negarse a mantener el ritmo y la autoexigencia. Al no haber normas y ser uno mismo quien se autoexplota, no hay contra quien enfadarse y exigir parar.

Dentro del positivismo que predomina en el discurso postmoderno, los sentimientos como el miedo, la rabia o la tristeza, son considerados sentimientos “negativos”, a eliminar en pos de una mayor capacidad de rendimiento. La supuesta libertad de elección incluye las partes de la vida que a uno no le gustan, por lo que el individuo también comienza a sentirse responsable de eliminar los sentimientos negativos que experimente.

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca de cómo se relacionan las nuevas formas de explotación social, el paradigma científico-médico y la emergencia de la psicología positiva y de autoayuda; así como su posible afectación en la práctica de la psicoterapia. Por lo que pensar sobre ello permitiría a los profesionales de la salud mental contemplar alternativas que no reproduzcan o agraven la misma problemática que pretenden subsanar.

Algunos desarrollos en Salud Mental

Expansión de la disciplina y “Psicopatologización de la vida cotidiana”

El modelo económico dominado por el liberalismo comienza a imponerse a finales de los 70 y los 80 del siglo XX. Se fomenta la libre empresa y la iniciativa individual; afectando también al mercado sanitario, beneficiando a la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. La rentabilidad de cualquier negocio depende de tener un buen número de clientes. En el caso de la medicina como empresa, ésta consiguió aumentar sus beneficios mediante un cambio en la oferta, convirtiendo a la salud en un bien que se puede conseguir mediante mayor consumo de servicios médicos (Ortiz, 2016). Moynihan (2002), describe la “invención de enfermedades” o *disease mongering*, explicando que la medicina entendida como empresa, es capaz de hacer sentir a la gente enferma, creando así una necesidad de consumo de recursos médicos. En el ámbito de la salud mental, la lucha contra el malestar y búsqueda de felicidad se convierten en un excelente marco para generar potenciales clientes consumidores de psicofármacos y terapias psicológicas.

La psicología y la psiquiatría se han expandido enormemente los últimos años, con presencia en ámbitos de otras profesiones como el jurídico, laboral o el académico. Se ha tratado de sensibilizar a los gobiernos e instituciones hacia la salud mental desde una perspectiva que sirve a un conjunto de intereses (Summerfield, 2012). A través de los medios de comunicación, los profesionales promocionan con éxito la importancia de la disciplina, no solo en el tratamiento de los trastor-

nos mentales, sino también en el afrontamiento de la vida cotidiana de cualquier persona, concibiéndolas como remedios para eliminar el malestar de enfrentar la vida (Thomas y Bracken, 2004). Este fenómeno se ha descrito como “medicalización y psicopatologización de la vida cotidiana”: expansión de las intervenciones sanitarias a categorías y procesos sociales, problemas de la vida y dilemas morales, temas que antes no eran de ámbito médico.

La extensión de las competencias de los profesionales de la salud mental incluye la creación de nuevas etiquetas diagnósticas. De los 106 diagnósticos en la primera edición del DSM, ahora se cuenta con 216 en el actual DSM-5 (Sandín, 2013). Esto contribuye al sobrediagnóstico y sobretratamiento que permite las ganancias económicas de aquellos que comercian con los productos derivados de la asistencia sanitaria: empresas sanitarias, profesionales e industria farmacéutica (Frey, 2005).

La medicalización es un proceso que afecta principalmente a países desarrollados donde se ha producido un desenclave de las tradiciones y pérdida de referentes culturales, familiares, instituciones y actividades rituales que dotaban de significado a los sucesos vitales de las personas. Se han perdido significantes creados socialmente que dotaban de contexto sostenedor y permitían comprender problemas cotidianos como dilemas morales, tareas esperables de cada uno o desgracias personales, dejando al individuo más solo en la tarea de darle un significado al sufrimiento y enfrentarlo.

El origen del término *salus* alude a “estar en condiciones de superar un obstáculo”. Sin embargo, “la psicopatologización de la vida” ha implicado también la colonización de la normalidad, fomentado la pérdida de los límites entre la salud y la enfermedad. La salud se convierte en algo extremadamente frágil y complicado de alcanzar; el significado de un “estilo de vida sano” no queda inmóvil, puesto que “siempre se puede hacer algo para estar más saludable”: nuevas dietas, ejercicios, mejorar la calidad del sueño..., exigiendo al individuo una vigilancia constante (Bauman, 2018).

Ante la situación descrita, los propios individuos y poblaciones han desarrollado un patológico rechazo al riesgo de enfermar y a la muerte. Se ha dejado de considerar el sufrimiento y la muerte como inherentes al ser humano, para empezar a verse como como problemas sanitarios que resolver. Según Illich (2015), nace la concepción de que es posible una vida sin sufrimiento en vez de una vida en que se es capaz de manejarlo. Existe un miedo basado en la idea de que las personas están en peligro de quedar dañadas psicológicamente por cualquier pérdida o fracaso vital. Los sentimientos desagradables dejan de verse como la respuesta sana y adaptativa, e imprescindible para afrontar un acontecimiento adverso; y pasan a adquirir el significado de que son una señal anticipatoria del fracaso de la salud mental del individuo. Estos sentimientos se descontextualizan, se olvida la causa que los provocó y se toman como síntomas que precisan de una intervención terapéutica.

Para calmar los miedos descritos y hacerse cargo de lo peligroso que se concibe una vida con dolor, tristeza, rabia y rencor, se empieza a transmitir la idea de

la que los profesionales de la salud mental son necesarios por estar capacitados para ayudar a resolver los duelos, disminuir las frustraciones, incertidumbres y armonizar las relaciones. De esta manera, la explicación social del sufrimiento se sustituye por la explicación que dan al malestar de la persona los “expertos en lo psicológico y las emociones”. Proliferan las etiquetas diagnósticas como nuevos significantes, dando una calidad de enfermedad a los mismos procesos. En palabras de Ortiz (2016): “La salud es el paraíso prometido y la psicología y medicina las teologías que lo amparan”.

Posicionamiento de la Psicología y Surgimiento de la Psicología Positiva

La psicología, desde hace más de 50 años, ha estado tratando de enmarcarse en el dominante modelo biomédico, no porque este modelo haya desplegado un conjunto de tratamientos psiquiátricos radicalmente más efectivos, sino por ser el hegemónico gracias a factores económicos, históricos y sociales (Álvarez y Colina, 2012).

Otra necesidad de la disciplina, acorde con el desarrollo socioeconómico, ha sido la de acercarse al paradigma tecnológico, asociado a la necesidad de ser productivos y eficaces (Ortiz, 2016). Esta huida de la psicología hacia un cientifismo racional-tecnológico también se explica como un intento de alejarse de las pseudociencias proclives a conquistar el campo de los problemas mentales. Su posicionamiento y marketing, dentro de la concepción de salud descrita previamente, provoca que parte de la psicología empiece a concebirse como un bien de consumo. Así, por ejemplo, dentro del paradigma cognitivo conductual, el psicólogo se convierte en una figura concedora de determinadas técnicas o ejercicios que uno debe adquirir y practicar para resolver su problema de salud mental. En ocasiones, algunas corrientes psicoterapéuticas ofertan estas técnicas (de regulación emocional, de resolución de problemas...) ante casos que no suponen un problema de salud mental, sino una dificultad cotidiana. Desde esta perspectiva de la psicología se da el mensaje de que esas técnicas permitirían conseguir mayor salud mental, para poder estar “más en forma” psicológicamente, y así afrontar mejor las dificultades de la vida. Por tanto, en tales casos, la figura del psicólogo se asemeja a la de un médico que receta, en vez de fármacos, consejos y ejercicios para aliviar las emociones desagradables, descontextualizando el sufrimiento. Esta popularización de la psicología como un objeto de consumo, en cierto modo la desvirtúa, aunque la haga más rentable (Márquez y Meneu, 2003).

En la línea del pensamiento de los países desarrollados, se desarrolla la Psicología de Autoayuda: libros, seminarios, *coaching* personal, mensajes motivadores y propaganda al estilo *Mr. Wonderful*. Se trata de una industria que ya en 2006 generaba más de 2500 millones de dólares al año con productos basados en propuestas, ideas e hipótesis, de las que el 95% se publican sin investigación que documente su efectividad (Norcross et al., 2000, citado en Held, 2002). Este fenómeno parece retroalimentarse a sí mismo, puesto que cada año va en aumento su expansión y

convierte a las personas en verdaderos adictos a sus productos e ideología.

Pese a que se ha tratado de distinguir esta pseudociencia de la psicología más académica, la Psicología de Autoayuda tiene una clara similitud con la Psicología Positiva (un campo ya académico de la disciplina). Así, la Psicología Positiva y la literatura de Autoayuda persiguen el mismo horizonte de bienestar, utilizan conceptos y caracterizaciones psicológicas muy parecidas para hablar, describir y explicar al individuo, y desarrollan técnicas y prácticas similares con el fin de que los sujetos actúen sobre sí mismos en busca de su propia felicidad (Cabanas y Huertas, 2014).

Ambas corrientes también comparten la ideología contemporánea de una visión extremadamente individualista de la felicidad, como un logro personal (Held, 2002), conseguible y manejable mediante el fomento del autocontrol, autoconocimiento, autodeterminación y autocultivo (Cabanas y Sánchez, 2012). Introducen la idea de una consecución de la felicidad, concibiéndola como salud mental, generando confusión entre ambos términos. Prometen que, a través de sus ejercicios, basados en la autenticidad, el florecimiento personal, el tratar de sentirse bien con uno mismo y el alejarse de la dependencia de otras personas, se podrá conseguir salud y aumentar el rendimiento escolar y profesional (Csikszentmihalyi y Hunter, 2003).

Al tiempo que se empoderan las emociones “positivas”, se empiezan a evitar las designadas como “negativas”, desarrollando intolerancia a todo lo que suponga bajo humor y tristeza, como si la condición natural fuera la euforia perpetua (Bruckner y Castejón, 2008). Se olvida que la tristeza, la rabia y la decepción son afectos negativos con efectos positivos: experiencias humanas naturales, en principio, con más funciones positivas adaptativas que negativas nocivas (González y Pérez, 2007).

Discusión sobre la Práctica Clínica actual

La postura que adoptan los profesionales de la salud mental está inmersa en una ideología y un modo de entender al individuo y la sociedad. Por un lado, el fenómeno de la “psicopatologización de la vida cotidiana” implica un desplazamiento de los problemas que antes se entendían como sociales hacia el individuo particular como protagonista. Es por ello por lo que en las consultas de los servicios especializados un gran número de demandas tienen un origen social (Ortiz et al., 2006): personas que acuden al psicólogo por problemas laborales, dificultades económicas, exclusión social, violencia o inmigración.

En la medida en que los problemas colectivos de malestar se convierten en un problema de salud individual, se retroalimenta una de las principales dinámicas de los tiempos actuales: la ruptura entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas (Bauman, 2018).

Voces críticas dentro de la disciplina como Ian Parker (2010), denuncian que la psicología estaría evitando que se piense en el origen del problema social, retirando el foco de los verdaderos responsables de tal problema. Por ejemplo, si alguien con síntomas de depresión, debido a unas condiciones laborales asfixiantes, es derivado por su médico al servicio de psicología clínica, y el psicólogo se “hace cargo” de

la situación, aceptándolo como un asunto en el que puede ayudar, ese psicólogo, evita, hasta cierto punto, que se dedique tiempo a trabajar en otra vía de resolución del problema, como podría ser mediante asociaciones sindicales. Se corre el riesgo, de que, por centrar la mirada en la forma de pensar y sentir del individuo, no se repare en los asuntos políticos y económicos que rodean ese sufrimiento psíquico. Por ello, se acusa a la psicología de tener un carácter disciplinario en la medida en que vigila y regula la individualidad, ayudando a que las personas sean capaces de adaptarse mejor a las injusticias sociales (Ortiz, 2016).

Por su parte, los esfuerzos de algunas ramas de la psicología por encajar en el modelo biomédico pueden limitar la comprensión de los pacientes acerca de las vivencias con las que llegan a consulta. El modelo biomédico fomenta una visión individualista sobre el sufrimiento humano, donde los síntomas y signos pasan a un primer plano (y así encajan en una categoría del DSM 5 o la CIE 11) y pierden relevancia el contexto social y cultural, los estilos de relación interpersonal y la dinámica familiar. Las categorías diagnósticas de los manuales médicos se antepone y desplazan a las formas tradicionales que cada cultura tenía para experimentar, evaluar y dar un significado al sufrimiento psíquico (Timimi, 2013).

La descripción expuesta permite reflexionar sobre posibles dinámicas que se podrían establecer durante la práctica de la psicoterapia actual:

Complicidad con la explotación laboral

En ocasiones, se puede reproducir en los espacios de psicoterapia la misma dinámica presente en la sociedad de rendimiento que impone a las personas que maximicen sus resultados. Esto ocurre si se crea un espacio psicoterapéutico cuyo principio es que un experto conocedor de determinadas técnicas pide a los pacientes que realicen ejercicios, exposiciones, autorregistros..., con la finalidad de ayudarles a solucionar el problema por el que vienen. Lo cual dificultaría que el paciente se pare a pensar en qué está detrás de su malestar, priorizando el cese de su sufrimiento debido a los síntomas, que no son más que la punta del iceberg.

Si el camino propuesto por el psicólogo está lleno de más exigencias, de más acción, de más ejercicios y de un “no parar”, la persona se mantiene en la acción y enfocada a “conseguir sus metas” hasta que olvida lo que le provocaba la insatisfacción.

En el momento en que un sujeto empieza a sufrir síntomas (e.g. de depresión, de déficit de atención o de burnout), se le deriva a un engranaje más de la maquinaria capitalista: los “expertos” en lo mental. Parker (2010), sostiene que en ocasiones los psicólogos contribuyen a retener a las personas en sus puestos de producción, pasando por alto las problemáticas de explotación y opresión. Esto convierte a los psicólogos en un instrumento más al servicio del sistema capitalista, capaces de maximizar el rendimiento de las personas, pues poseen el conocimiento médico y las técnicas para eliminar la negatividad de la vida, y así salvaguardar el proceso de aceleración postmoderno (Han, 2017).

Culpabilización de los individuos

La concepción contemporánea de salud transmitiría la idea de que se le debe también a la salud mental un cuidado y atención constantes, y que el hecho de que uno no se sienta bien es quizás por no haber seguido las pautas y rutinas que los “expertos psicólogos” asesoran y promocionan (Castiel et al., 2010).

La psicología positiva y de autoayuda, tan extendidas en la actualidad, transmiten en sus mensajes una presión para acercarse a la actitud positiva y olvidar lo saludable de la negativa; y su intento por rechazar las emociones desagradables, puede estar contribuyendo a cierta forma de infelicidad: las personas pueden sentirse culpables o defectuosas por no conseguir sentirse bien (Held, 2002). A medida que crece la presión para estar alegre en todas las ocasiones entendemos que sentirse mal no sólo es patológico, sino socialmente inaceptable.

Cuando se utiliza la psicoterapia en casos en que el paciente está ante situaciones sociales difíciles (desempleo, pobreza, exclusión social...), esta puede resultar ineficaz, puesto que en ningún caso va a poder cambiar la situación social, pero además, se corre el riesgo de atribuir únicamente al individuo la responsabilidad de su malestar si se le transmite un locus de control interno de sus síntomas, pudiendo hacerle sentir incapaz y culpable (Castiel et al., 2010).

La sensación de ser libre para convertirse en lo que uno quiera, o sentirse como uno desee, en caso de no conseguirse, puede conducir a un destructivo reproche de sí mismo y a la autoagresión. La sociedad del rendimiento genera que las personas que no hayan conseguido por sus propios medios alcanzar el modelo de felicidad tengan la sensación de haber fracasado. El individuo autoexplotado y quemado es a la vez verdugo y víctima. Se deprime cuando ya no puede seguir el mandato de poder más. Esta depresión, en un primer momento consistiría en cansancio, pero la sensación de incompetencia terminaría por llevar a la autoagresión, pues la persona no puede aceptar tal golpe a su dignidad personal, ni reprochar a nadie más que a sí mismo el fracaso.

Para Bauman y Dessel (2014), la sociedad postmoderna, dominada por la confianza en la ciencia y la técnica para resolver los dilemas de cada sujeto, más allá de ser una dinámica al servicio de intereses capitalistas, se trataría del reverso de la pulsión de muerte freudiana. Así, la anomia social y el abandono de las restricciones socialmente impuestas, lejos de redundar en un aumento de la libertad individual, lo que habría conseguido es mayor sentimiento de vulnerabilidad, indefensión y la esclavización a los instintos en cada individuo. Estos autores comentan: “junto con una mayor entrega a su deseo de gratificación instantánea y a los fugaces placeres de los sentidos, gana terreno su propensión a autodestruirse”.

Se ha argumentado que este tipo de depresiones generadas por la autoexplotación a la que se somete el individuo postmoderno, unida a la presión y el miedo al fracaso por no poder rendir lo suficiente, podría ser la causa de los altos índices de suicidio en las sociedades más desarrolladas y con mejores índices de calidad de vida (González, 2019). Así, los individuos autoesclavizados tras el mensaje

“nada es imposible” serían conducidos a través de la depresión hasta el mensaje “nada es posible”.

Disminución del capital social

En la medida en que se transmite la idea de que la persona tiene opciones para sentirse bien, que en teoría sería libre de “adquirir/comprar” (libros, cursos, técnicas, charlas), se le hace responsable de sus emociones a la vez de que se corre el riesgo de dejarle solo con su sufrimiento. Si ser feliz es una oportunidad que depende de lo que la persona haga, de que no necesita a los demás para conseguirlo, o de que “la verdadera felicidad está en el interior de uno mismo”, el sujeto puede alejarse de otros. Al descontextualizar la problemática que le ha llevado a sufrir y centrando la atención en si se siente “bien o mal”, puede minimizarse la importancia de las redes de apoyo familiares y comunitarias. Tratar de buscar la independencia emocional puede dañar los lazos sociales y dificultar el establecimiento natural de relaciones y comunidades salutógenas (Szapocznik y Prado, 2007).

La psicología contemporánea puede pecar de someterse a las fuerzas sociales que imbrican la cultura postmoderna y proseguir fomentando la soledad del individuo. En el exceso de actuación, de técnicas, de mandatos y consejos, los terapeutas pueden perder el don de la escucha; el de ellos mismos como terapeutas, pero también el de la comunidad del individuo, contribuyendo así a su desaparición (Han, 2017). En ocasiones se establece una relación de dependencia con el terapeuta, que debilita aspectos naturales salutógenos del individuo (Crown, 1983). Cuanto más tiempo pase la persona en terapia, más se contribuye al debilitamiento de las redes tradicionales de contención: el paciente ya no tiene que compartir y pensar con los suyos su malestar porque ya le escucha “un experto” (Boisvert y Faust, 2002).

No hay que perder de vista la importancia de examinar si el propio proceso terapéutico está siendo salutógeno o iatrogénico, en tanto en cuanto esté interrumpiendo procesos naturales de la persona. Por ello es tan importante que el terapeuta revise el propio proceso de terapia mediante supervisión y análisis del terapeuta o analista.

Conclusiones y Alternativas

Es importante reconocer las fuerzas sociopolíticas a las que está sometida la disciplina de la Psicología y guían su devenir. Se ha examinado cómo el pensamiento postmoderno está fundamentado en valores neoliberales y capitalistas que fomentan el individualismo, a la vez que de forma insidiosa afectan a principios básicos de la psicología: no dañar al paciente, aislarle o culpabilizarle. Reflexionar acerca del propósito verdadero del trabajo psicoterapéutico permite no perder la capacidad de autocritica y autogestión, lo cual sería la peor situación para colocarse delante del paciente (Safran y Muran, 2003).

En este texto se hace hincapié en un modelo psicoterapéutico que integre las esferas psicológica, filosófica, social y biológica, como influyentes en el individuo

y su desarrollo. Como comentan Holmes y Slade (2019), el concepto de neuroplasticidad puede abrir una puerta a la reversibilidad de los procesos de desarrollo neuronal alterados desde la infancia en relación a procesos adversos, asociados al entorno psicológico y social. Estos autores describen que existen periodos sensibles durante el proceso de desarrollo que implican mayor nivel de neuroplasticidad, algo que ocurre durante la psicoterapia. Utilizan el concepto de “sincronía bioconductual” para referirse al acompañamiento que se genera entre dos personas (entre progenitor e hijo, y también entre paciente y terapeuta), y que da lugar a un apego seguro. Así, la psicoterapia basada en la Teoría del Apego entrañaría la reactivación de un periodo sensible para restablecer la sincronía bioconductual, algo que incluiría las cuatro esferas comentadas a lo largo del artículo.

Otros autores también han planteado un modelo integrativo para poder comprender la mente humana atendiendo a una perspectiva biopsicosocial, como es el caso de Siegel (2016), que hace referencia al concepto de “la neurobiología del nosotros”. Comenta el autor que tanto los genes como la experiencia conforman la estructura del cerebro y que las relaciones con los otros en nuestro contexto social pueden modular esta.

Estas perspectivas apoyan la idea de tener en cuenta el contexto interpersonal en el espacio terapéutico, más allá de una psicoterapia basada únicamente en técnicas que individualicen el malestar del paciente.

Poder pensar en la posición de la psicología como una disciplina al servicio del capitalismo permite ser conscientes de ello para no reproducir conductas opresivas sobre el paciente en el espacio terapéutico. En este sentido, González y Pérez, (2007), citan en su libro a Young: “la patología psicológica de un individuo, el microcosmos, refleja la patología moral de la sociedad, el macrocosmos social”. Al fomentar que el espacio de terapia permita al paciente plantear y descubrir el yugo que aprieta su cuello se está atendiendo a las verdaderas necesidades de la persona bajo sus síntomas. De la misma manera, la terapia se alejaría de las necesidades corporativistas de una estructura capitalista.

En contra de fomentar el hiperindividualismo, el espacio terapéutico da la oportunidad de recordar a las personas que su salud mental no está reducida a la cantidad de felicidad que sean capaces de experimentar, que la misma también depende de aspectos sociales y colectivos. Asimismo, puede atender la falacia de la libertad postmoderna, como nueva forma de opresión que en muchas ocasiones está siendo generadora de su sufrimiento (Žižek y Rodríguez, 2010).

Cuando los psicólogos intentan que su trabajo también sea conceptualizado dentro del paradigma científico-tecnológico, se concibe, entre ellos y sus pacientes, un modelo de experto-consumidor. Los ciudadanos buscan comprar el alivio del sufrimiento inherente a la vida misma, mientras que el profesional se posiciona como un médico conecedor de la solución al problema de la persona; una solución que además se basa supuestamente en conocimientos científicos. Lo cual fomenta una relación tan desigual que puede dañar su carácter interpersonal (Radden,

2009), debilitando la alianza terapéutica, autoestima y locus de control interno del paciente, en detrimento de un contexto que promueva el empoderamiento de la persona que sufre (Bracken et al., 2012). En esta dinámica es más fácil que el terapeuta adquiera una posición paternalista que desconsidere al sujeto como capaz de su propio cuidado o se establezca una relación de dependencia. Para evitar las necesidades personales de los terapeutas como la omnipotencia, el apremio por dar una respuesta a los problemas de los pacientes o la vanidad propia que pueda hacer más frecuente que se establezca este tipo de relaciones, es necesario análisis y supervisión de los núcleos narcisistas.

En relación a la “psicopatologización de la vida”, existen modelos asistenciales desmedicalizadores para entender y afrontar el sufrimiento humano, como pueden ser las comunidades terapéuticas o los aportados desde una perspectiva humanista y social (citado en Ortiz, 2016). Muchas de las cuestiones supuestamente clínicas que se ven en la consulta tienen que ver más con problemas existenciales de libertad e indeterminación, que se tienen en tanto especie con pensamiento, y no con los niveles de serotonina (González y Pérez, 2007).

La psicoterapia, desde sus orígenes relacionados con la filosofía, ha sido un espacio dónde el paciente podía pararse a pensar y reflexionar. Sin embargo, el positivismo tecnológico actual lleva a la disciplina a fundamentar sus herramientas en técnicas de conducta, acción y movimiento. Se ha posicionado en el lado contrario, olvidándose de dar el sosiego contemplativo como corrección necesaria al carácter hiperactivo de la sociedad (Han, 2017). Es necesario apreciar la importancia del “no hacer”, de lo contrario, corre el riesgo de acercarse demasiado a la corriente de autoayuda y convertirse en una huida más hacia adelante.

Algunas corrientes que basan su terapia en fomentar la positividad ante las circunstancias adversas de la vida, no están teniendo en cuenta la congruencia del afecto con la realidad, es decir, es incongruente sentirse feliz ante una situación complicada en la vida. Esta concepción de la psicoterapia está relacionada, como se ha escrito previamente, con una práctica encubridora de la realidad y tapadera del malestar que, irónicamente, genera la sociedad del bienestar (Prieto-Ursúa, 2006). Estas corrientes crean el deber de ser feliz, patologizando los momentos de infelicidad, que son los que conducen a reflexionar sobre los problemas del mundo.

Evitar mirar y afrontar, no sólo la parte aversiva de la vida, sino la parte negativa de nosotros mismos, además de las implicaciones morales, puede suponer una disminución en nuestro nivel de conciencia (Held, 2002). Conocemos el mundo en tanto lo percibimos, y lo percibimos en tanto encontramos obstáculos. Uno no puede hablar de visión sin entender que lo que vemos es aquello que se opone y refleja la luz. No podemos hablar de vida sin hablar de obstáculos y problemas que nos mantienen activos para solucionarlos, que nos mantienen sufriendo para apreciar los momentos de calma. En este sentido, Han (2017), retoma la cita del filósofo Hegel: “la negatividad mantiene la existencia llena de vida”.

En definitiva, desde una perspectiva integradora que aúne conocimientos de

la psicología, la filosofía, la biología y la sociología, se considera que para que se cumpla el principio médico *primum non nocere*, se tornan importantes algunas actitudes en el psicoterapeuta. En primer lugar, guiarse por la ética de la ignorancia en el espacio terapéutico, esto es, admitir el desconocimiento acerca de si hay comportamientos, sentimientos o pensamientos “buenos o malos”, avisando, a la vez, de que tal valoración es reduccionista y peligrosa. En segundo lugar, reconocer las propias limitaciones y compartirlas con los pacientes. En tercer lugar, informar a las personas de los daños que puede tener el hecho de someterse a un tratamiento o seguimiento psicológico. Finalmente, tener en cuenta el principio de autonomía y ofrecer la posibilidad de decidir si se quiere participar en cada intervención propuesta. El objetivo final sería tratar de que, en todo momento, se construya una relación humana alejada de la mitificación médica (Gervás et al., 2012).

Referencias

- Álvarez, J. M. y Colina, F. (2012). Sustancia y fronteras de la enfermedad mental. En: M. Desviat y A. Moreno, (eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría* (pp. 137-149). AEN. <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenLaComunidad.pdf>
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2018). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. y Dessal, G. (2014). *El retorno del péndulo. Sobre psicoanálisis y el futuro del mundo líquido*. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U., Navarro, J., Jiménez, D. y Borrás, M. R. (2006). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Boisvert, C. M. y Faust, D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 244-259. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.244>
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M. R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, R., Martindale, B., Middleton, H., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>
- Bruckner, P. y Castejón, E. (2008). *La euforia perpetua: Sobre el deber de ser feliz*. Tusquets Editores.
- Cabanas, E. y Huertas, J. A. (2014). Psicología positiva y psicología popular de la autoayuda: Un romance histórico, psicológico y cultural. *Anales de Psicología*, 30(3), 852-864. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.169241>
- Cabanas, E. y Sánchez, J. C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del psicólogo*, 33(3), 172-182. Recuperado el 10 de marzo de 2020 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2136.pdf>
- Castiel, L. D., Álvarez-Dardet, C. y Martinovich, V. (2010). *La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad*. Lugar Ed.
- Crown, S. (1983). Contraindications and dangers of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 143(5), 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.143.5.436>
- Csikszentmihalyi, M., Hunter, J. (2003). Happiness in Everyday Life: The Uses of Experience Sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185-199. <https://doi.org/10.1023/A:1024409732742>
- Durkheim, E. y Simpson, G. (1996). *Suicide, a study in sociology*. Free Press.
- Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. Siglo XXI (Trabajo original publicado en 1976)
- Frey, D. H. (2005). Level of Care, Therapy mode and Iatrogenesis in mental health. En R. F. Morgan (ed.), *The iatrogenics handbook: A critical look at research and practice in the helping professions*. Morgan Foundation Publishers.
- Gervás, J., Gavilán, E. y Jiménez, L. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*, 8(6), 312-7. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994

- González, J. A. (2019). El suicidio como resistencia política: el mundo del empresario del yo. *Revista Eleuthera*, 21, 51-65.
- González, P. y Álvarez, M. P. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza.
- Han, B. C. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder.
- Han, B. C. (2017). *La sociedad del cansancio: Segunda edición ampliada*. Herder.
- Held, B. S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 965-991. <https://doi.org/10.1002/jclp.10093>
- Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. Desclée de Brouwer
- Illich, I. (2015). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Facsimile Publisher.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5(2), 47-53. <http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>
- Mckenzie, K. (2008). Urbanization, social capital and mental health. *Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development*, 8(3), 359-377. <https://doi.org/10.1177/1468018108095633>
- Moynihan, R. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering * Commentary: Medicalization of risk factors. *BMJ*, 324(7342), 886-891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Ortiz, A. (2016). *Hacia una psiquiatría crítica: Excesos y alternativas en salud mental*. Grupo 5.
- Ortiz, A., González, R. y Rodríguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38(10), 563-569. <https://doi.org/10.1157/13095928>
- Parker, I. (2010). *La psicología como ideología contra la disciplina*. Los Libros de la Catarata.
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología Positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17(3), 319-338. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742006000300007&lng=es&tlng=es
- Radden, J. (2009). Thinking about the repair manual: technique and technology in psychiatry. En J. Philips (ed.), *Philosophical perspectives on technology and psychiatry* (pp. 263-278). Oxford University Press.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Siegel, D. (2016). *Neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Editorial Eleutheria.
- Summerfield, D. (2012). Afterword: Against “global mental health”. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 519-530. <https://doi.org/10.1177/1363461512454701>
- Szapocznik, J. y Prado, G. (2007). Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: A recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 468-478. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.468>
- Tew, J. (2011). *Social approaches to mental distress*. Red Globe
- Thomas, P. y Bracken, P. (2004). Critical psychiatry in practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 361-370. <https://doi.org/10.1192/apt.10.5.361>
- Timimi, S. (2013). No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (Capsid). *Self & Society*, 40(4), 6-14. <https://doi.org/10.1080/03060497.2013.11084297>
- Žižek, S. (2016). *Problemas en el paraíso; del fin de la historia al fin del capitalismo*. Anagrama.
- Žižek, S. y Rodríguez, F. (2010). *Cómo leer a Lacan*. Paidós.

LA SOLEDAD EN LA ALTA CAPACIDAD INTELLECTUAL: FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

LONELINESS IN GIFTEDNESS: RISK FACTORS AND COPING STRATEGIES

María Isabel Gómez-León

Universidad Internacional de La Rioja. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7466-5441>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez-León, M. I. (2020). La soledad en la alta capacidad intelectual: Factores de riesgo y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 297-311. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.364>

Resumen

Los niños y adolescentes con alta capacidad intelectual (ACI) presentan una serie de características y necesidades únicas que en ocasiones son difícilmente comprendidas y toleradas por el resto, por lo que a menudo se enfrentan a situaciones de soledad física o compartida con graves repercusiones en la salud física y mental. Las investigaciones sugieren que si la ACI no se desarrolla en un contexto socioafectivo adecuado desde la infancia estos niños y adolescentes podrían estar en riesgo con respecto a la salud mental para poder convertirse en adultos sanos en un aspecto biopsicosocial. El objetivo de este artículo es describir algunos de los posibles factores de riesgo que hacen que los niños y adolescentes con ACI sean especialmente vulnerables a experimentar el aislamiento físico, social y/o psicológico, así como las estrategias de afrontamiento más comúnmente utilizadas por ellos para intentar superar estas situaciones de estrés. Los resultados señalan como principales factores de riesgo la disincronía y complejidad cognitiva con respecto a sus iguales, patrones de amistad diferentes y una mayor conectividad dentro del sistema de mentalización. Las estrategias de afrontamiento social más utilizadas por esta población en respuesta a la percepción de los efectos sociales negativos son negar el talento, minimizar la popularidad y la conformidad con los demás.

Palabras clave: altas capacidades, soledad, exclusión social, estrategias de afrontamiento, desarrollo socioemocional.

Abstract

Gifted children and teenagers have a series of unique characteristics and needs that are sometimes difficult to understand and tolerate for others, so they often face situations of physical or shared loneliness with serious repercussions on physical and mental health. The research found that if giftedness does not develop in an appropriate socio-affective context since childhood these children and adolescents may be at risk with respect to mental health to become healthy adults in a biopsychosocial aspect. The aim of this article is to describe some of the possible risk factors that make gifted children and adolescents especially vulnerable to experiencing physical, social and / or psychological isolation, as well as the coping strategies most commonly used by them to try to overcome these stress situations. The results suggest as main risk factors the dyssynchrony and cognitive complexity with respect to their peers, different friendship patterns and greater connectivity within the mentalization system. The most commonly used social coping strategies in response to the perception of negative social effects are denying talent, minimizing popularity and the conformity with the others.

Keywords: giftedness, loneliness, social exclusion, coping strategies, socio-emotional development.

Fecha de recepción v1: 3-3-2020. Fecha de recepción v2: 9-4-2020. Fecha de aceptación: 25-8-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mabelgomezleon@gmail.com

Dirección postal: M. Isabel Gómez León. C/Rosa Montero 4 esc.B 1ªA -28903- Getafe (Madrid). España

© 2020 Revista de Psicoterapia



A pesar de que la alta capacidad intelectual (ACI) puede ser definida como una elevada eficiencia en tareas intelectuales, creativas y/o artísticas (Gómez-León, 2019), numerosos estudios han señalado que las personas con ACI pueden representar un grupo de riesgo para padecer estrés psicosocial, aislamiento, incumplimiento de posibles logros, depresión e incluso suicidio (Cavilla, 2019; Cross y Cross, 2015; Karpinski et al., 2018).

La ACI implica una serie de características personales, biológicas, cognitivas y emocionales, que si no se desarrollan en un entorno sociocultural adecuado pueden llevar a la aparición de problemas en el ámbito personal, social y académico (Eren et al., 2018). Los niños y adolescentes con ACI no sólo parecen mostrar una mejor empatía y una mayor preocupación por las injusticias y los problemas del mundo que les rodea, sino que además han sido definidos en numerosas ocasiones como más sensibles e intensos emocionalmente (Espelage y King, 2018; Freeman, 2005; Pfeiffer, 2018). Estas características que podrían actuar como factores de protección ante las adversidades y favorecer un desarrollo socioemocional promedio o superior (Baudson, 2016; Gómez-Pérez et al., 2014; Lee et al., 2012) también podrían suponer una mayor vulnerabilidad a experimentar la soledad física o existencial (Guthrie, 2019; Rinn, 2018; Shechtman y Silektor, 2012). La manera única que tienen estos niños y adolescentes de ver, sentir y procesar el mundo que les rodea no siempre es bien aceptada o comprendida por su entorno por lo que a menudo se enfrentan a un desafío constante, enmascarar aquello que les hace ser diferentes o enfrentarse a la soledad (Cross et al., 2019; Pfeiffer, 2018). A consecuencia de ello un número significativo de niños y adolescentes con ACI podría presentar problemas psicológicos dolorosos, preocupantes y a menudo debilitantes (Guthrie, 2019; Rinn, 2018; Shechtman y Silektor, 2012).

El no poder satisfacer adecuadamente las necesidades básicas de interacción social y comprometer el sentimiento de pertenencia al grupo puede tener graves consecuencias no solo en el desarrollo fisiológico, cognitivo y socioemocional (Cavilla, 2019; Cross y Cross, 2015) sino también en el académico. Se ha demostrado que los estudiantes con ACI socialmente aislados tienen calificaciones significativamente más bajas, una mayor probabilidad de abandonar sus estudios (Cavilla, 2019; Stadtfeld et al., 2019) y una menor capacidad para alcanzar su máximo potencial (Reis y Renzulli, 2004). Sin embargo, se ha comprobado que cuando el entorno social y educativo responde a las necesidades afectivas y cognitivas de estos estudiantes la adaptación académica y social no difiere de la de sus compañeros de capacidad intelectual promedio (Reis & Renzulli, 2004). Estos hallazgos subrayan la importancia de comprender la dinámica de las redes sociales en esta población con el fin de poder crear entornos educativos favorables al desarrollo de relaciones sociales positivas.

El objetivo de este trabajo es identificar y describir algunos de los factores de riesgo que hacen que los niños y adolescentes con ACI sean especialmente vulnerables a experimentar la soledad física, social y/o psicológica, así como las

estrategias de afrontamiento más utilizadas por esta población para conseguir la aceptación social y evitar los efectos nocivos de este aislamiento.

Método

La presente revisión bibliográfica se realizó a través de las bases de datos Pubmed, Scopus, Web of Science y Google Scholar. Principalmente se utilizaron las palabras clave “gifted*” AND “children” OR “teen*” OR “loneliness” OR “emotional development” OR “social development” OR “emotional disorder” OR “social exclusion” OR “friendship” OR “coping strategies” sin restricción idiomática. En una primera fase fueron incluidos aquellos artículos originales o de revisión publicados en los últimos 5 años en los que se relacionaran a través del título o del resumen la ACI con la soledad, la exclusión social, el desarrollo socioemocional, algún tipo de trastorno emocional o las amistades. Se incluyeron artículos que abordaran los términos anteriormente descritos desde la infancia hasta la adolescencia, tanto desde una perspectiva transversal como longitudinal y en los diferentes perfiles de la ACI (lógico-deductivo y/o divergente-creativo). Fueron excluidos aquellos artículos que no abordaran la soledad física, social y/o psicológica durante el desarrollo socioemocional del niño y del adolescente con ACI de una manera directa y aquellos centrados exclusivamente en sujetos adultos. Tras un análisis en profundidad se realizaron búsquedas indirectas de los autores más citados o de aquellos que presentasen datos relevantes o novedosos para la elaboración del trabajo.

Resultados

De los trabajos seleccionados el 58% aborda directamente las características psicológicas y ambientales que pueden suponer un factor de riesgo para experimentar la soledad en los niños y adolescentes con ACI, el 25% describe estudios sobre las estrategias de afrontamiento más comúnmente utilizadas por esta población para hacer frente al estrés psicológico y social y el 17% restante hace referencia a los mecanismos neurobiológicos que subyacen a las experiencias de exclusión social en los niños y adolescentes con ACI como posible causa de una mayor vulnerabilidad a padecer un mayor número de experiencias negativas y con peores consecuencias para la salud física y mental.

Relaciones sociales en los niños con ACI

La literatura muestra que a pesar de que encontrar un amigo es a menudo una prioridad para los niños con ACI éstos no siempre consiguen satisfacer esta necesidad (Shore et al., 2018). Algunos estudios señalan como causa las disincronías existentes entre su edad mental y la de sus pares de igual o semejante edad cronológica (Cavilla, 2019). En la edad en la que los niños de capacidad promedio buscan compañeros de juego los niños con ACI buscan amigos con los que poder desarrollar relaciones estrechas y de confianza, sin embargo, los niños mayores

suelen desplazarlos físicamente, por lo que se ven obligados a intentar adaptarse a los juegos de sus compañeros de igual edad o a no jugar (Cross y Cross, 2015).

A menudo disfrutan manteniendo conversaciones con los adultos y muestran un interés desmedido por la lectura, ya que ésta les permite profundizar sobre sus áreas de interés a su propio ritmo y sin riesgos, en estas ocasiones pueden ser selectivamente solitarios (Terrassier, 2009). En otras ocasiones se convierten en individuos solitarios porque el entorno no les ha proporcionado oportunidades suficientes para poder practicar las habilidades interpersonales necesarias para el desarrollo de las relaciones de amistad (Shechtman y Silektor, 2012).

La soledad compartida en la ACI

Diversos autores señalan que sentirse fuera del lugar es la experiencia principal de los niños con ACI incluso cuando son populares entre sus iguales (Ogurlu et al., 2018; Pfeiffer, 2018; Shechtman et al., 2012). Por lo que una de las peores experiencias que puede vivir un niño con ACI no es estar completamente solo, sino que la gente que le rodea le haga sentir esa soledad.

La complejidad cognitiva y ciertos rasgos de personalidad de estos niños crean una conciencia y unas experiencias únicas que los separan de los demás (King et al., 2019). Desde una edad muy temprana la atención de estos niños se centra más en la abstracción y la complejidad de su pensamiento que en los aspectos superficiales de las cosas. Cognitivamente no sólo perciben un mayor número de detalles, sino que además hacen un mayor número de asociaciones complejas y novedosas, su pensamiento está dotado de una mayor flexibilidad, son creativos, imaginativos e intuitivos (Gómez-León, 2019). En la esfera socioemocional son más sensibles, experimentan emociones fuertes (Guthrie, 2019), presentan una mayor empatía y una nítida conciencia de las incoherencias e injusticias del mundo que les rodea, están más preocupados por resolver los problemas que por hablar de ellos, pero al mismo tiempo son conscientes de las limitaciones personales para cambiar la situación (Pfeiffer, 2018). Se ha señalado que estos pensamientos en un niño de 10, 12 o 15 años pueden preceder al suicidio (Higgins-Biss, 2009).

Cuando estos niños intentan compartir sus pensamientos y preocupaciones existenciales generalmente se encuentran con reacciones que van desde la perplejidad hasta la hostilidad, el simple hecho de plantear preguntas hace que otros se retiren o las rechacen (Cross y Cross, 2015). Pronto descubren que sus preocupaciones no son compartidas por el resto y que la mayoría de sus compañeros se centran más en cuestiones concretas y en adaptarse a las expectativas de los demás. Ni siquiera su humor, elaborado, poco convencional y en ocasiones estafalario, es bien comprendido o aceptado por el resto (Higgins-Biss, 2009) lo que les hace sentirse diferentes a sus pares desde una temprana edad. El no poder compartir o expresar lo que sienten, viven o les preocupa puede llegar a generarles una tensión interna constante con importantes repercusiones en su desarrollo. Este estado de estrés continuo puede provocar agotamiento físico y mental conduciendo a la retirada,

la desesperanza y la inactividad e inhibiendo las capacidades cognitivas que les permitirían el desarrollo de su potencial intelectual (Haberlin, 2015).

Algunos trabajos revelan que para muchos adolescentes con ACI los sentimientos de diferencia generados en la infancia continúan o aumentan, con los consecuentes problemas interpersonales, emocionales y de adaptación que esto conlleva (Gómez-Pérez et al., 2014).

Relaciones sociales en el adolescente con ACI

Algunos estudios exponen que para facilitar tanto el aprendizaje como las amistades de los adolescentes con ACI es beneficioso formar un grupo con las mismas o semejantes capacidades cognitivas (Hertberg-Davis y Callahan, 2008; Mackintosh, 2004). Sin embargo, otros estudios muestran que la preferencia de estos adolescentes por personas de unas características determinadas u otras depende del contexto en el que se encuentren o de la actividad a la que se dediquen (Mackintosh, 2004). Cuando dedican su tiempo a un área de interés determinado pueden preferir la privacidad o la compañía de expertos que compartan el mismo interés. Pero para los estudiantes de ACI de secundaria la capacidad intelectual no es una de sus principales preocupaciones en las amistades y para los universitarios es la última de entre ocho criterios (Chichekian y Shore, 2017). Las variables socioemocionales están por encima de cualquier otra variable, por lo que se ha sugerido que los intereses compartidos y los niveles de capacidad pueden no ser fines en sí mismos sino más bien medios para lograr resultados socio-emocionales cuando se trata de amistades (Chichekian y Shore, 2017).

Cuando se estudia la naturaleza de las relaciones de los adolescentes y universitarios con ACI se observa que estos alumnos no son necesariamente inferiores en cuanto a las puntuaciones de calidad de amistad que los de capacidad promedio, pero puede haber más heterogeneidad en sus amistades, es decir, sus patrones de amistad pueden ser diferentes, pero no disfuncionales (French et al., 2011). Estos estudiantes están abiertos a sostener puntos de vista opuestos con sus amigos, aceptan el desacuerdo como algo positivo, estimulante y enriquecedor y les dan menos importancia a los conflictos. Están más dispuestos a modificar su posición y temen en menor medida que esta rivalidad amistosa les haga perder las amistades que valoran y que quieren cultivar. Los alumnos con capacidad promedio, sin embargo, evitan el conflicto más abiertamente y prefieren amistades en las que predomine el compañerismo y la cercanía, por lo que sus amistades son más homogéneas (Chichekian y Shore, 2017, Schneider et al., 2005).

Estos estudios muestran que un posible factor de riesgo para experimentar la soledad física o psicológica durante la adolescencia podría ser el que las amistades sean definidas y experimentadas de manera diferente, los adolescentes con ACI se centran más en el contenido que en la persona, lo que puede ser mal comprendido por algunos compañeros y reducir las posibilidades de desarrollar amistades.

Razonamiento moral y comportamiento moral en la ACI

Hay evidencia de que no existe una correlación entre el razonamiento moral de los adolescentes con ACI y el comportamiento moral (Cavilla, 2019), aunque los grupos con ACI alcanzan niveles más altos de razonamiento y juicio moral, así como de adaptabilidad (flexibilidad y resolución de problemas), obtienen puntuaciones significativamente más bajas en el manejo del estrés y la capacidad de control de la ira y de impulsos (Cavilla, 2019). Por lo que la tendencia de estos estudiantes a ser más perceptivos, sensibles, reactivos e intensos emocionalmente (Freeman, 2005) puede generar respuestas emocionales igualmente intensas con respecto a la forma en la que son tratados pudiendo experimentar una variedad de comportamientos como la impulsividad, la agresión, la retirada, o la evitación de la sensación (Jumper, 2019).

El tener una mejor comprensión de las sutilezas o matices comunicativos y, al mismo tiempo, tener respuestas emocionales más intensas, no sólo hace que sean más vulnerables a la crítica, sino que también contribuye a que vivan las situaciones de intimidación y acoso con una mayor profundidad que sus compañeros sin ACI. De esta manera se ha documentado que el riesgo de ideación suicida y los problemas de comportamiento e internalización son mayores (Cross y Cross, 2015; Espelage y King, 2018) por lo que las consecuencias del acoso escolar en estos estudiantes son más graves (Klomek et al., 2010).

La red de la exclusión social en la ACI

Las experiencias de rechazo o exclusión social se han descrito como experiencias tan dolorosas y desagradables como el dolor físico o la muerte de un ser querido, de hecho, parte de los circuitos y estructuras que intervienen en el procesamiento de dichas experiencias son los mismos (Eisenberger, 2012). Dos de las estructuras más fuertemente implicadas son la corteza cingulada anterior (CCA), que permite la supervisión, planificación y flexibilización de la conducta en función de las demandas del entorno y la ínsula anterior (IA) que interviene en la experiencia subjetiva emocional.

Se ha hallado que existe una correspondencia directa entre la intensidad del dolor desagradable, tanto cuando es físico como cuando es causado por la exclusión social, y la actividad de la CCA dorsal (DACD) y la (IA). Desde una perspectiva evolutiva, esta actividad demuestra la importancia del aislamiento y la exclusión social en los humanos como amenaza para el bienestar y la supervivencia. La sensación de aislamiento social no sólo aumenta la motivación para conectarse con otros, sino que también produce una hipervigilancia implícita (no consciente) y un aumento de la actividad simpática en busca de amenazas sociales. Cuando el rechazo se produce por un ser querido y, por lo tanto, resulta más dolorosa subjetivamente, no sólo se produce una mayor activación en la CCAD y la IA, sino también en estructuras relacionadas con el componente sensorial del dolor (cortezas somatosensoriales secundarias e ínsula posterior), estructuras, estas últimas, que

sin embargo no se activan ante el fallecimiento de un ser querido, pudiendo indicar que están más asociadas con la devaluación realizada por otros sobre la persona que con la pérdida en sí. La activación de esta estructura también ha sido asociada a los sentimientos que se generan cuando se está siendo objeto de una devaluación social y ante la retroalimentación y autoevaluación negativa en situaciones sociales, incluso ante señales de rechazo sutiles que no necesariamente deberían de provocar sentimientos de dolor social (Eisenberger, 2012).

Estos datos son especialmente relevantes en el caso de los niños con ACI ya que se ha mostrado que éstos hacen un mayor uso de la CCA a una edad más temprana, y muestran un mayor número de conexiones en esta área, que sus iguales de capacidad promedio (Buttelmann y Karbach, 2017). Una mayor activación de la CCA a través de sus conexiones con los núcleos accumbens (centros de recompensa) permitiría una mayor adaptación a las demandas del entorno y un incremento de la motivación en conductas de acercamiento social, lo cual favorecería las relaciones interpersonales. Sin embargo, también podría contribuir a un mayor almacenamiento y recuperación de las experiencias dolorosas a través de su conexión con la amígdala (Yu et al., 2008). Lo que explicaría no solo el por qué estos niños son más vulnerables al rechazo social sino también el por qué tiene peores consecuencias físicas y psicológicas (Jumper, 2019).

La red de la mentalización en la ACI

La exclusión social también modula la conectividad funcional de las redes cerebrales involucradas en la mentalización o la comprensión de los estados mentales de los demás, en concreto, la corteza prefrontal medial dorsal y ventral (CPFm), el precuneus y la unión temporo-parietal bilateral (Schmälzle et al., 2017). La actividad de estas áreas se incrementa durante la exclusión, respecto a la inclusión, y funcionalmente ayuda a comprender lo que piensan y sienten otras personas. Esta red se superpone con la red de modo predeterminado (RMP), una red que se activa cuando las personas se dedican a tareas enfocadas internamente proporcionando información de las experiencias previas y de las posibles perspectivas, lo que permite tener una visión del futuro. Este sistema se considera un componente básico de la simulación mental y la interacción social (Gotlieb et al., 2016). Funcionalmente esta activación ayuda a reflexionar sobre los motivos y las intenciones que llevan a los otros a la exclusión y las consecuencias que puede tener a nivel personal y social. Se ha comprobado, además, que los sujetos que muestran a priori redes de amistad menos densas presentan una mayor activación en la conexión de ambas áreas, dolor social e intento de comprender e interpretar lo que piensan o sienten las personas que les excluyen para dar sentido a la situación (Schmälzle et al., 2017).

La conexión entre la RMP y la red ejecutiva, que participa en el control y la regulación mental, es mayor, y funcionalmente comienza a una edad más temprana, en los niños con ACI (Walker y Shore, 2011). Un mayor número de conexiones en la RMP les permite comprender e integrar diferentes perspectivas y asociar

más fácilmente cualquier contenido con propósitos de mayor relevancia personal y social. Lo que explica el que estos niños tiendan a inferir otros estados mentales con mayor precisión que sus iguales de capacidad promedio proporcionándoles una base de información más completa y compleja de la que extraer estas conclusiones (Gotlieb et al., 2016).

La mejor comprensión tanto del propio mundo mental como de los pensamientos, creencias e intenciones de los otros en los niños con ACI está relacionada con la Teoría de la Mente y precede a la empatía que, además, implica la capacidad de reconocer y de entender las emociones de los otros independientemente de las nuestras (Walker y Shore, 2011). Muchas de las características propias de la ACI, un lenguaje precoz, una mayor flexibilidad mental, habilidad metacognitiva, nivel de alerta y atención, sensibilidad emocional, pensamiento moral de alto nivel, y alta conciencia de sí mismo, por nombrar algunas, pueden ser consideradas aspectos importantes de la Teoría de la Mente y de una interacción social más competente.

Sin embargo, cuando los matices o las sutilezas comunicativas que captan del entorno son interpretados como una devaluación, una amenaza y/o una exclusión, pueden ser más vulnerables a procesar la información con un mayor grado de implicación personal y afectiva. Estos sujetos pueden dedicar un tiempo considerablemente mayor a intentar evaluar y comprender los motivos que les ha llevado a la exclusión, pudiéndoles llevar a la rumia o a la preocupación excesiva que acompaña a determinados trastornos psicológicos como la depresión o la ansiedad (Eren et al., 2018).

Aislamiento social y salud en la ACI

Muchas investigaciones han demostrado vínculos entre el aislamiento social y la salud, aquellos sujetos que tienen menos vínculos sociales o mayor aislamiento social percibido tienen un mayor riesgo de mortalidad y una mayor incidencia de problemas de salud física, como la enfermedad coronaria y algunos tipos de cáncer y de salud mental como la depresión y el estrés. Es importante destacar que la asociación entre la soledad y la mortalidad no se explica por las características objetivas de las relaciones sociales (e.g., estado civil) o por los comportamientos de salud, sino por la experiencia subjetiva de soledad o aislamiento social (Cacioppo y Cacioppo, 2014).

Algunos autores señalan que la hipersensibilidad característica de las personas con ACI hacia los eventos ambientales internos y / o externos podría ser la causa de la mayor prevalencia de trastornos psicológicos y fisiológicos observados en esta población frente a la de capacidad intelectual media (Karpinski et al., 2018). La rumia y la preocupación que acompañan a una mayor conciencia social e interpersonal pueden contribuir a una activación simpática continua con un patrón crónico de respuestas de lucha, huida o congelamiento provocando una cascada de eventos inmunológicos. En este sentido existe evidencia empírica de que los trastornos del estado de ánimo están asociados con la desregulación inmune (Padgett

y Glaser, 2003).

De la misma manera, la percepción o la presencia de apoyo social parece reducir el dolor físico y la actividad neuronal relacionada con el dolor (en el DACC y AI). Una primera línea de evidencia muestra cómo los opiáceos destinados a mejorar el dolor físico severo reducen los comportamientos asociados con la angustia de separación social. Además, tanto la DACC como la IA son unas de las estructuras con mayores densidades de receptores mu-opioides en el sistema nervioso central.

Estrategias de afrontamiento sociales adaptativas-funcionales ante situaciones de estrés en la ACI

El niño o el adolescente con ACI no tiene por qué ser necesariamente solitario en el contexto de la escuela o amistades (French et al., 2011), cuando son aceptados, respetados e integrados socialmente disfrutan a través de la relación social con otras personas, pueden asumir roles de líderes con facilidad y desarrollan una elevada autoestima (Gotlieb et al., 2016; Guy et al., 2019; Reis y Renzulli, 2004).

La investigación ha demostrado que los estudiantes con ACI tienen la capacidad de modificar sus estrategias de afrontamiento social en función de sus percepciones y objetivos sociales, lo que utilizan a menudo para interactuar con su entorno académico (Shaunessy y Suldo, 2010). Así, mientras que los estudiantes de capacidad promedio recurren con más frecuencia al uso de estrategias de afrontamiento negativas ante factores de estrés, incluyendo la ira, la evitación y culpar a otros agentes o circunstancias, los niños con ACI se basan en una gran cantidad de estrategias de afrontamiento positivas como la aceptación de la responsabilidad de su trabajo, la implicación en la resolución de los problemas, la búsqueda de recursos o información de otras personas y la búsqueda de apoyo social y emocional. Sin embargo, evitan formas de afrontamiento menos productivas como dilatar la finalización de las tareas en el tiempo, detenerse en problemas irrelevantes para la tarea, relajarse o dormir (Shaunessy y Suldo, 2010; Woodward y Kalyan-Masih, 1990).

En cuanto a hacer frente al estrés a través de las amistades fuera del contexto académico los estudiantes con ACI conceden mayor importancia a mantener vínculos con sus amigos para tener un marco de referencia, de manera que escuchar los factores estresantes y puntos de vista de sus compañeros les ayude a replantear sus propios problemas desde una perspectiva diferente. Mientras que sus compañeros de clase sin ACI se suelen relacionar con sus amigos en momentos de estrés principalmente como compañeros de viaje para actividades divertidas como ir de compras y ver películas que proporcionan las pausas temporales de sus factores de estrés actuales (Shaunessy y Suldo, 2010).

El mayor grado de sensibilidad mostrado por los niños y adolescentes con ACI hacia los sentimientos de los demás favorece que sean mucho menos propensos a comportamientos injustos con sus compañeros y a menudo muestren mayores habilidades en empatía y simpatía (Walker y Shore, 2011). Por ejemplo, tener un buen conocimiento de la perspectiva del otro es especialmente útil en determinadas

habilidades engañosas como las mentiras prosociales, que ayudan a mantener una amistad sin hacer daño. De este modo podrían experimentar relaciones sociales más fructíferas.

Además, también difieren de sus compañeros de clase con respecto al uso de experiencias emocionales positivas en respuesta a factores de estrés como el humor (Shaunessy y Suldo, 2010). Su facilidad con la ambigüedad y la paradoja les permite llevar al extremo situaciones que les resultan verdaderamente frustrantes y angustiantes con el fin hacerlas perder todo sentido lógico y convertirlas en casi una comedia, este cambio de perspectiva es frecuentemente utilizado tanto sobre ellos mismos como sobre las circunstancias que le rodean, sin embargo, puede no ser comprendido por su entorno y resultar extravagante.

Estrategias de afrontamiento sociales desadaptativas-disfuncionales ante situaciones de estrés en la ACI

Cuando la alta capacidad es reconocida, las estrategias de afrontamiento social en respuesta a la percepción de los efectos sociales negativos son negar el talento, minimizar la popularidad y la conformidad con los demás (Cross et al., 2019). Dentro de ellas, la estrategia más utilizada es negar la ACI. Muchos de ellos comienzan a cuestionarse el sentido de sus dones desde una edad temprana, algunos prefieren prescindir de su talento, o enmascararlo, para pasar desapercibidos y no enfrentarse al rechazo social; otros lo ocultarán para evitar celos, envidias y competencia con la finalidad de ganar amigos y ser aceptados en el grupo (Cross et al., 2019). Se ha documentado que este hecho es más frecuente en el caso de las niñas y adolescentes, donde la necesidad de agradar y adaptarse socialmente predomina habitualmente sobre sus altas capacidades intelectuales. En este sentido se ha hallado que, aunque dentro del grupo de las ACI las niñas obtienen mejores puntuaciones en habilidades sociales (Ogurlu et al., 2018), sin embargo son el grupo menos popular entre sus compañeros de ACI y de capacidad media, siendo además el grupo con el nivel más bajo de autoconcepto en cuanto a relaciones entre pares (Kořir et al., 2016) y aquél que muestra un mayor número de conductas de retirada ante el fracaso (Freeman, 2005).

Implicaciones y sugerencias prácticas de intervención para contrarrestar las estrategias disfuncionales de los sujetos con ACI

Una buena autoestima es un factor esencial de equilibrio psicológico y un motor de éxito en la vida; la autoestima comporta una dimensión esencial, que es la creencia en la posibilidad de ser amado. Construir la identidad de uno mismo es sentirse singular, único, pero es también sentirse parte integrante de un grupo, parecido a otros. Una de las principales fuentes de dolor para estos niños y adolescentes es que no encajan con las expectativas de nuestra cultura, con las normas, y con el propio sistema. Una mayor sensibilidad, empatía y capacidad de desarrollo moral puede llevarles a sentirse desconectados, separados y excluidos en una

cultura que no acepta, teme o ataca lo diferente. Esta percepción puede generar en ellos sentimientos de culpa y de impotencia, muchos de sus objetivos personales y sociales pueden carecer entonces de todo sentido y hacerles sentir vacíos. En este caso el desarrollo de su identidad y el sentimiento de pertenencia al grupo es una parte indispensable de su tratamiento.

En estos niños la construcción de su propia imagen no es sencilla y será diferente si la ACI es identificada, y a qué edad se hizo. Existe el riesgo de que se construyan una falsa identidad de sí mismos en función de lo que creen que esperan los demás y no de acuerdo con lo que son realmente. Esto supone que puedan entrar en conflicto consigo mismos planteándose si deben de ser lo que sienten que son o lo que los otros esperan de ellos. De esta manera el niño con ACI debe franquear una serie de adversidades hasta llegar a construir su identidad, sobre todo en la etapa de la adolescencia donde se potencia más la búsqueda de esa identidad y la constitución de la autoestima (Schneider et al., 2005). Una imagen inadecuada de uno mismo puede llegar a generar complicaciones de otro tipo como problemas de ansiedad o depresión. Es importante ayudarles a enfrentarse a esos cambios, porque para ellos van a ser clave no solo a lo largo de la infancia y la adolescencia sino también en la edad adulta (Gotlieb et al., 2016).

Estos niños y adolescentes necesitan oportunidades para el desarrollo de habilidades reflexivas socioemocionales. A menudo se pasan por alto las dimensiones de la ACI que están relacionadas con la capacidad de un individuo para aprovechar sus capacidades para el éxito y la satisfacción personal y social a largo plazo. La reflexión personal sobre uno mismo y las propias habilidades en un contexto socioemocional más amplio puede favorecer un tipo de respuesta más adaptada al sistema en el que se desarrollan, especialmente para aquellos que luchan con los estereotipos sociales que limitan poderosamente sobre su capacidad. Ayudarles a imaginarse su futuro, conectar sus habilidades con un propósito más amplio, reflexionar sobre la relevancia social y emocional de los pasos y habilidades necesarias para alcanzar sus propios objetivos, recompensar la curiosidad y la exploración creativa, valorarles por lo que son más que por lo que hacen, son aspectos del desarrollo socioemocional que incrementan el éxito académico, la creatividad y el talento. Se ha observado que aquellos estudiantes con ACI y una visión clara de su futuro dedican más tiempo a las tareas, se convierten en participantes más activos en clase y obtienen calificaciones más altas. Este podría ser un pequeño paso en la promoción de la imaginación socioemocional al fomentar la creación de significado personal (Gotlieb et al., 2016).

Es difícil concebir un entorno único que sea propicio para todas las formas de desarrollo del talento, porque un entorno propicio para el desarrollo debería cambiar constantemente con los cambios. En otras palabras, a medida que ocurre el cambio, el cambio adicional se vuelve inevitable y, a su vez, debe abordarse. Esto es aún más evidente en el caso de la ACI, ya que el desarrollo de la persona con ACI es más rápido de lo que generalmente se entiende. Estos niños suelen ser creativos,

muestran un pensamiento crítico, independiente y divergente, rechazan la presión del grupo y tienden a cuestionar lo establecido, estas características en una sociedad que no es capaz de integrar o de adaptarse a lo poco convencional pueden llevar a la aparición de problemas en la esfera personal, social y académica. La ideación creativa en el sistema educativo actual correlaciona negativamente con el logro académico (Gómez-León, 2020), y la falta de creatividad, a su vez, está asociada con la intolerancia, el uso habitual de estereotipos, los bajos niveles de empatía y el acoso escolar (Gotlieb et al., 2016).

Estudios recientes señalan que la educación para los niños y adolescentes con ACI debe de estar en condiciones de garantizar y ofrecer una amplia variedad de actividades adaptadas a diferentes niveles de dificultad. Se trata de ofrecer entornos creativos y colaborativos donde el éxito de los miembros aumente al poder hacer frente a la mayoría de las tareas a través de la diversidad (Gyarmathy y Senior, 2018). Por lo que otro paso sería cambiar la cultura del sistema educativo actual para promover la expresión creativa, rompiendo con el consenso y la conformidad con el grupo e impulsando y aceptando la diferencia y la aportación de nuevas ideas.

El funcionamiento creativo depende de poder poner información en nuevos marcos separándose del concreto. El pensamiento crítico, con el cual se puede reorganizar el conocimiento a lo largo de nuevos criterios al evaluar múltiples enfoques y posibilidades, es el tipo de pensamiento que hace posibles logros intelectuales sobresalientes (Gyarmathy y Senior, 2018). Trabajar con personas diferentes en la producción de trabajos creativos e innovadores y construir una simulación detallada de eventos sociales a través de interacciones sociales positivas promueve la cooperación, las conductas prosociales y la capacidad de empatía. Los alumnos con ACI prefieren trabajar con otros cuando están seguros de que el trabajo colaborativo es relevante y será compartido de una manera equitativa, cuando la tarea puede beneficiarse de un esfuerzo combinado y cuando el entorno proporciona apoyo social y cognitivo (Cera Guy et al., 2019). Es más, cuando perciben que su trabajo es apreciado por los maestros y sus compañeros son los que tienen mayor preferencia por trabajar en colaboración (French et al., 2011). Posiblemente más que otros, los niños y adolescentes con ACI pueden apreciar y usar diferentes puntos de vista ofrecidos con respeto, participar en comunicaciones abiertas, adaptar sus habilidades sociales en proyectos intelectualmente desafiantes, significativos y flexibles. Comunicar nuevas ideas y difundirlas implica ser capaces de comprender lo que sus compañeros ya saben y guiarlos hacia nuevas comprensiones. De hecho, la capacidad de tener conversaciones de colaboración es fundamental para la práctica diaria y, sin embargo, es casi inexistente en los planes de estudios actuales.

Conclusión

Las personas con ACI pueden experimentar estresores adicionales, tanto internos como externos, debido a sus características y necesidades únicas. En la mayoría de los casos estas características son difícilmente comprendidas y toleradas por el

resto, convirtiéndose en factores de riesgo y haciéndoles especialmente vulnerables a experimentar el aislamiento físico, social y/o psicológico, por lo que a menudo o bien intentarán esconder su ACI para adaptarse al grupo o bien intentarán evitarlo.

Esta exclusión social puede tener graves repercusiones en la salud física y mental. La angustia generada durante estas situaciones activa redes neuronales asociadas tanto con el dolor físico como con la mentalización. Estas redes se desarrollan antes y presentan un mayor número de conexiones en los niños con ACI que en aquellos de capacidad promedio lo que puede hacerles más vulnerables a la crítica y a los efectos negativos de la exclusión.

Aunque estos estudiantes utilizan una gran cantidad de estrategias de afrontamiento positivas que podrían protegerlos de los efectos nocivos del estrés social, la estrategia más utilizada es negar la ACI, pudiendo generar una mayor tensión o desequilibrio interno, limitando la capacidad para alcanzar su máximo potencial y afectando a su rendimiento académico (Gotlieb et al., 2016; Guthrie, 2019; Rinn, 2018; Shechtman y Silektor, 2012; Stadtfeld, 2019).

Sin embargo, cuando el entorno les apoya social y cognitivamente estos alumnos muestran una buena adaptación socioemocional y un óptimo desarrollo de sus capacidades cognitivas (Guy, 2019; Reis y Renzulli, 2004; Shaughnessy, 2019; Shore et al., 2018). Es, posiblemente, cuando la educación actual ofrezca tiempo para la reflexión y la exploración creativa cuando los estudiantes sin ACI aprecien la complejidad de sus propias identidades y puedan sentirse empoderados y abiertos a ver la complejidad de otras identidades.

Se necesitarían futuros estudios que ampliasen estos datos y ayudasen a crear oportunidades educativas y sociales coordinadas e integrales para crear entornos educativos favorables al desarrollo de relaciones sociales positivas, fomentar la resiliencia y, cuando sea necesario, proporcionar intervenciones preventivas y terapéuticas de salud mental para aquellas personas con ACI que presenten problemas psicológicos reales.

Referencias

- Baudson, T. G. (2016). The Mad Genius Stereotype: Still Alive and Well. *Frontiers in psychology*, 7, 368. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00368>
- Buttelmann, F. y Karbach, J. (2017). Development and Plasticity of Cognitive Flexibility in Early and Middle Childhood. *Frontiers in psychology*, 8, 1040. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01040>
- Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Social psychology*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Cavilla, D. (2019). Maximizing the potential of gifted learners through a developmental framework of affective curriculum. *Gifted Education International*, 35(2), 136-151. <https://doi.org/10.1177%2F0261429418824875>
- Cera Guy, J., Williams, J. y Shore, B. (2019). High- and Otherwise-Achieving Students' Expectations of Classroom Group Work: An Exploratory Empirical Study. *Roeper Review*, 41(3), 166-184. <https://doi.org/10.1080/02783193.2019.1622166>
- Chichekian, T. y Shore, B. M. (2017). Hold Firm: Gifted Learners Value Standing One's Ground in Disagreements With a Friend. *Journal for the Education of the Gifted*, 40(2), 152-167. <https://doi.org/10.1177/0162353217701020>

- Cross, J. R., y Cross, T. L. (2015). Clinical and Mental Health Issues in Counseling the Gifted Individual. *Journal of Counseling & Development*, 93(2), 163-172. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00192.x>
- Cross, J. R., Vaughn, C. T., Mammadov, S., Cross, T. L., Kim, M., O'Reilly, C., Spielhagen, F. R., Da costa, M. P. y Hymer, B. (2019). A Cross-Cultural Study of the Social Experience of Giftedness. *Roepers Review*, 41(4), 224-242. <https://doi.org/10.1080/02783193.2019.1661052>
- Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 421-434. <https://doi.org/10.1038/nrn3231>
- Eren, F., Çete, A. Ö., Avcil, S. y Baykara, B. (2018). Emotional and Behavioral Characteristics of Gifted Children and Their Families. *Noro psikiyatri arsivi*, 55(2), 105-112. <https://doi.org/10.5152/npa.2017.12731>
- Espelage, D. L. y King, M. T. (2018). Bullying and the gifted. En S. I. Pfeiffer, E. Shaunessy-Dedrick y M. Foley-Nicpon (eds.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of giftedness and talent* (pp. 659–669). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000038-043>
- Freeman, J. (2005). Counselling the Gifted and Talented. *Gifted Education International*, 19(3), 245–252. <https://doi.org/10.1177/026142940501900307>
- French, L. R., Walker, C. L. y Shore, B. M. (2011). Do gifted students really prefer to work alone? *Roepers Review*, 33(3), 145–159. <https://doi.org/10.1080/02783193.2011.580497>
- Gómez-León, M. I. (2019). Psicobiología de las altas capacidades. Una revisión actualizada. *Psiquiatría biológica*, 26(3), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.09.001>
- Gómez-Pérez, M. M., Mata-Sierra, S., García-Martín, M., Calero-García, M.D., Molinero-Caparrósa, C. y Bonete-Román, S. (2014). Valoración de un programa de habilidades interpersonales en niños superdotados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 59-69. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70007-X](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70007-X)
- Gotlieb, R., Hyde, E., Immordino-Yang M. H. y Kaufman, S. B. (2016). Cultivating the social-emotional imagination in gifted education: insights from educational neuroscience. *Annals of the New York Academy of Science*, 1377(1), 22-31. <https://doi.org/10.1111/nyas.13165>
- Guthrie, K. H. (2019). "Nothing is ever easy": Parent Perceptions of Intensity in Their Gifted Adolescent Children. *The Qualitative Report*, 24(8), 2080-2101. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol24/iss8/16>
- Guy, C. J., Williams, J. y Shore, B. (2019). High- and Otherwise-Achieving Students' Expectations of Classroom Group Work: An Exploratory Empirical Study. *Roepers Review*, 41(3), 166-184. <https://doi.org/10.1080/02783193.2019.1622166>
- Gyarmathy, É. y Senior, J. (2018). La inclusión de múltiples estudiantes superdotados excepcionales en los programas de desarrollo de talento: síntesis de interacción tanto de la forma de provisión como del contenido. *Gifted Education International*, 34(1), 47–63. <https://doi.org/10.1177/0261429416656500>
- Haberlin, S. (2015). Don't stress: What do we really know about teaching gifted children to cope with stress and anxiety? *Gifted and Talented International*, 30(1-2), 146-151. <https://doi.org/10.1080/15332276.2015.1137465>
- Hertberg-Davis, H. y Callahan, C. M. (2008). A Narrow Escape: Gifted Students' Perceptions of Advanced Placement and International Baccalaureate Programs. *Gifted Child Quarterly*, 52(3), 199–216. <https://doi.org/10.1177/0016986208319705>
- Higgins-Biss, K. (2009). A Parent's Guide to Gifted Children. Webb, J. T., Gore, J. L., Amend, E. R., y DeVries, A. R. (2007). *Roepers Review*, 31(4), 243-244. <https://doi.org/10.1080/02783190903177614>
- Jumper, R. L. (2019). Communicating about bullying: Examining disclosure among gifted students. *Gifted Education International*, 35(2), 110–120. <https://doi.org/10.1177/0261429418824113>
- Karpinski, R. I., Kolb, A. M. K., Tetreault, N. A. y Borowski, T. B. (2018). High intelligence: A risk factor for psychological and physiological overexcitabilities. *Intelligence*, 66, 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2017.09.001>
- King, J., Shute, R. y McLachlan, A. (2019). Experiences of Difference: A Phenomenological Study With Intellectually Gifted Pre-Adolescent/Early Adolescent Boys and Their Mothers. *Roepers Review*, 41(3), 185-198. <https://doi.org/10.1080/02783193.2019.1622164>
- Klomek, A. B., Sourander, A. y Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282–288. <https://doi.org/10.1177/070674371005500503>
- Košir, K., Horvat, M., Aram, U. y Jurinec, N. (2016). Is being gifted always an advantage? Peer relations and self-concept of gifted students, *High Ability Studies*, 27(2), 129-148. <https://doi.org/10.1080/13598139.2015.1108186>
- Mackintosh, N. J. (2004). The Scientific Study of General Intelligence: Tribute to Arthur R. Jensen: H. Nyborg (Ed.) (2003). Oxford, UK: Elsevier. ISBN: 0-08-043793-1. Pp. xxvi+642. *Intelligence*, 32(2), 217-219. <http://dx.doi.org/10.1016/j.intell.2003.10.002>

- Ogurlu, U., Yalin, H. S. y Yavuz Birben, F. (2018). The Relationship Between Psychological Symptoms, Creativity, and Loneliness in Gifted Children. *Journal for the Education of the Gifted*, 41(2), 193–210. <https://doi.org/10.1177/0162353218763968>
- Padgett, D. A. y Glaser, R. (2003). How stress influences the immune response. *Trends in Immunology*, 24(8), 444–448. [https://doi.org/10.1016/s1471-4906\(03\)00173-x](https://doi.org/10.1016/s1471-4906(03)00173-x)
- Pfeiffer, S. I. (2018). *Handbook of Giftedness in Children* (2ª ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-74401-8>
- Reis, S. M. y Renzulli, J. S. (2004). Current research on the social and emotional development of gifted and talented students: Good news and future possibilities. *Psychology in the Schools*, 41(1), 119–130. <https://doi.org/10.1002/pits.10144>
- Rinn, A. N. (2018). Social and emotional considerations for gifted students. En S. I. Pfeiffer, E. Shaunnessy-Dedrick y M. Foley-Nicpon (eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of giftedness and talent* (pp. 453–464). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000038-029>
- Schmälzle, R., O'Donnell, M., García, J. O., Cascio, C. N., Bayer, J., Bassett, D. S., Vettel, J. M. y Falk, E. B. (2017). Brain connectivity dynamics during social interaction reflect social network structure. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(20), 5153–5158. <https://doi.org/10.1073/pnas.1616130114>
- Schneider, B. H., Woodburn, S., del Pilar Soteras del Toro, M. y Udvari, S. J. (2005). Cultural and Gender Differences in the Implications of Competition for Early Adolescent Friendship. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51(2), 163–191. <https://doi.org/10.1353/mpq.2005.0013>
- Shaunnessy, M. F. (2019). The SAGE Handbook of Gifted and Talented Education. Wallace, B., Sisk, D. A., & Senior, J. (Eds.). (2018). *Roeper Review*, 41(1), 65–66. <https://doi.org/10.1080/02783193.2019.1553100>
- Shaunnessy, E. y Suldo, S. M. (2010). Strategies Used by Intellectually Gifted Students to Cope With Stress During Their Participation in a High School International Baccalaureate Program. *Gifted Child Quarterly*, 54(2), 127–137. <https://doi.org/10.1177/0016986209355977>
- Shechtman, Z. y Silektor, A. (2012) Social competencies and difficulties of gifted children compared to nongifted peers. *Roeper Review*, 34(1), 63–72 <https://doi.org/10.1080/02783193.2012.627555>
- Shore, B., Chicheckian, T., Gyles, P. y Walker, C. (2018). Friendships of gifted children and youth: updated insights and understanding. En B. Wallace, D. Sisk y J. Senior (eds.), *The Sage Handbook of gifted and talented education* (pp. 184–195). SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781526463074.n17>
- Stadtfeld, C., Vörös, A., Elmer, T., Boda, Z. y Raabe, I. J. (2019). Integration in emerging social networks explains academic failure and success. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(3), 792–797. <https://doi.org/10.1073/pnas.1811388115>
- Terrassier, J. C. (2009). Les enfants intellectuellement précoces. *Archives de Pédiatrie*, 16(12), 1603–1606. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.07.019>
- Walker, C. L. y Shore, B. M. (2011). Theory of Mind and Giftedness: New Connections. *Journal for the Education of the Gifted*, 34(4), 644–668. <https://doi.org/10.1177/016235321103400406>
- Woodward, J. C. y Kalyan-Masih, V. (1990). Loneliness, coping strategies and cognitive styles of the gifted rural adolescent. *Adolescence*, 25(100), 977–988.
- Yu, C., Li, J., Liu, Y., Qin, W., Li, Y., Shu, N., Jiang, T. y Li, K. (2008). White matter tract integrity and intelligence in patients with mental retardation and healthy adults. *Neuroimage*, 40(4), 1533–1541. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.01.063>

EL INSIGHT EN ESQUIZOFRENIA DESDE EL MODELO DE ASIMILACIÓN: UN ESTUDIO CUALITATIVO DE CASO A TRAVÉS DE NARRACIONES

THE INSIGHT IN SCHIZOPHRENIA FROM THE ASSIMILATION MODEL: A QUALITATIVE CASE STUDY THROUGH NARRATIVES

Restituto Vañó Monllor

Fundación General de la Universidad de Valencia. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0828-1922>

Isabel Caro Gabalda

Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Universidad de Valencia. España

Sergio Pérez Ruiz

Facultad de Psicología. Universidad Europea de Valencia. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8034-2198>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Vañó, R., Caro, I. y Pérez, S. (2020). El Insight en esquizofrenia desde el modelo de asimilación: Un estudio cualitativo de caso a través de narraciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 313-329. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.413>



Resumen

El Insight es un elemento clave del proceso de asimilación, reflejando un nivel elevado y un progreso en la asimilación. En la esquizofrenia es, además, un elemento crucial relacionado con diferentes déficits metacognitivos. Por ello, la meta de este trabajo está en analizar, cualitativamente, los Insights alcanzados por un sujeto con esquizofrenia a lo largo de una serie de narraciones. Estos Insights, en un sujeto que no muestra un progreso en la asimilación de sus experiencias problemáticas, permiten reflexionar sobre el modelo de asimilación. Así, se plantea en la Discusión la necesidad de considerar a algunos de estos Insights, como “pseudo-insights” que no reflejarían, a diferencia de la formulación inicial del modelo, un progreso en la asimilación. Es decir, estos Insights no estarían centrados en resolver el problema, sino que podrían reflejar bajos niveles de Insight sobre la enfermedad y la dificultad para afrontar las emociones concurrentes. Podrían suponer una “capa de azúcar” sobre el problema en lugar de su afrontamiento para progresar en su asimilación. Se sugiere que diferenciar entre Insight y pseudo-Insight, y la función de cada uno de ellos, daría una mayor precisión al modelo, ayudándonos a entender el porqué de algunas dificultades en el proceso de asimilación.

Palabras clave: *esquizofrenia, Insight, modelo de asimilación, APES, metacognición.*

Abstract

Insight is a key element of the assimilation process, reflecting a high level and progress in assimilation. In schizophrenia, it is also a crucial element related to different metacognitive deficits. Therefore, the goal of this paper is to analyze, qualitatively, the Insights achieved by a subject with schizophrenia throughout a series of narratives. These Insights, in a subject who does not show progress in the assimilation of his problematic experiences, allow us to reflect on the assimilation model. Thus, the Discussion raises the need to consider some of these Insights, as “pseudo-insights” that would not reflect, unlike the initial formulation of the model, a progress in assimilation. In other words, these Insights would not be focused on solving the problem but could reflect low levels of Insight about the disease and the difficulty in coping with concurrent emotions. They could imply a “sugar coating” over the problem instead of coping with it to progress in its assimilation. It is suggested that differentiating between Insight and pseudo-Insight, and the function of each, would give greater accuracy to the model, helping us to understand the reasons of some difficulties in the assimilation process.

Keywords: *Schizophrenia, Insight, assimilation model, APES, meta-cognition.*

El desarrollo de recursos personales con los que afrontar las diversas situaciones vitales que se nos presentan es uno de los aspectos que median en la resolución de conflictos por parte de las personas. En sujetos con esquizofrenia el desarrollo de estos recursos se ve condicionado por la existencia de sesgos cognitivos, de atribución, y otra serie de problemas metacognitivos que limitan su capacidad para resolver satisfactoriamente estas situaciones.

El modelo de asimilación es un modelo teórico acerca del proceso del cambio terapéutico (Stiles, 2002, 2011). La mayor parte de las investigaciones que se han hecho sobre este modelo se han centrado en analizar el cambio en pacientes diagnosticados con problemas depresivos y de ansiedad (Brinegar et al., 2006; Caro, 2003a, 2003b, 2011; Detert et al., 2006; Meystre et al., 2014; Osatuke et al., 2011a; Stiles, 2002), siendo muy escasos los estudios con pacientes esquizofrénicos (Osatuke et al., 2011b; Vañó y Caro, 2015).

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta que el Insight es un elemento clave y complejo para el desarrollo del proceso de asimilación, consideramos especialmente interesante su estudio en un sujeto esquizofrénico. Como han señalado diversos autores, estos sujetos tendrán más dificultades para desarrollar y mantener un Insight (Lysaker et al., 2013; Nicolò et al., 2012; Osatuke et al., 2008; Phalen et al., 2015). Por ello, describir los Insights alcanzados por un sujeto con esquizofrenia nos va a permitir inferir algunas cuestiones relevantes para la aplicación del modelo de asimilación en este contexto clínico.

El modelo de asimilación

El modelo de asimilación permite explorar y describir el cambio, entendido éste como asimilación de experiencias problemáticas a través de una secuencia de estadios o niveles predecible (Stiles, 2002), uno de los cuales es el nivel de Insight. El modelo de asimilación de experiencias problemáticas es un modelo procesual, cualitativo e integrador, que permite entender el cambio en contextos terapéuticos (Caro et al., 2017).

Un concepto clave es el concepto de *voz*, lo que acerca el modelo de asimilación a perspectivas dialogales sobre el sí mismo (Hermans et al., 1992; Hermans y Dimaggio, 2004). Además, el concepto de voz es importante para entender el desarrollo del Insight, como expondremos más adelante.

El concepto de voz asume una perspectiva que, a través de la presencia de conversaciones internas, enfatiza la existencia de un sí mismo multifacetado que explica cómo las personas se comportan de forma aparentemente contradictoria en situaciones diferentes (Honos-Webb y Stiles, 1998). Las voces son trazos de experiencias anteriores que van configurando las diferentes representaciones que las personas tienen sobre el mundo y sobre ellos mismos. Estas voces van dando lugar a una comunidad de voces conectadas por significados compartidos que se activan ante características diferenciales de cada experiencia, con el fin de aportar diferentes recursos con los que afrontarla. De esa forma, el sí mismo se concibe

como una comunidad de voces, donde destaca la naturaleza activa de los diferentes significados que se activan ante cada situación (Honos-Webb y Stiles, 1998). Por ejemplo, no emplearemos las mismas voces al intentar escribir un artículo científico, que una carta personal a un amigo.

Desde el modelo de asimilación, al introducir el término de ‘voces’, se distingue entre voces dominantes (VDs) y no dominantes (VNDs) haciendo referencia a la voz que forma parte de la comunidad de voces que conforman el sí mismo y a la voz problemática, respectivamente (Honos-Webb y Stiles, 1998).

Partiendo de esta base, hemos de entender que una voz problemática viene a reflejar una nueva experiencia o situación sobre la que una persona no tiene una forma adecuada (recurso) de afrontamiento. Es decir, ninguna voz de las que conforman el sí mismo dispone de una respuesta o pauta de acción con la que responder a dicha situación. Es por ello por lo que esta voz problemática lleva a la persona a experimentar “molestia”, “dolor”, “ansiedad”, “angustia” y otras emociones “negativas”, en tanto que la comunidad de voces dominante, que representa el sí mismo, no sabe cómo actuar adecuadamente. Por ejemplo, si siempre hemos tenido éxito en nuestro trabajo, nos va a ser difícil asimilar que nos hayan despedido de éste, y vamos a carecer, en principio, de recursos para afrontar dicha situación. Paralelamente al desarrollo del modelo de asimilación se elaboró la *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (Assimilation of Problematic Experiences Scale - APES; Stiles et al., 1990, 1991)* con los ocho niveles secuenciados del proceso de cambio. En el Cuadro 1 se desarrollan, brevemente, dichos niveles. Todos ellos suponen un distinto tipo de juego o diálogo entre voces (Stiles, 2011). En el inicio tenemos supresión de voces problemáticas (Niveles 0-Supresión y 1-Pensamientos no deseados). La aparición de la voz problemática (Nivel 2-Surgimiento), suele cursar con afecto elevado. Después de estos niveles inferiores, se pasa a los niveles intermedios. En el Nivel 3 (Clarificación), la experiencia problemática empieza a entenderse, aunque la comprensión del problema y de los aspectos relacionados con el mismo aparece, claramente, en el Nivel 4 (Insight). Una vez que se ha dado esta comprensión, se pasa a niveles de acción, como el Nivel 5 (Aplicación), o el 6 (Solución del Problema), hasta llegar al Nivel 7 (Dominio), en donde las voces problemáticas se integran, ya como recursos, en la comunidad de voces del sujeto.

Cuando los sujetos acceden a terapia, sus experiencias problemáticas suelen reflejar niveles inferiores de la APES (por regla general, niveles 1-Pensamientos no deseados, o 2-Surgimiento). Luego, con el trabajo terapéutico, se puede pasar a niveles que reflejan una mayor comprensión de la experiencia problemática, como el 3-Clarificación, y el 4-Insight, para, finalmente, alcanzar niveles elevados (APES-5, 6 y 7) (Stiles, 2001). No obstante, el proceso de asimilación, sobre todo en terapias de corte directivo, no es lineal, produciéndose avances y retrocesos entre los niveles APES (Caro y Stiles, 2013).

El papel del Insight

Un elemento clave, en el contexto del modelo de asimilación, es la adquisición del Insight. En concreto, cuando hablamos de Insight hacemos referencia a un rico y complejo fenómeno planteado desde diferentes perspectivas teóricas (Kramer et al., 2016). En las personas con esquizofrenia este fenómeno es básico, habiéndose llegado a relacionar una pobre capacidad de Insight con baja conciencia de enfermedad, hospitalizaciones más frecuentes, mayores niveles de sintomatología positiva y negativa, menor funcionamiento psicosocial, actitudes negativas hacia la medicación y episodios más amplios de falta de adherencia a los antipsicóticos (Lysaker et al., 2011).

Visto de este modo, y desde el modelo de asimilación, el Insight es un componente crucial para la asimilación de experiencias problemáticas (Caro y Pérez, 2014). A través del Insight se establecen puentes de significado entre las VDs y las VNDs, siendo éstos relevantes en el proceso de asimilación. Tanto es así que, a partir del establecimiento de Insights (APES-4; véase Cuadro 1), se pueden diferenciar los casos de éxito y no éxito terapéutico (Brinegar et al, 2006; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998).

Cuadro 1. *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas*

-
- | | |
|----------|---|
| 0 | Supresión/ Disociación. El cliente no es consciente del problema. El afecto implicado puede ser mínimo por efecto de una supresión realizada con éxito. |
| 1 | Pensamientos no deseados. Los clientes prefieren no pensar en la experiencia; los temas los plantea el terapeuta o circunstancias externas. El afecto contiene sensaciones/sentimientos sin definir y su conexión con el contenido no está clara. |
| 2 | Surgimiento/ Reconocimiento vago. El cliente reconoce la existencia de una experiencia problemática pero no puede formular el problema claramente. El afecto incluye intenso dolor psicológico o pánico asociado con los pensamientos y experiencias. |
| 3 | Clarificación/ Enunciar el problema. El contenido incluye un claro enunciado del problema – algo sobre lo que se estaría trabajando, o sobre lo que se podría trabajar. Las voces opuestas, diferenciadas, pueden hablar entre sí. El afecto es negativo pero manejable. |
| 4 | Comprensión/Insight. La experiencia problemática se expresa y comprende en alguna medida. El afecto puede ser mixto, reconociendo algunas molestias y aspectos agradables. |
| 5 | Aplicación/Elaboración. La comprensión se emplea en trabajar sobre el problema. El tono afectivo es positivo, serio, directo, optimista. |
| 6 | Solución del problema. El cliente consigue una solución adecuada para su problema específico. El afecto es positivo, de satisfacción, con orgullo por los logros alcanzados |
| 7 | Dominio/ Maestría. El cliente generaliza las soluciones a otras situaciones. El afecto es positivo, distinto y neutral (p.ej., no tiene capacidad para producir ninguna activación emocional). |
-

Nota: La asimilación es considerada como un continuo, que permite niveles intermedios. Por ejemplo, 2.5 representa un nivel de asimilación a medio camino entre el Surgimiento (APES-2) y Enunciar o Clarificar el problema (APES-3).

Fuente: a partir de Honos-Webb y Stiles, 1998; Honos-Webb et al., 2003; Surko, et al., 1999; Stiles, et al., 1991; Stiles y Angus, 2001; Stiles, et al., 2004.

Al mismo tiempo, el diálogo entre voces, o la asimilación, implica una perspectiva metacognitiva (Osatuke y Stiles, 2010). Así, si la elaboración de Insights queda dentro de los procesos metacognitivos, su desarrollo puede estar afectado de forma grave en la esquizofrenia (Lysaker et al., 2013; Nicolò et al., 2012; Osatuke et al., 2008; Phalen et al., 2015; Rabin et al., 2014).

En este sentido, se debe indicar que déficits importantes en la capacidad para reflexionar sobre uno mismo correlacionan con una memoria verbal, un Insight y una función social más deteriorada, menor conciencia emocional y paranoia (Dimaggio et al., 2010; Osatuke et al., 2008). Es más, Osatuke et al. (2008) señalan que un bajo nivel de Insight sobre la enfermedad puede explicarse etiológicamente como una defensa, en tanto que conlleva importantes funciones protectoras que de no existir podrían derivar en desmoralización, depresión, o incluso suicidio. Así, en los sujetos con una fuerte negación de su enfermedad, se aprecian correlaciones moderadas con bajos niveles de Insight. Además, suelen emplear con mayor frecuencia estrategias de reevaluación positiva y de evitación-escape (no focalizándose en el problema o involucrándose en ilusiones) (Lysaker et al., 2003).

En casos de personas con enfermedad mental sería aplicable la observación realizada por Kramer et al. (2016) acerca de que sus dificultades en la resolución de las experiencias problemáticas influyen en la integración de su identidad. Así, no sólo la dominancia entre las voces puede conllevar la falta de resolución de las experiencias traumáticas, a través de paradojas, sino que esta falta de resolución influye de forma circular reafirmando el posicionamiento de voces que impiden cualquier tipo de progreso. En este sentido, y siguiendo a Kramer et al. (2016), los procesos psicológicos afectados por estas experiencias pueden ser tan variados y cruciales, como “la calidad de las representaciones, los modelos de relación, las capacidades de metacognición, los esquemas interpersonales, la regulación del afecto, y la adherencia al tratamiento” (p. 144).

Atendiendo a todo ello, el foco en el Insight, en el contexto de un sujeto diagnosticado con esquizofrenia, se convierte en un aspecto importante desde la perspectiva del modelo de asimilación, para seguir construyendo teóricamente el modelo (Stiles, 2007). Por tanto, con este estudio cualitativo pretendemos reflejar las dificultades que experimenta un sujeto con esquizofrenia, a través de un estudio de carácter micro-nivel de los Insights alcanzados en su proceso de asimilación, a lo largo de diversas narraciones. Prestaremos una especial atención a algunos de los principales Insights alcanzados, analizándolos desde aquellos elementos, de tipo cognitivo, ya señalados y que dificultan la consecución de dichos Insights.

Método

Participante

El Sujeto X era un varón de 38 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Fue seleccionado por haber participado en una investigación anterior sobre

el modelo de la asimilación. En este estudio, se le requirió aportar una serie de narraciones sobre “sus principales problemas”. En ellas fue donde se autodenominó como Sujeto X (Vañó y Caro, 2015).

El sujeto presentaba diferentes fobias (a cruzar puentes, escaleras mecánicas, e ir en coche), así como ataques de miedo, ansiedad y apatía. Huérfano de madre, desde 2011, la relación con su padre no era muy buena por lo que vivía solo en un piso comprado con dinero ahorrado, bajo la supervisión económica de su hermano que hacía de tutor. El sujeto no trabajaba, aunque asistía a algunas asignaturas de un Ciclo Formativo de Grado Superior y a algunas actividades en un CRIS (Centro de Rehabilitación e Inserción Social). En cualquier caso, el sujeto cobraba una pensión que recibía su padre y le permitía asumir sus gastos cotidianos.

Procedimiento de recogida de información

El Sujeto X recibió tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra y supervisión psicológica en el CRIS. Con el fin de interferir lo menos posible con los otros profesionales se acordó realizar una serie de sesiones de Counselling (13 en total, con un enfoque centrado en el cliente; Rogers, 1981) con una periodicidad semanal. Las sesiones las realizó el primer autor de este trabajo. El Sujeto X dio su consentimiento informado para emplear sus datos y sus narraciones para esta investigación.

Con el objetivo de analizar sus procesos de asimilación, se le pidió al sujeto que escribiera, tras cada una de estas sesiones, una narración semanal sobre un tema tratado en cada una de ellas con el fin de que hubiera una conexión con su día a día. Con el paso del tiempo el sujeto abandonó estas pautas, dejando de escribir semanalmente y atendiendo a temas que no estaban conectados con aspectos concretos de su experiencia diaria. Ante esta situación, se aceptaron estas narraciones como una muestra más de la expresión de su enfermedad mental por cuanto podían reflejar de forma más clara los conflictos entre las distintas voces que pudieran estar presentes. Las semanas en las que el sujeto no escribía las compensaba aportando dos narraciones en otro momento, de forma que se recogieron un total de 13 narraciones, algunas de ellas escritas el mismo día (las narraciones 2 y 3, y la 8 y 9), y cada una de ellas se tituló de manera distinta por el Sujeto X.

Se le administró, igualmente, una batería de medidas una semana antes de iniciar las sesiones de Counselling, y al finalizar las mismas. Esta batería estaba compuesta por las siguientes pruebas: HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1971), BDI: Inventario para la Depresión de Beck (Beck et al., 1961), STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1970), SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas (Derogatis, 1977), PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (Kay et al., 1987). Los resultados se pueden observar en la Tabla 1. Partiendo del cálculo del ICF (Índice de Cambio Fiable; Jacobson y Truax, 1991) podemos observar que no hubo cambio clínico entre el pretest y el posttest.

Tabla 1. Puntuaciones Pretest y Postest, y del Índice de Cálculo Fiable (ICF)

	Pretest	Postest	Puntos de corte clínicos	Cambio Clínico	Diferencia Cambio	ICF	Cambio estadísticamente significativo	Interpretación
BDI	10	16	13.09	NO	- 6	1.25	No	SC
HAD-A	12	15	8.83	NO	- 3	1.006	No	SC
HAD-D	7	5	5.63	NO	2	- 0.65	No	SC
STAI-E	60	80	24.94	NO	- 20	4.45	Sí	Deterioro
STAI-R	80	87	28.36	NO	- 7	1.40	No	SC
SOM	0.6	0.75	0.93	NO**	- 0.15	.15	No	SC
OBS	2	2.5	0.87	NO	- 0.5	1.08	No	SC
INT	1.33	2.44	0.88	NO	- 1.11	2.22	Sí	Deterioro
DEP	1.76	2.76	1.02	NO	- 1	2.17	Sí	Deterioro
ANS	2.4	3	0.89	NO	- 0.6	1.42	No	SC
HOS	0.33	1	0.668	NO	- 0.66	1.26	No	SC
FOB	1.28	1.57	0.44	NO	- 0.29	0.52	No	SC
PAR	0.66	3	0.74	NO	- 2.34	3.75	Sí	Deterioro
PSI	0.9	2.2	0.4	NO	- 1.3	2.93	Sí	Deterioro
TGSI	1.32	2.16	0.79	NO	- 0.84	3.81	Sí	Deterioro
PANSS(+)	21	20	6.04	NO	1	- 22	No	SC
PANSS (-)	16	16	8.67	NO	0	0	No	SC
PANSS (TOTAL)	36	38	18.74	NO	2	.32	No	SC

* Valores de ICF > 1.96 resultan estadísticamente significativos para $p < 0.05$. A medida que se incrementa el valor de la RCI menor es la probabilidad de que el cambio observado sea debido al azar.

** Por debajo del punto de corte crítico, tanto en el Pretest como en el Postest.

Procedimiento de estudio del proceso de asimilación

No se utilizó el modelo de la asimilación para planificar o conducir las sesiones de Counselling, sino que se aplicó posteriormente para comprender el proceso de comunicación entre las voces del sujeto, lo que ejemplificaba su proceso de asimilación. Tras la recogida del material, los dos principales investigadores (autores uno y dos de este trabajo) se centraron en el análisis entre las voces siguiendo los diferentes pasos propuestos por Stiles y Angus (2001): familiarización e indexación, identificación y elección de un tema, selección de pasajes y búsqueda de voces, y descripción del proceso de asimilación. Del proceso se obtuvieron un total de 85 fragmentos, o pasajes en los que se diferenciaron 6 voces (3 Dominantes: Seguridad, Sentido de Vida y Enfermedad mental. Y, 3 No Dominantes: Caos, Crisis de fe y Estigma), algunas de ellas con muy poca presencia, así como diferentes temas. Los principales temas del Sujeto X que aparecieron en sus narraciones fueron: El

centro del mundo, Amor, Enfermedad mental, Mis relaciones y Yo en el mundo.

En todo este proceso trabajaron los dos investigadores principales de forma iterativa, sobre la base del Método Ward (Schielke et al., 2009).

Tras alcanzar un alto nivel de acuerdo entre estos investigadores principales se planteó introducir otro juez (el tercer autor) que permitiera contrastar los acuerdos obtenidos. En este paso se observaron divergencias entre algunas de las codificaciones de los dos investigadores principales y el tercer juez. Estas divergencias se fueron analizando y resolviendo en una serie de reuniones conjuntas con la vista puesta en lograr un acuerdo total entre jueces.

Resultados

Descripción general del proceso de asimilación a lo largo de las narraciones

Los datos obtenidos a lo largo de las narraciones aportadas por el sujeto nos ofrecen una serie de fragmentos puntuados en los niveles 2. Reconocimiento vago (33%), 3. Enunciado del problema (24%) e Insight (24%), así como un 5% de puntuaciones en el nivel 1. Pensamientos No Deseados, y un 14% en el nivel 5. Solución del Problema. Por otra parte, no se encontraron puntuaciones en los niveles 0. Evitación, 6. Solución del problema y 7. Dominio. De manera que podemos asumir que el Sujeto X se mueve, a lo largo de sus narraciones, en niveles bajos e intermedios de asimilación.

Análisis cualitativo de los niveles de Insight

Vamos a mostrar algunos de los Insights alcanzados por el Sujeto X. Analizaremos aquellos párrafos donde el sujeto atiende a su enfermedad mental, su sintomatología y problemas asociados, llegando, incluso, a asumir el papel de enfermo mental. Este es un tema fundamental en un sujeto con esquizofrenia. Describiremos dichos Insights desde el modelo de asimilación y desde diferentes procesos cognitivos, típicos, en un paciente con esquizofrenia.

Un punto de inicio puede ser los Insights que hacen referencia a su propia enfermedad. En este sentido, el sujeto se define a sí mismo, en la narración 3, que tituló “Mi Ansiedad”, como un “Enfermo Mental”, lo que le lleva a asumir el rol de enfermo.

“Yo soy enfermo mental y tengo una esquizofrenia. Cada enfermo mental es Único. Mi enfermedad mental se caracteriza por tener delirios de grandeza o ideas extravagantes y emociones descontroladas. Ahora las emociones descontroladas que tengo son ansiedad y fobias, y los delirios me los estoy replanteando ante mi nueva situación. (4. Insight)”

Conviene señalar que una de las voces dominantes principales, en las narraciones, se denominó: “Enfermedad mental”. Desde ella, el sujeto atiende la sintomatología como un aspecto externo a él que en ocasiones experiencia, aunque en ocasiones tenía cierta capacidad de posicionarse sobre el resto de voces. Esta

externalización de la enfermedad conlleva ciertas implicaciones, como no asumir ningún papel agente en su enfermedad, lo que puede dificultar progresar en la asimilación de sus problemas. Esto nos aparece en el siguiente fragmento, tomado también de la narración 3:

“Parece que a mi ansiedad le afecta el estrés indirectamente, pues a mayor estrés más frecuencia. También parece que ésta evoluciona pues no siempre es la misma” (4. Insight).

En el siguiente fragmento (narración 11) el sujeto sigue ahondando en el mismo aspecto, centrándose más en la sintomatología, y señalando más claramente que el problema y la solución es algo externo a él.

“Yo desde el 2014 he desarrollado una serie de fobias injustificadas desde un punto de vista ingenuo. Tengo miedo de las escaleras mecánicas, de cruzar puentes, de que me den miedo los coches mientras estoy subido a uno de ellos, de los viajes. Eso hace que las escaleras normales las utilice con apuro. Los puentes no los cruzo, no me puedo montar en los coches y no voy de viaje. Lo que ocurre es que no sé qué es lo que lo causa y no creo que la exposición gradual sirva de nada (2. Reconocimiento vago). Parece que hay algo mal en la química de mi cerebro que me hace sentir miedo y hasta que se arregle seguiré sintiendo miedo” (4. Insight).

En este último fragmento podemos observar como el Insight, *“Parece que hay algo mal en la química de mi cerebro que me hace sentir miedo y hasta que se arregle seguiré sintiendo miedo”* se produce justo después de una expresión que denota un nivel 2, de Reconocimiento vago: *“Lo que ocurre es que no sé qué es lo que lo causa y no creo que la exposición gradual sirva de nada”*. En cierta forma, este salto, de un nivel 2 a un nivel 4 de la APES, nos señala un mecanismo de “salto a las conclusiones” que el sujeto utiliza con relativa frecuencia en sus narraciones. Como podemos interpretar, ante una Voz No Dominante (VND) de Caos, la Voz Dominante (Enfermedad Mental) asume parte de ella y expone su visión con el fin de aportarle cierta disminución de esos aspectos negativos, de no saber qué es lo que lo causa.

Si seguimos atendiendo a otros Insights sobre el tema de la enfermedad mental, podemos analizar el siguiente fragmento (narración 11):

“Tengo ataques de ansiedad y cuando los tengo todo se paraliza para mí y empiezo a pensar negativamente de todo, a toda velocidad, y me desespero (3. Enunciado del problema). Los tengo desde 2009, y suelen ser habitualmente por las tardes, desde 2015 aparecieron nuevas formas de parálisis y suelen suceder sin que haya causa, o habiéndola parece insuficiente para producir tan devastador sentimiento. Esto hace que yo no sea previsible, pues si me comprometo y me da un ataque, habré de quedarme paralizado y renunciar a mi compromiso (4. Insight). También hace que no pueda alejarme demasiado de un sitio donde me pueda quedar paralizado de una manera tranquila. En un autobús o un tren no es

acceptable. Por lo que no puedo irme de excursión pues corro el riesgo de quedarme con una angustia que me muero.”

Aquí podemos observar nuevamente cómo el sujeto alcanza un Insight tras la expresión de una VND que relata su sintomatología. Ante esta VND, la VD de Enfermedad Mental se hace con el control de la situación expresando las consecuencias que tiene, en su vida diaria, su enfermedad mental. Como podemos observar, esta VD intenta normalizar esas consecuencias, y de esa forma parece asumir la realidad que le rodea; aunque en realidad no ha entrado a valorar otras posibilidades diferentes que el experimentarlas de forma pasiva, como algo que le sucede y sobre lo que no tiene control. Por ello, sigue asumiendo un rol de enfermo y, se puede inferir, que el Insight facilita reducir la tensión generada por la expresión de dicha sintomatología.

En el siguiente ejemplo (tomado de la narración 13), podemos ver cómo la VD de Enfermedad Mental ofrece sus planteamientos para aferrarse con determinación a su visión acerca de su experiencia. Aunque asume la posibilidad de que las VNDs (Caos) estén ofreciéndole una información más adaptativa, o real, de su experiencia, la VD se impone en su criterio, aunque aceptando la posibilidad de que pueda estar equivocada en su planteamiento.

“Yo tengo una enfermedad mental. Que se traduce en ideas raras, emociones descontroladas y marginación social. Yo creo sin ningún rigor científico, que mi enfermedad está ligada a mi inteligencia y que si quería ser un genio como el que quiero ser tendría que pasar por ella. Las ideas raras, aun equivocadas, son hipótesis de mi tremenda inteligencia. Las emociones descontroladas son producto de un cerebro que se sale, y mi marginación es consecuencia de mis rarezas. Yo tengo que triunfar con la enfermedad que no controlo, aunque si es como pienso que es, lo conseguiría con grandes pero vencibles dificultades. Pero si no es como pienso que es, podría hacerme imposible el éxito e incluso la vida, pues bastaría con que ciertos síntomas no desapareciesen” (4 Insight).

Este fragmento es importante también por cuanto nos permite apreciar que la VD, que se activa ante los síntomas y otros aspectos de su enfermedad, es una voz que a su vez limita el progreso del sujeto hacia su resolución; al no permitirle atender a las VNDs que le indican que algo no está conforme a la realidad, y que necesita un mejor ajuste para disponer de recursos para tratar con ella. A su vez, podemos, de alguna manera, entrever que dicha voz cumple ciertas funciones protectoras de su sí mismo. Aunque pueda ser sobre una base irreal, le permite posicionarse como alguien especial en un entorno donde sus refuerzos positivos son mínimos. Es por ello por lo que consideramos la función protectora de dichos Insights que, a su vez, pueden suponer dificultades en el proceso de asimilación de sus experiencias problemáticas.

Discusión

Si bien, compartimos la propuesta de Osatuke et al. (2011b) acerca de que el modelo de asimilación parece especialmente adecuado para el espectro de la esquizofrenia, consideramos que lo que éste puede aportar al modelo de asimilación va más allá de la confirmación del mismo.

Creemos importante señalar que el análisis de casos de fracaso terapéutico es particularmente importante para a las generalizaciones que se puedan hacer (Caro, 2006), en tanto que cabe preguntarnos qué detalles pueden aportar al modelo de asimilación y cómo éstos pueden estimular su desarrollo sobre la perspectiva de los estudios de caso que construyen una teoría (Stiles, 2007).

En este trabajo hemos presentado el caso de un sujeto con diagnóstico de esquizofrenia que no mostró una mejoría en la resolución de sus experiencias problemáticas, aunque, en determinados momentos mostró niveles altos de asimilación, como niveles APES-4, o Insights, sobre los que cabe hacer una serie de consideraciones.

Los Insights alcanzados por el Sujeto X cumplían los requisitos formales, dentro del modelo de asimilación, como para ser considerados como tales (Stiles y Angus, 2001). Es decir, la historia que cuenta el Sujeto X en sus narraciones muestra diversos puentes de significado, representando y acogiendo satisfactoriamente sus VDs y sus VNDs (Osatuke et al., 2004). Sin embargo, estos Insights se veían “matizados” por determinados procesos cognitivos, tal y como hemos descrito en los Resultados. Esto nos lleva a plantearnos que el modelo de asimilación podría desarrollarse de forma más precisa para poder encuadrar mejor los resultados obtenidos por sujetos que pueden presentar déficits a diferentes niveles: metacognitivos, salto a las conclusiones, etc. En este sentido, el nivel de asimilación en donde se podría apreciar mejor dichos déficits (y a falta de estudios posteriores) podría ser el nivel de Insight. Es en este nivel (véase Cuadro 1) donde las voces dialogan entre sí, y se alcanza una cierta comprensión sobre, por ejemplo, por qué me pasa lo que me pasa, por qué actúo de la manera que lo hago, etc. Esto nos aparece en los Insights mostrados en los Resultados, como, por ejemplo, el siguiente: *“Parece que a mi ansiedad le afecta el estrés indirectamente, pues a mayor estrés más frecuencia. También parece que ésta evoluciona pues no siempre es la misma”*. El Insight, por tanto, es clave en el proceso de asimilación de cualquier sujeto, aunque en el caso de pacientes con esquizofrenia se deberían hacer determinadas consideraciones que suponen contemplar este nivel de asimilación desde una perspectiva diferente, sugiriendo adaptaciones en la APES.

Así, los datos obtenidos parecen mostrar cierto apoyo a las conclusiones presentadas por Osatuke et al. (2008), en cuanto que el Insight podría tener cierta función de defensa psicológica; lo que podría ser causa, o consecuencia, de los déficits metacognitivos observados en el sujeto. Desde nuestro punto de vista, muchos de los Insights alcanzados por el sujeto podrían suponer una técnica para minimizar el malestar sobre el problema, alcanzando un Insight circunstancial que

emerge de enfocar la atención en un aspecto relacionado o periférico al problema (por ejemplo, véase el primer ejemplo de la narración 11). En este sentido, se podría considerar que los Insights alcanzados por el Sujeto X supusieron poner, como señalaron Honos-Webb et al., (2000) una “capa de azúcar” en lugar de alcanzar una comprensión significativa de sus experiencias.

Por ello, en tanto que no podemos dejar de considerar los planteamientos del sujeto como Insights que se producían dentro del proceso de asimilación de su experiencia, tampoco podemos ignorar la posibilidad de que su incapacidad de resolución de sus experiencias problemáticas le haya llevado a reafirmar los posicionamientos de sus voces de forma tal que se haya situado en posiciones rígidas que le llevan a centrarse en unas pocas problemáticas sin alcanzar un resultado deseado (Kramer et al., 2016). En este sentido, si bien el sujeto logra algún Insight de tipo clínico (Lysaker et al., 2013; Phalen et al., 2015) al asumir la existencia de un trastorno y su diagnóstico, no parece distanciarse lo suficiente para realizar una evaluación precisa de sus propias creencias e interpretaciones, centrándose en aspectos circunstanciales a sus experiencias problemáticas. Esto es importante puesto que el Insight, como puente de significado, facilita el paso a niveles más elevados de asimilación. En consecuencia, con este tipo de sujetos, lo que formalmente se puede considerar un Insight, pero, experiencialmente, no lo es, supondría intentar entender o integrar otros procesos cognitivos en la propia asimilación, adaptando el modelo a características de los sujetos.

Así, planteamos que sería interesante que el modelo de asimilación permitiera diferenciar diferentes tipos de Insight, los centrados en el problema, que potencian la asimilación de las experiencias problemáticas, y aquellos centrados en la emoción y realizados sobre aspectos relacionados o periféricos al problema; que podemos diferenciar con el nombre de ‘*pseudo-Insights*’ y de los que no se deriva un progreso por el continuo de la asimilación; ya que en ningún momento se centra en resolver el problema. De hecho, estos *pseudo-Insights* podrían estar relacionados con bajos niveles de Insight sobre la enfermedad (Osatuke et al., 2008), principalmente derivados de la dificultad de afrontar las emociones emergentes al atender a la misma. Por todo ello, la diferenciación entre los *insights* y los *pseudo-insights* permitiría dotar de una mayor precisión al modelo, evitando resultados aparentemente paradójicos al ubicar el tipo de insight en su nivel correspondiente de asimilación según la función que realiza.

Centrar la atención en estos “*pseudo-Insights*”, nos puede permitir atender a las dificultades o resistencias del sujeto a enfrentarse a su experiencia problemática, siendo un mecanismo que permitiría explicar la falta de resolución de estas experiencias. Igualmente, nos podría ayudar a explicar por qué, en ocasiones, no se consigue un avance en la asimilación de sus experiencias problemáticas pese a que el sujeto obtiene diferentes valoraciones de Insight. Es más, consideramos que habría que plantearse estos *pseudo-Insights* como un marcador de niveles bajos de asimilación; en tanto que su función como defensa impide a los individuos el

progreso en su resolución de los problemas, e incluso de alguna manera les puede impulsar a un nivel muy bajo de conciencia sobre el problema.

En cualquier caso, los datos mostrados son también un buen ejemplo de cómo las mismas dificultades del sujeto para atender a sus VND le derivan a una reevaluación positiva de la situación, así como a una estrategia de evitación y escape (Lysaker et al., 2003). Si bien estos ejemplos son sólo una muestra, estos mecanismos podemos hallarlos en otros párrafos de la muestra total de narraciones, donde el sujeto muestra su visión de la enfermedad como algo externo a él, o donde indica las precauciones que toma para no encontrarse en ninguna situación incómoda, etc.

Limitaciones y estudios futuros

En primer lugar, somos conscientes de que en este trabajo sólo esbozamos algunos aspectos que intervienen en este fracaso de asimilación de las experiencias problemáticas del Sujeto X. Definimos únicamente la existencia de Insights que no acompañan dicho proceso, y esbozamos tentativamente algunos de los aspectos observados. Nuestra intención es desarrollar posteriormente más elementos presentes en las narraciones, que evidencian dificultades metacognitivas del sujeto, en conjunción con resultados de otras investigaciones realizadas en el contexto de la esquizofrenia (Dimaggio et al., 2010; Jørgensen et al., 2015; Lysaker et al., 2003, 2013; Nicolò et al., 2012; Osatuke et al., 2008; Phalen et al., 2015).

Además, cabe resaltar que es un estudio de caso, sobre un sujeto con esquizofrenia, y la evidencia ha de circunscribirse, de momento, a estos datos. En cualquier caso, el estudio del proceso de asimilación en casos de personas con trastorno mental consideramos que es un campo que hay que seguir explorando, haciendo hincapié en aquellos donde no se ha obtenido una asimilación de las experiencias problemáticas, en tanto que pueden aportar información relevante para poder detallar el modelo de forma más precisa. Por ejemplo, considerar un pseudo-Insight como un marcador de baja asimilación que abre la puerta a integrar procesos cognitivos, especialmente relevantes en el contexto de la esquizofrenia, a la hora de evaluar el proceso de asimilación de experiencias problemáticas.

Entendemos que una de las limitaciones más importantes es el no contar con una evaluación metacognitiva del sujeto realizada previamente al registro de las narraciones, siendo interesante la adaptación de herramientas ya desarrolladas por otros investigadores, como la *Metacognition Assessment Scale* (Semerari et al., 2003). En este sentido, consideramos que la citada escala podría aplicarse igualmente a las narraciones, y que la información que nos aportaría podría identificar estas carencias a nivel de metacognición, relacionándolas con progresos en la APES.

También se podría considerar el hecho de que el sujeto haya participado previamente en otra investigación, pese a que se cuidó que no tuviera acceso a los resultados de la misma y se mantuviera una distancia entre la recogida de información y el modelo a emplear en su análisis.

Por otro lado, el formato de recogida de la información utilizado en esta in-

vestigación, a través de narraciones, también supone una limitación ya que, en el sujeto, el diálogo entre las voces se ve matizado por una escritura en la que puede haberse plasmado un contenido más estático, careciendo de una mayor flexibilidad propia del intercambio entre el terapeuta y el cliente.

A pesar de estas limitaciones, creemos que estudios de este tipo, con sujetos con estas características nos permiten avanzar y desarrollar los planteamientos principales del modelo de asimilación y su relevancia para describir aspectos importantes para el cambio terapéutico.

Referencias

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B. y Greenberg, L. S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 165–180. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.165>
- Caro, I. (2003a). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología*, 79, 31–58.
- Caro, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silvia (II). *Boletín de Psicología*, 79, 59–84.
- Caro, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did Maria assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16(4), 422–435. <https://doi.org/10.1080/10503300600756436>
- Caro, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 169–188. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10360>
- Caro, I. y Pérez, S. (2014). La asimilación de experiencias problemáticas: el diálogo entre voces en el nivel de Insight. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 83-96.
- Caro, I., Pérez, S. y Vañó, R. (2017). El modelo de asimilación como un modelo integrador sobre el cambio terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 105-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.204>
- Caro, I. y Stiles, W. B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23(1), 35–53. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.721938>
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Symptom checklist 90 revised*. NCS Pearson.
- Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., y Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good-and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16(4), 393–407. <https://doi.org/10.1080/10503300500294728>
- Dimaggio, G., Hermans, H. J. y Lysaker, P. H. (2010). Health and adaptation in a multiple Self: The role of absence of dialogue and poor metacognition in clinical populations. *Theory & Psychology*, 20(3), 379–399. <https://doi.org/10.1177%2F0959354310363319>
- Hermans, H. J. y Dimaggio, G. (2004). The dialogical self in psychotherapy: An introduction. En H.J. Hermans y G. Dimaggio (eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 1–12). Brunner-Routledge.
- Hermans, H. J., Kempen, H. J. y Van Loon, R. J. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47(1), 23–33. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.1.23>
- Honos-Webb, L., Harrick, E., Stiles, W. B. y Park, C. (2000). Assimilation of traumatic experiences and physical-health outcomes: Cautions for the Pennebaker paradigm. *Psychotherapy*, 37(4), 307-314. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.37.4.307>
- Honos-Webb, L. y Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(1), 23–33. <https://doi.org/10.1037/h0087682>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Jørgensen, R., Licht, R. W., Lysaker, P. H., Munk-Jørgensen, P., Buck, K. D., Jensen, S. O. W., Hansson, L. y Zofmann, V. (2015). Effects on cognitive and clinical insight with the use of guided Self-determination in outpatients with schizophrenia: a randomized open trial. *European Psychiatry*, 30(5), 655–663. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.007>
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kramer, U., Meystre, C., Imesch, C. y Kolly, S. (2016). Assimilative processes in a client with borderline personality disorder: Tracking internal multiplicity over the first ten sessions of therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 144–159. <https://doi.org/10.1037/a0040044>
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Lancaster, R. S., Evans, J. D. y Bell, M. D. (2003). Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophrenia research*, 59(1), 41–47. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00383-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00383-8)
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Callaway, S. S., Salvatore, G., Carcione, A., Nicolò, G. y Stanghellini, G. (2011). Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.007>
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G. y Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(7), 785–793. <https://doi.org/10.1586/14737175.2013.811150>
- Meystre, C., Kramer, U., De Roten, Y., Despland, J. N. y Stiles, W. B. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(1), 29–41. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.782056>
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J., Buck, K., Pompili, E., Buccione, I., Lagrotteria, B. y Lysaker, P. H. (2012). Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 644–647. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825bfb10>
- Osatuke, K., Ciesla, J., Kasckow, J. W., Zisook, S. y Mohamed, S. (2008). Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.001>
- Osatuke, K. y Stiles, W. B. (2010). Change in post traumatic stress disorder: An assimilation model account. En G. Dimaggio y P. H. Lysaker (eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment* (pp. 285–300). Brunner-Routledge.
- Osatuke, K., Stiles, W. B., Barkham, M., Hardy, G. E. y Shapiro, D. A. (2011a). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research*, 190(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.001>
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, J. W., Zisook, S. y Mohamed, S. (2011b). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research*, 21(1), 41–53. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.508760>
- Phalen, P. L., Viswanadhan, K., Lysaker, P. H. y Warman, D. M. (2015). The relationship between cognitive insight and quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Symptom severity as potential moderator. *Psychiatry Research*, 230(3), 839–845. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.014>
- Rabin, S. J., Hasson-Ohayon, I., Avidan, M., Rozenzweig, S., Shalev, H. y Kravetz, S. (2014). Metacognition in schizophrenia and schizotypy: relation to symptoms of schizophrenia, traits of schizotypy and social quality of life. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 44–53.
- Rogers, C. R. (1981). *La psicoterapia centrada en el cliente*. Paidós.
- Schielke, H. J., Fishman, J. L., Osatuke, K. y Stiles, W. B. (2009). Creative consensus on interpretations of qualitative data: The Ward method. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 558–565. <https://doi.org/10.1080/10503300802621180>
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. y Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238–261. <https://doi.org/10.1002/cpp.362>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologists Press [Versión española en TEA, Madrid, 1983].
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38(4), 462–465. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.462>
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J. C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357–365). Oxford University Press.

- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122–127. <https://doi.org/10.1080/14733140701356742>
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21(4), 367-384. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.582186>
- Stiles, W. B. y Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. En J. Frommer y D. L. Rennie (eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 112–127). Pabst Science Publishers.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A. y Hardy, G. (1990). Assimilation of Problematic Experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(3), 411-420. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.3.411>
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Shapiro, D. A. y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal Study of Assimilation in Exploratory Psychotherapy. *Psychotherapy*, 28(2), 195-206. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.2.195>
- Vañó, R. y Caro, I. (2015). Sujeto X. Análisis de narraciones a través del modelo de asimilación en la esquizofrenia. *Boletín de Psicología*, 113, 49–70.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PSICOTERAPIA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E IMPLEMENTACIÓN

FORMATION AND TRAINING PROGRAM IN PSYCHOTHERAPY: THEORETICAL FOUNDATIONS AND IMPLEMENTATION

Pablo Rafael Santangelo

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología. Argentina

Fundación Aiglé, Argentina

CAPsi, Centro de Asistencia Psicológica

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5551-2923>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Santangelo, P. R. (2020). Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia: Fundamentos Teóricos e Implementación. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 331-346. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.377>

Resumen

La formación y entrenamiento en competencias terapéuticas es fundamental para mejorar los resultados de la psicoterapia. El Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia es una de las formas de capacitación con las que cuenta la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). Entre sus metas se propone ofrecer un espacio de formación teórica y entrenamiento en psicoterapia gratuito, brindar atención psicoterapéutica no remunerada a personas con sus derechos vulnerados, como así también un servicio de consulta de problemáticas psicológicas que exceden el dispositivo psicoterapéutico y realizar tareas de supervisión para los graduados que cursan el programa. En dicho dispositivo se realiza un seguimiento de todos los pacientes a los que se les brinda atención y otro del desarrollo de cada uno de los profesionales en formación. El programa está articulado con el proyecto de investigación "Psicoterapia y Supervisión Clínica: habilidades, competencias terapéuticas y resultados de tratamiento", de la misma Universidad, el cual está encargado de hacer todas las evaluaciones de los pacientes y de los psicoterapeutas. El presente trabajo tiene por objetivo fundamentar teóricamente el programa y presentar su desarrollo.

Palabras claves: Psicoterapia, Entrenamiento, Competencias terapéuticas, Supervisión, Argentina.

Abstract

The teaching and training of therapeutic competences is essential to improve the outcomes of psychotherapy. The Teaching and Training Program in Psychotherapy is one of the resources available to the Faculty of Psychology of the National University of Mar del Plata (UNMdP). This program provides free theoretical formation and psychotherapy training, free psychotherapeutic care to people with violated rights, a consultation service for psychological problems that exceed the device, and includes supervisory tasks for the program students. This device includes a follow-up of all the patients to whom care is provided to, and of the development of each of the professionals in training. The program is articulated with the research project "Psychotherapy and Clinical Supervision: skills, therapeutic competencies and treatment outcomes", from the same University, which is in charge of the evaluation of the patients and psychotherapists. The objective of this study is to offer theoretic support to the program and present its development.

Keywords: Psychotherapy, Training, Therapeutic Skills, Supervision, Argentina.



El Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia es una de las formas de capacitación con que cuenta la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En el mismo se forma y entrena en el ejercicio de la psicoterapia a psicoterapeutas nóveles, a partir de cursos de postgrado, supervisión clínica y la atención de pacientes. Se realiza un seguimiento sistemático de los psicoterapeutas como de los pacientes a lo largo de todo el proceso mediante la articulación con el proyecto de investigación “Psicoterapia y Supervisión Clínica: habilidades, competencias terapéuticas y resultados de tratamiento”, de la UNMdP, el cual está encargado de hacer todas las evaluaciones de los pacientes y de los psicoterapeutas. Se han desarrollado hasta este momento tres promociones de diez graduados cada una. La selección de los profesionales se realiza a partir del Curriculum Vitae de cada uno de los aspirantes, una carta de intención y una entrevista personal. El presente trabajo tiene por objetivo fundamentar teóricamente dicho programa y presentar su implementación. La base conceptual del mismo, su fundamentación, es producto de revisiones no sistemáticas realizadas a tal fin.

Fundamentos teóricos

Los cuatro métodos más utilizados para mejorar la efectividad del terapeuta son la supervisión, la educación continua, la difusión de tratamientos basados en evidencia y los sistemas de retroalimentación de resultados (Rousmaniere et al., 2017). El consenso general en la capacitación de psicoterapeutas apunta al menos a tres áreas: competencias en entrevistas; buen juicio ético informado por el código de ética existente; y competencia multicultural. Las competencias fundamentales en psicoterapia incluyen profesionalismo, práctica reflexiva, conocimiento validado, habilidades interpersonales, diversidad cultural, comportamiento ético y habilidades interdisciplinarias (Consoli et al., 2016).

Las recomendaciones de Norcross y Lambert (2018) para la capacitación de competencias son entre otras favorecer en los terapeutas el manejo de la relación terapéutica, adaptando la psicoterapia al paciente individual, valorando su patrimonio cultural, sus valores y creencias. Epstein y Hundert (2002) definen competencia al “uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad que se atiende” (p. 226).

Psicoterapia

La psicoterapia implica una relación interpersonal, donde una o varias personas consultan y un profesional interviene evaluando y favoreciendo cambios. Esta relación está mediada por recursos psicológicos y tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los consultantes. Todo proceso de psicoterapia incluye evaluaciones constantes, tanto objetivas como subjetivas. Se evalúa constantemente la alianza terapéutica, como sostiene Hatcher (2015), el ejercicio de la psicoterapia está anclado en las habilidades interpersonales y el valor de cualquier proceso

psicoterapéutico está indisolublemente unido al contexto relacional en el que se aplica. El modelo contextual de Wampold (2017) contiene tres vías a través de las cuales fluye el poder de la psicoterapia. Una vez iniciado el vínculo terapéutico las tres vías que explican por qué funciona la psicoterapia son: la relación real, la creación de expectativas a través de la explicación de lo que le pasa al paciente y del tratamiento y la tercera vía, promulgar acciones que promuevan la salud. El ejercicio de la psicoterapia implica el conocimiento y manejo de principios validados teniendo en cuenta que lo que funciona para un paciente puede no funcionar para otro. Como sostienen Norcross y Wampold (2018) ninguna psicoterapia es efectiva para todos los pacientes, sin importar lo buena que sea para algunos.

Se han encontrado cinco categorías de principios de cambio que correlacionan con los resultados en los procesos psicoterapéuticos: Principios de Pronóstico del Paciente; de Moderación del Paciente; Principios del Proceso del Paciente; Principios de Relación Terapéutica; y Principios de Intervención del Terapeuta (Beutler y Harwood, 2000; Castonguay et al., 2019; Fernández-Álvarez et al., 2008).

Módulos en el entrenamiento de competencias terapéuticas

El marco general del entrenamiento está basado en el modelo de Hill (2014, 2019) y en el modelo de Fernández-Álvarez (2008). Hill (2014, 2019) sostiene que el entrenamiento consiste en ejercitar las competencias e intervenciones y buscar el ajuste apropiado de estas a los pacientes. Este modelo está compuesto por tres elementos interdependientes: habilidades terapéuticas, conciencia de sí mismo y actitud de facilitación. En él, el desarrollo de las habilidades terapéuticas está pensado por etapas: 1) exploración; 2) comprensión; y 3) acción. Así, en la etapa de exploración las intervenciones a favorecer serían la escucha activa, las preguntas abiertas, el reflejo de sentimientos, las autorrevelaciones, el silencio intencional, la síntesis; dentro de la etapa de comprensión se facilita el desarrollo de intervenciones como la inmediatez, interpretaciones, autorrevelaciones, señalamiento, todas orientadas al insight y en la etapa de acción intervenciones como dar información, juego de roles y ensayos conductuales, orientación y tareas intersesión. La efectividad del modelo de entrenamiento en habilidades de ayuda de Hill, para estudiantes de pregrado, se ha replicado en distintos estudios (Chui et al., 2014; Jackson et al., 2014).

Las operaciones necesarias para activar los cambios terapéuticos y la formación teórica, son dos pilares fundamentales donde debe apoyarse el entrenamiento. La formación teórica implicaría una teoría de la mente, un modelo psicopatológico y un programa de cambios. Las operaciones a entrenar serían la entrevista, la realización del diseño de tratamiento, la aplicación de técnicas y la evaluación del proceso psicoterapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2008).

Un psicoterapeuta cuenta con habilidades y competencias terapéuticas. Llegar a ser un terapeuta efectivo no depende solamente de la cantidad de teoría que hemos leído. Para llegar a tener buenos resultados en el ejercicio de la profesión se requiere, además de poseer conocimiento validado, de un entrenamiento en de-

terminadas competencias terapéuticas. Es decir, la formación y el entrenamiento serán dos caras de la misma moneda en el desarrollo de un psicoterapeuta. Miller et al. (2007) identificaron tres componentes críticos para un rendimiento superior: determinar un nivel básico de efectividad, incluyendo fortalezas y habilidades que necesitan mejorarse; obtener retroalimentación sistemática, continua y formal; y participar en una práctica deliberada. Para que se mantengan las habilidades deben ejercitarse y la instrucción, el modelado, la práctica y la retroalimentación son componentes útiles de la capacitación (Anderson et al., 2019; Hill y Knox, 2013).

Trabajo con material clínico

Son diversas las formas de trabajar con material clínico, Mackrill e Iwakabe (2013) enumeran distintas modalidades para la presentación de casos clínicos. Una de ellas consiste en las viñetas de casos, las cuales son descripciones breves de un paciente en particular y segmentos de sesiones. Se usan para ilustrar conceptos teóricos o clínicos particulares y para reflexionar sobre los mismos. El segundo tipo de materiales de estudio corresponde a los audios o videos de las sesiones. Estos implican una ganancia al poder escuchar y ver al paciente y al psicoterapeuta en acción. Un tercer tipo de materiales es el estudio de casos escritos que resume un curso completo de terapia con reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico. Y por último la narración autobiográfica de terapeutas y de los pacientes. En estos informes se discuten las experiencias de los terapeutas por un lado y la de los pacientes por el otro en el proceso psicoterapéutico.

Formulación de casos

Eells (2015) propone cuatro razones por las cuales se deben formular los casos. Primero, una formulación guía el tratamiento y permite monitorear el progreso del mismo. En segundo lugar, aumenta la efectividad del tratamiento. Tercero, la formulación es personalizada, se adapta el tratamiento a las circunstancias específicas del paciente. Cuarto, una formulación bien diseñada debería mejorar la empatía del terapeuta, dado el terapeuta debe ponerse en el lugar del paciente para formular el caso.

La formulación de casos vincula el proceso de diagnóstico con el tratamiento, la psicopatología con la psicoterapia, la teoría clínica con el caso único y lo general con lo particular. Como tal, le brinda al terapeuta una oportunidad única para la toma de decisiones clínicamente apropiadas, personalizando la intervención y obteniendo información sobre la experiencia subjetiva del paciente (Kramer, 2019).

Capacidad de respuesta apropiada

Stiles (2009, 2013) define la capacidad de respuesta apropiada como la capacidad del psicoterapeuta para lograr un ajuste óptimo a las características y el estado del paciente, permitiendo un mayor beneficio para este. Esta capacidad puede ser entendida como una metacompetencia ya que es una variedad de funcionamiento

ejecutivo, que organiza y guía el uso de varias competencias (Hatcher, 2015). Es “saber cuándo hacer qué” para avanzar en el trabajo terapéutico. La empatía es una característica central de la capacidad de respuesta porque implica la percepción del otro para hacer los ajustes necesarios (Hatcher, 2015). Ayudar a los terapeutas en el entrenamiento a diferenciar la empatía como técnica y como recurso receptivo de información es crucial en el entrenamiento. Hay veces que los pacientes no necesitan un terapeuta empático, pero para darnos cuenta de ello necesitamos usar la empatía. Es decir, podemos usar la empatía para tomar distancia si notamos que es lo que necesita el paciente (Hatcher, 2015).

Autoras como Hill y Knox (2013) sostienen que las habilidades de ayuda son comportamientos del terapeuta que promueven buenos resultados en el paciente. Estas se aprenden y practican por medio del juego de roles. Muchas de estas habilidades de ayuda se pueden ver como herramientas que expanden las opciones para tener una mayor sensibilidad o capacidad de respuesta.

Práctica deliberada

La práctica deliberada (Rousmaniere, 2016, 2019), tiene por objetivo afinar las competencias de los terapeutas. La misma implica observar el rendimiento del psicoterapeuta, obtener una retroalimentación experta, establecer pequeños objetivos incrementables de aprendizaje más allá de la capacidad del graduado, ensayo repetitivo de habilidades y competencias específicas y una evaluación continua. Para Chow (2017) este tipo de práctica tiene cuatro componentes: objetivos de aprendizaje individualizados; un supervisor; retroalimentación inmediata sobre el desempeño; y refinamiento sucesivo a partir de la práctica y la retroalimentación. En cualquiera de las dos propuestas mencionadas la práctica y la retroalimentación por parte de un experto son fundamentales para el mejoramiento de las competencias terapéuticas.

Humildad

La humildad es una de las virtudes que facilitan las relaciones interpersonales y se puede construir a través de la práctica (Paine et al., 2015). Como sostienen Watkins y Mosher (2020) la humildad es central en el proceso de capacitación de los graduados que aprenden el ejercicio de la psicoterapia, enseñar a los aprendices sobre la humildad y como cultivarla puede contribuir a su desarrollo profesional y mejorar potencialmente su efectividad en los roles de terapeuta / supervisor (Hook et al., 2017).

Watkins y Mosher (2020) proponen que la humildad de los graduados que aprenden el ejercicio de la psicoterapia implica apertura, una autoevaluación precisa y una orientación centrada en los demás en las situaciones de tratamiento/supervisión. Además sostienen que la humildad puede contribuir a las mejores prácticas de tratamiento/supervisión en al menos cuatro formas: mejorando la competencia multicultural, fortaleciendo la alianza terapeuta-paciente y la alianza supervisorado-

supervisor, haciendo que los profesionales sean cada vez más receptivos a los comentarios de los pacientes y supervisores, y hacer más probable la participación de los graduados en la consulta entre pares. La humildad es totalmente necesaria para restablecer rupturas en la alianza tanto de psicoterapia como en supervisión.

Se ha planteado el potencial efecto de la humildad en los supervisores (Watkins et al., 2019) y se han identificado tres formas distintas de humildad: relacional, cultural e intelectual, las mismas han sido propuestas para los psicoterapeutas en formación (Watkins y Mosher, 2020). Las distintas formas de humildad están basadas en el respeto hacia el otro, variando en grados en el mismo psicoterapeuta (Watkins et al., 2019).

Entre las actividades que facilitarían el desarrollo de la humildad estarían: educar directamente a los graduados sobre la humildad y sus beneficios, el uso de tareas específicas que aumentan la conciencia de la misma, hacer de ella una parte integral de los materiales de capacitación / supervisión, crear un entorno de supervisión basado en una perspectiva humilde, utilizando preguntas reflexivas o socráticas para estimular la apertura y la autoevaluación de los graduados (Watkins y Mosher, 2020).

Competencia multicultural

Las competencias multiculturales se refieren a la capacidad del terapeuta para involucrarse activamente y trabajar efectivamente con una diversidad de pacientes (Chu et al., 2016). Existen tres componentes críticos en la formación de la competencia multicultural: la autoconciencia sobre el trasfondo cultural propio y su influencia; el conocimiento sobre la diversidad cultural y su impacto; y las competencias para implementar intervenciones multiculturalmente informadas (Hook et al., 2017). La humildad ayuda a crear una visión de la cultura del graduado, le permite ver el alcance y la realidad de las diferencias multiculturales en la vida diaria, tomar medidas para evaluarlas en el tratamiento, personalizando el mismo y aumentar la probabilidad de abordar y debatir cuestiones multiculturales en la supervisión (Hook et al., 2017; Paine et al., 2015; Watkins et al., 2019).

Una de las recomendaciones para mejorar la competencia multicultural del clínico a través de la capacitación es sintonizando con las experiencias culturales del paciente. La capacitación multicultural tiene como objetivo aumentar la conciencia y el conocimiento de las experiencias y visiones del mundo de otros. La capacitación debería fomentar la apertura explícita a todos los aspectos de las experiencias de los pacientes, reforzada por una buena dosis de humildad cultural. Otra manera de favorecer las competencias culturales es pedir a los profesionales que soliciten comentarios al paciente sobre consideraciones culturales. Solicitar comentarios durante el tratamiento es esencial para cerrar la brecha entre las percepciones del paciente y el terapeuta sobre las consideraciones culturales (Soto et al., 2019).

Supervisión

La supervisión es esencial en el desarrollo de competencias terapéuticas. Bernard y Goodyear (2019) sostienen que cuando una persona practica intervenciones, estas se van volviendo más arraigadas. Esto es tan cierto para las intervenciones ineficaces como para las efectivas. Por lo tanto, a menos que la persona involucrada en esa práctica haya estado recibiendo orientación y retroalimentación, el repertorio conductual que se está integrando incluirá respuestas ineficaces y, en algunos casos, incluso dañinas.

La supervisión ha sido reconocida durante mucho tiempo como un factor importante en el proceso de capacitación de los psicoterapeutas y ha sido identificada como el mecanismo más relevante para desarrollar sus competencias durante el entrenamiento (Bernard y Goodyear, 2019; Fernández-Álvarez, 2016; Stoltenberg, 2005). Facilitar y mejorar el desarrollo profesional de los supervisados y proteger el bienestar de los pacientes son dos de los principales objetivos de la misma (Falender y Shafranske, 2014).

El impacto de la supervisión sobre los supervisados es un área donde la investigación tiene un gran desarrollo y con buenos resultados. Hasta ahora, los estudios han sugerido que la supervisión tiene una serie de resultados beneficiosos para los supervisados, que incluyen mayor autoconciencia, conocimiento, adquisición y uso de habilidades, mayor autoeficacia, fortalecimiento de la relación entre supervisor y paciente y disminución de la ansiedad del profesional (Bambling, 2014; Bernard y Goodyear, 2019; Inman et al., 2014; Gibson et al., 2009; Holloway, 2012; Ladany e Inman, 2011; Wheeler y Richards, 2007). Sin embargo, también se ha reportado que puede tener efectos adversos, como eventos contraproducentes que se producen en la supervisión afectando la manera en que el supervisado se acerca al supervisor, dejando sin revelar información en el espacio de trabajo (Gray et al., 2001; Mehr et al., 2010). Se ha definido la supervisión dañina como una práctica de supervisión que resulta en daño psicológico, emocional y / o físico o trauma para el supervisado (Ellis et al., 2013).

Se han realizado varias revisiones sobre los efectos de la supervisión en los resultados de los procesos psicoterapéuticos (Goodyear y Rousmaniere, 2017; Milne et al, 2011; Rousmaniere et al., 2014; Watkins, 2011; Whipple et al., 2020) encontrando algunas relaciones pero con resultados contradictorios e inconcluyentes.

La definición de supervisión de la cual se parte en el Programa de Formación y Entrenamiento es la que postulan Bernard y Goodyear (2019, 2014), la cual afirma que la misma es una intervención provista por un miembro más antiguo de una profesión a un colega o colegas más jóvenes. Esta relación es evaluativa y jerárquica, se extiende en el tiempo y tiene el propósito simultáneo de mejorar el funcionamiento profesional y monitorear la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los pacientes. La supervisión tiene como objetivo desarrollar nuevas habilidades y conocimientos, se rige por las necesidades del supervisado particular y sus pacientes, lo que implica que cualquier trabajo con un supervisado debe ser

para aumentar la efectividad en el trabajo con los pacientes y ayudar al supervisado a desarrollar sus competencias terapéuticas.

Módulos del Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia en Acción

Formación teórica

El programa cuenta con diferentes dispositivos donde los graduados adquieren conocimiento. Hasta la fecha se han realizado distintos cursos de postgrado con variadas temáticas relacionadas con la clínica. Todos los cursos son obligatorios y con la evaluación correspondiente. Otra manera de adquirir información es la presentación de temas teóricos. Esta modalidad consiste en la elección de temas de interés de los cursantes del programa, la búsqueda bibliográfica correspondiente y guía de la misma por parte del director del programa y la presentación oral del mismo a todo el equipo. El espacio de ateneos clínicos también implica búsqueda bibliográfica y articulación de la misma con la práctica clínica. En todos los espacios se recomienda bibliografía de consulta si es necesario. Así, el tránsito por el programa requiere una lectura continua a lo largo de los dos años.

Desarrollo de habilidades y entrenamiento de competencias terapéuticas

El entrenamiento consiste en ejercitar a través de distintas actividades las habilidades, competencias e intervenciones y buscar el ajuste apropiado de estas a los pacientes.

Juego de roles

El entrenamiento en el programa implica la realización de juegos de roles, en los cuales se ilustran pacientes con distintas características y problemáticas. Uno de los graduados hace el papel de paciente y otro el de psicoterapeuta, el resto son observadores no participantes. En este ejercicio buscamos, siguiendo a Hill (2019), el desarrollo de intervenciones orientadas a la exploración, el insight y la acción. Teniendo en cuenta favorecer el ajuste de las intervenciones a las necesidades y características del paciente, es decir, fomentando la capacidad de respuesta apropiada.

Como se mencionó anteriormente, formación y entrenamiento son dos caras de la misma moneda, articular el conocimiento que se va adquiriendo y hacerlo carne es el principio rector del juego de roles. Los psicoterapeutas, a partir del ejercicio, muestran distintas maneras de hacer la misma intervención demostrando su sello personal al realizar las mismas. El juego de roles favorece la adquisición de habilidades, pero las mismas siempre van a tener la marca personal de cada uno.

Práctica deliberada

Son distintas las actividades que se han realizado para que los graduados ejerciten y mejoren sus competencias terapéuticas, por ejemplo, ante la dificultad

de realizar una devolución explicando a los pacientes en qué consiste el programa se diseñó la siguiente actividad: todos los graduados debían grabarse haciendo una devolución, las veces que ellos consideraran hasta que les salga como ellos esperaban. Luego esa grabación se trabajó con uno de los supervisores brindándole retroalimentación respecto a cómo lo habían hecho para que luego puedan realizar otra grabación teniendo en cuenta los comentarios recibidos.

La práctica deliberada mejora el rendimiento de los terapeutas, es una de las principales actividades que permiten, a partir de la retroalimentación por parte de un experto, el refinamiento de las intervenciones. El que se trabaje de manera grupal, por ejemplo, que todos los integrantes escuchen la grabación de la devolución permite también que los demás profesionales se beneficien de la actividad. Así, la formación, el juego de roles y la práctica deliberada se van articulando para un ejercicio más efectivo de nuestra práctica.

Competencias multiculturales y humildad

En el programa favorecemos el desarrollo de la humildad, pensada desde lo relacional, lo cultural y lo intelectual. Estamos continuamente facilitando el poder ponerse en el lugar del otro y en que no se realicen juicios de valor, respetando las creencias de los pacientes y de los graduados. El trabajo con la humildad habilita el pulido de las competencias culturales, aumentando los grados de conciencia de los profesionales respecto a sus prejuicios y favoreciendo intervenciones de exploración que permitan entender visiones y experiencias distintas. Se hace un trabajo en supervisión y en los ateneos clínicos sobre los prejuicios de los graduados y de los mismos supervisores, se facilita la implementación de intervenciones con sus pacientes que les permitan entender el bagaje cultural de los consultantes.

Así, otro de los componentes fundamentales que hacen que un terapeuta sea más efectivo es la toma de conciencia respecto de la diferencia entre él y los pacientes, es decir, facilitar la apertura mental del reconocimiento del otro como distinto, con valores, pensamientos y creencias diferentes, es otro requisito para un buen ejercicio de la psicoterapia. Formación, juego de roles, práctica deliberada son condiciones necesarias, pero no suficientes, ya que la falta de humildad obstaculizaría el desempeño en el ejercicio de la psicoterapia.

Psicoterapia

En este proceso se realizará una evaluación minuciosa de la persona que consulta y se ponderará si contamos con los recursos para ayudar al paciente o si tenemos que derivarlo. Si la consulta es pertinente, es decir si el motivo de consulta implica generar cambios en el paciente y que esos cambios se puedan lograr con un proceso psicoterapéutico, el mismo se orientará de una manera general a mejorar la calidad de vida del paciente teniendo en cuenta lo que le pasa y lo que espera de la psicoterapia, la motivación para el cambio, los recursos psicológicos con los que cuenta, las variables psicopatológicas y las transdiagnósticas, sus preferencias

y el contexto cultural en el cual está inmerso (Fernández-Álvarez et al., 2008). Los graduados que forman parte del programa brindan atención psicoterapéutica en distintos lugares de la ciudad de Mar del Plata. A partir de la consulta se realiza el siguiente trabajo:

Proceso de admisión

Todos los procesos de admisión cuentan con entrevistas abiertas y una entrevista donde se toman los siguientes cuestionarios:

La adaptación del Cuestionario de Resultados (OQ-45.2) de Lambert et al. (1996) realizada por Von Bergen y De la Parra (2002). La escala de resultados (ORS, Miller et al., 2003), adaptación realizada desde el proyecto de investigación mencionado anteriormente, artículo no publicado.

El Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID 5, por sus siglas en inglés) (Krueger et al., 2012).

Al finalizar la entrevista en la cual se administran los cuestionarios se le da al paciente el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II, por sus siglas en inglés) (Millon, 1999) para que lo conteste en su casa y lo traiga a la semana siguiente.

Una vez terminado el proceso de admisión, si consideramos que tenemos los recursos para brindar atención al paciente y no derivarlo, contamos con el acuerdo sobre los objetivos a alcanzar y los recursos a utilizar; y siempre que podamos con un tiempo estimado de duración del proceso terapéutico.

Proceso psicoterapéutico

Una vez terminada la evaluación inicial comenzamos con el tratamiento propiamente dicho. En la tercera y en la octava entrevista de tratamiento evaluamos si ha habido cambios desde el inicio del proceso respecto a la sintomatología presentada en la admisión y también ponderamos la alianza terapéutica. Es una evaluación que lleva no más de 20 minutos. Administramos los siguientes instrumentos:

El Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente (WAI-SR-A, por sus siglas en inglés) (Gomez Penedo et al., 2015). Esta es una adaptación de la versión abreviada del inventario de alianza de trabajo (WAI, Hatcher y Gillaspay, 2006).

La Escala de evaluación de Sesión (SRS V.3.0, por sus siglas en inglés) (Duncan et al., 2003). Adaptación realizada desde el proyecto de investigación mencionado anteriormente, artículo no publicado.

El OQ 45.2 y el ORS nombrados anteriormente.

Al finalizar el tratamiento administramos nuevamente todos los instrumentos. El PID 5 y el MCMI – II se vuelven a administrar solo si es tratamiento duró más de 15 sesiones.

Es decir, además de hacer las evaluaciones clínicas que se realizan sesión a sesión y también durante las sesiones para ir ajustando las intervenciones, realizamos un seguimiento sistemático con instrumentos que nos brindan información

objetiva sobre cómo va el progreso del paciente. Todos los pacientes tienen una ficha de admisión (Fernández-Álvarez et al., 2008) y un registro de lo que se trabaja en cada sesión del tratamiento.

Es en el ejercicio de la psicoterapia dónde los profesionales ponen a prueba todo lo que se fue trabajando en el proceso de formación y entrenamiento. Es aquí donde se ven los resultados de la formulación del caso, de los juegos de roles realizados, de la práctica deliberada y del desarrollo de las competencias multiculturales. La formación y el entrenamiento ejerce un efecto sobre el ejercicio de la psicoterapia, es decir el profesional realizará intervenciones a partir del conocimiento que fue adquiriendo y de las competencias que fue desarrollando; y el ejercicio de la psicoterapia también tendrá un efecto sobre el mismo terapeuta al ir dándose cuenta de que problemáticas le resulta más fácil trabajar, con que pacientes se siente mejor y sobre todo de sus limitaciones.

Supervisión

Siendo la supervisión clínica la estrategia de instrucción que más caracteriza la preparación de los profesionales de la salud mental (Bernard y Goodyear, 2019) es que en el programa contamos con un espacio de supervisión semanal de una hora y media. La misma se realiza en pequeños grupos. Estos van cambiando a lo largo de los dos años, es decir, todos los supervisados rotan por todos los supervisores y también van compartiendo la experiencia de supervisión con distintos compañeros. Son varios los modelos de supervisión existentes, entre ellos los basados en la teoría de la psicoterapia, los basados en el desarrollo, modelos de procesos, combinados, transteóricos de supervisión, basados en problemas y de factores comunes (Bernard y Goodyear, 2019). Sostenemos desde el programa, siguiendo a Bernard y Goodyear (2019) que el buen ejercicio de la supervisión transita por todos los modelos nombrados e intentamos la difícil tarea de no perder de vista ninguno de ellos. Es decir, en el ejercicio de esta, estamos atravesados por todos ellos debido a que tenemos en cuenta el nivel de desarrollo de los supervisados, los distintos modelos teóricos, que realizamos una supervisión basada en objetivos y atendiendo a las dificultades que tienen con los pacientes que están atendiendo, y además tenemos en cuenta los factores comunes de los distintos modelos como la relación de supervisión. Realizamos una supervisión adaptada a las características del psicoterapeuta y del paciente, basada en la retroalimentación que se brindan el supervisor y supervisado, y en la que se brindan paciente y psicoterapeuta. Según Hatcher (2015) la supervisión clínica es probablemente un lugar particularmente valioso para la capacitación en respuesta apropiada. En este sentido Friedlander (2015) sostiene que uno de los elementos destacados de la supervisión es demostrar el valor de la capacidad de respuesta al utilizarla uno mismo con los supervisados.

Comenzamos el proceso de supervisión ajustando expectativas respecto a los roles de cada uno. Indagar al inicio de la supervisión qué es lo que los supervisados esperan de la misma nos brinda elementos para una buena relación de supervisión,

nos da información respecto a si tenemos que trabajar sobre esas expectativas. Es crucial que cada uno sepa cuál es el rol que cumple en la misma. Ellis et al. (2015) encontraron que la inducción de roles es efectiva para ajustar los roles de cada uno.

También es importante que los supervisores continúen monitoreando la calidad de la relación de manera regular. Esto incluye permitir a los supervisados discutir la calidad de la relación de supervisión, tanto explícitamente como implícitamente haciendo consultas directas al respecto (Bernard y Goodyer, 2019).

Las características mencionadas recientemente en el ejercicio de la supervisión y la humildad de los supervisores (Watkins et al., 2019) entendida como una competencia de los mismos, facilitarían maximizar los beneficios de la supervisión y minimizar los posibles perjuicios de la misma.

Como mencionamos, la supervisión es la estrategia que más caracteriza la instrucción de los profesionales, es mediante el monitoreo del ejercicio de la psicoterapia que vamos evaluando el desarrollo del terapeuta y la calidad del servicio que implementa. El espacio de supervisión brinda al terapeuta el trabajo en equipo de las dudas que tiene sobre el paciente y de cómo se va sintiendo en el ejercicio de la psicoterapia. La supervisión nos permite tener información de las competencias de los terapeutas y de cuán refinadas están. El terapeuta nos brinda información de su paciente y esta es enriquecida por los resultados de los cuestionarios administrados, que nos dan de una manera más objetiva cual es su evolución. En la supervisión evaluamos las intervenciones de los profesionales, intervenciones que fueron entrenadas a partir de las actividades mencionadas anteriormente, las reforzamos cuando es pertinente o brindamos comentarios para la corrección de las mismas. Así, como sostenemos que es en el ejercicio de la psicoterapia dónde los profesionales ponen a prueba todo lo que se fue trabajando en el proceso de formación y entrenamiento, es en la supervisión donde evaluamos las habilidades y competencias de los psicoterapeutas.

Aunque algunas de las recomendaciones para una supervisión que favorezca el desarrollo de competencias terapéuticas son la observación directa (en vivo o en video) de las competencias demostradas para proporcionar retroalimentación precisa (Falender y Shafranske, 2014; O'Donovan et al., 2011); y que hay investigaciones con buenos resultados sobre métodos de capacitación que brindan retroalimentación basada en video para mejorar las competencias terapéuticas (Miller et al., 2004; Weck et al., 2017), es un recurso que todavía no utilizamos.

Seguimiento de los Psicoterapeutas

A lo largo de la formación y el entrenamiento realizamos un seguimiento de los terapeutas aplicando continuamente evaluaciones de proceso, en el día a día. Pedimos información verbal sobre cómo se van sintiendo, sobre qué cosas necesitan y qué deberíamos cambiar para que todo funcione mejor. Además, los cursos que realizan tienen su evaluación correspondiente.

Utilizamos tres escalas para evaluar a los terapeutas, una que pondera la

autopercepción de habilidades terapéuticas, otra que evalúa el estilo personal del terapeuta y otra que mide la relación de supervisión. Las administramos cada cuatro meses. Las escalas son: Counselor Activity Self-Efficacy Scales (Lent et al., 2003), utilizamos la adaptación a nuestro contexto (Santangelo et al., n.d., artículo no publicado); la Short Version of the Supervisory Relationship Questionnaire S-SQR (Cliffe et al., 2016), utilizamos la adaptación a nuestro contexto (Santangelo y Conde, en prensa) y El Estilo Personal del Terapeuta EPT-C (Fernández-Álvarez y García, 1998).

Sintetizando, realizamos un seguimiento de todos los pacientes como de todos los psicoterapeutas en formación.

Conclusión

El Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia de la Facultad de Psicología, UNMDP, sigue los lineamientos de la psicoterapia basada en la evidencia, sostenemos que la formación continua y el entrenamiento de competencias es fundamental para mejorar los resultados de la psicoterapia. Como comentamos anteriormente, no alcanza con leer información actualizada para ser un terapeuta efectivo, sino que además requiere de un entrenamiento que implica el juego de roles, el trabajo con viñetas, la escucha de sesiones, la formulación de casos y presentación de los mismos, la práctica deliberada y fundamentalmente la supervisión clínica. A su vez, cualquier dispositivo que intente formar y entrenar terapeutas debe incluir procesos de evaluación de los profesionales. Esta evaluación implicaría evaluar los contenidos a partir de los exámenes de los cursos y de la presentación de casos en los ateneos; una evaluación de competencias terapéuticas que se realiza en los juegos de roles, en la práctica deliberada y en la supervisión; evaluación de habilidades terapéuticas a partir de instrumentos objetivos y finalmente, la evaluación más importante, que es la que brindan los pacientes a partir de la administración de cuestionarios que evalúan los resultados de la psicoterapia.

Referencias

- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., y McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology, 76*(4), 659-675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Bambling, M. (2014). Creating positive outcomes in clinical supervision. En C. E. Watkins y D. L. Milne (eds.), *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision* (pp. 445-457). WileyBlackwell.
- Bernard, J. M. y Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5ª ed.). Allyn & Bacon.
- Bernard, J. M. y Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6ª ed.) Pearson.
- Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford University Press on Demand.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. y Beutler, L. E. (2019). *Principles of Change: How Psychotherapists Implement Research in Practice*. Oxford University Press.
- Chow, D. (2017). The practice and the practical: Pushing Your clinical Performance to the next level. En D. S. Prescott, C. L. Maeschalck y S. D. Miller (eds.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (pp. 323-355). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000039-017>

- Chu, J., Leino, A., Pflum, S. y Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 18–29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
- Chui, H., Hill, C. E., Ain, S., Ericson, S., Del Pino, H. G., Hummel, A., Merson, E. S. y Spangler, P. T. (2014). Training undergraduate students to use challenges. *The Counseling Psychologist*, 42(6), 758-777. <https://doi.org/10.1177%2F0011000014542599>
- Cliffe, T., Beinart, H. y Cooper, M. (2016). Development and validation of a short version of the Supervisory Relationship Questionnaire. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(1), 77-86. <https://doi.org/10.1002/cpp.1935>
- Consoli, A. J., Fernández-Álvarez, H. y Corbella, S. (2016). The Training and Development of Psychotherapists: A Life- Span Perspective. En A. J. Consoli, L. E. Beutler y B. Bongar (eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 462-479). Oxford University Press.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. y Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Eells, T. D. (2015). *Theories of psychotherapy. Psychotherapy case formulation*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14667-000>
- Ellis, M. V., Berger, L., Hanus, A. E., Ayala, E. E., Swords, B. A. y Siembor, M. (2013). Inadequate and harmful clinical supervision: Testing a revised framework and assessing occurrence. *The Counseling Psychologist*, 42(4), 434–472. <https://doi.org/10.1177/0011000013508656>
- Epstein, R. M. y Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226–235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Falender, C. A. y Shafranske, E. P. (2014). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10806-000>
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé, 1977-2008*. Desclee de Brouwer.
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- 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). Educat.
- Fernández-Álvarez, H., Kirszman, D. y Vega, E. (2008) en Fernández-Álvarez, H. (Ed.). (2008). *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé, 1977-2008*. Desclee de Brouwer
- Friedlander, M. L. (2015). Use of relational strategies to repair alliance ruptures: How responsive supervisors train responsive psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(2), 174-179. <https://doi.org/10.1037/a0037044>
- Gibson, J. A., Grey, I. M. y Hastings, R. P. (2009). Supervisor support as a predictor of burnout and therapeutic self-efficacy in therapists working in ABA schools. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1024–1030. <https://doi.org/10.1007/s10803009-0709-4>
- Gomez Penedo, J. M., Waizmann, V. y Roussos, A. J. (2015). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente. *Investigaciones en Psicología*, 20(1), 49-62.
- Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A. y Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainees’ experience of counter-productive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 371–383– 383. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.371>
- Goodyear, R. K. y Rousmaniere, T. (2017). Helping therapists to each day become a little better than they were the day before: The Expertise-Development model of supervision and consultation. En T. Rousmaniere, S. D. Miller, R. K. Goodyear y B. E. Wampold (eds.), *Supervision from competence to expertise: Using deliberate practice for career-long professional development* (pp. 67-95). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch4>
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747–757. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039803>
- Hatcher, R. L. y Gillasp, J. A. (2006). Development and validation of a revised Short Version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-15. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action* (4ª ed.). American Psychological Association.
- Hill, C. E. (2019). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action* (5ª ed.). American Psychological Association.
- Hill, C. E. y Knox, S. (2013). Training and Supervision in Psychotherapy. En M. J. Lambert (eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.775-812). John Wiley & Sons.

- Hook, J. N., Davis, D., Owen, J. y DeBlaere, C. (2017). *Cultural humility: Engaging diverse identities in therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000037-000>
- Holloway, E. L. (2012). Professional competence in supervision. En J. N. Fuertes, A. Spokane y E. L. Holloway (eds.), *The professional competencies in counseling psychology* (pp. 165–181). Oxford University Press.
- Inman, A. G., Hutman, H., Pendse, A., Devdas, L., Luu, L. y Ellis, M. V. (2014). Current trends concerning supervisors, supervisees, and clients in clinical supervision. En C. E. Watkins y D. Milne (eds.), *Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 61–102). Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118846360.ch4>
- Jackson, J., Hill, C. E., Spangler, P. T., Ericson, S., Merson, E., Liu, J., Wydra, M. y Reen, G. (2014). Training undergraduate students to use interpretation. *The Counseling Psychologist*, 42(6), 778-799. <https://doi.org/10.1177/0011000014542600>
- Kramer, U. E. (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client*. Elsevier Academic Press.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291711002674>
- Ladany, N. e Inman, A. G. (2011). Training and supervision. En E. Altmaier y J. C. Hansen (eds.), *Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 179–207). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342314.013.0007>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J. y Burlingame, G. M. (1996). *Administration And Scoring Manual for the OQ45.2*. American Professional Credentialing Services LLC.
- Lent, R. W., Hill, C. E. y Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97-108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.97>
- Mackrill, T. e Iwakabe, S. (2013). Making a case for case studies in psychotherapy training: A small step towards establishing an empirical basis for psychotherapy training. *Counseling Psychology Quarterly*, 26(3-4), 250-266. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.832148>
- Mehr, K. E., Ladany, N. y Caskie, G. I. L. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counseling and Psychotherapy Research*, 10(2), 103–113. <https://doi.org/10.1080/14733141003712301>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. y Duncan, B. L. (2007). Supershrinks: Learning from the field's most effective practitioners. *Psychotherapy Networker*, 31(6), 26–35, 56.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. y Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050–1062. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050>
- Millon, Th. (1999). MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual. (2ª edición Revisada). TEA.
- Milne, D., Sheikh, A., Pattison, S. y Wilkinson, A. (2011). Evidence-based training for clinical supervisors: A systematic review of 11 controlled studies. *The Clinical Supervisor*, 30(1), 53–71. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.564955>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- O'Donovan, A., Halford, W. K. y Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101–112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Paine, R. P., Sandage, S. J., Rupert, D., Devor, N. G. y Bronstein, M. (2015). Humility as a psychotherapeutic virtue: Spiritual, philosophical, and psychological foundations. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17(1), 3–25. <https://doi.org/10.1080/19349637.2015.957611>
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315472256>
- Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the Inner skills of psychotherapy: A deliberate practice manual*. Gold Lantern Books.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. y Wampold, B. E. (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119165590>
- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L. y Berzins, S. (2014). Supervisor effects on client outcome in routine practice. *Psychotherapy Research*, 26(2), 196–205. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>

- Santangelo, P. R. y Conde, K. (en prensa). Relación de Supervisión: Adaptación de la escala S-SQR en Psicoterapeutas Argentinos.
- Santangelo, P. R., Curatti, J. y Vanni, V. (n.d.). Habilidades de Ayuda: Adaptación de la escala CASES en Psicólogos Argentinos (artículo no publicado).
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Rodríguez, M. A. y Bernal, G. (2019). Cultural Adaptations and Multicultural Competence. En J. C. Norcross y W. Wampold (eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 2: Evidence-based therapist contributions* (pp. 86-132). Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 50(1), 33-41. <https://doi.org/10.1037/a0030569>
- Von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia psicológica*, 20(2), 161-176.
- Wampold, B. E. (2017). What Should We Practice?: A Contextual Model for How Psychotherapy Works. En T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller y B. E. Wampold (eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 49-65). Wiley.
- Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235-256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
- Watkins, C. E., Hook, J. N., Mosher, D. y Callahan, J. L. (2019). Humility in clinical supervision: Fundamental, foundational, and transformational. *The Clinical Supervisor*, 38(1), 58-78. <https://doi.org/10.1080/07325223.2018.1487355>
- Watkins, C. E. y Mosher, D. K. (2020). Psychotherapy trainee humility and its impact: Conceptual and practical considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 187-195. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09454-8>
- Weck, F., Kaufmann, Y. M. y Höfling, V. (2017). Competence feedback improves CBT competence in trainee therapists: a randomized controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, 27(4), 501-509. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1132857>
- Wheeler, S. y Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counselors and therapists, their practice and their clients: A systematic review of the literature. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65. <https://doi.org/10.1080/14733140601185274>
- Whipple, J., Hoyt, T., Rousmaniere, T., Swift, J., Pedersen, T. y Worthen, V. (2020). Supervisor Variance in Psychotherapy Outcome in Routine Practice: A Replication. *SAGE Open*, 10(1). <https://doi.org/10.1177%2F2158244019899047>

REESTRUCTURACIÓN DEL VÍNCULO A TRAVÉS DE TERAPIA INTEGRATIVA EN UN CASO DE DUELOS MÚLTIPLES

RESTRUCTURING THE BOND THROUGH INTEGRATIVE THERAPY IN A CASE OF MULTIPLE GRIEFS

María Teresa Monjarás Rodríguez

Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México
ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-8196-3890>

Emilia Lucio y Gómez Maqueo

Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México
ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-6098-940X>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Monjarás Rodríguez, M. T. y Lucio y Gómez Maqueo, E. (2020). Reestructuración del vínculo a través de terapia integrativa en un caso de duelos múltiples. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 347-366. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.416>

Resumen

El objetivo principal es describir el vínculo en la historia de M., un niño de 8 años, quién afronta diversas pérdidas y su relación con la presencia del duelo patológico; para ello fue necesario el análisis minucioso del caso de principio a fin del tratamiento, se audio grabaron las sesiones con el consentimiento del paciente y su tutor. Es importante mencionar que se realizó una evaluación diagnóstica completa con diversas pruebas psicológicas que abarcan las diferentes áreas (afectiva, percepto motora e intelectual).

A través del análisis de las sesiones se observa la dificultad de M para elaborar el duelo al no contar con una figura estable y segura que lo contuviera. Por medio del tratamiento terapéutico M logra establecer vínculos estables, afrontando así las diferentes pérdidas.

Palabras clave: duelo, psicoterapia, integrativa, infantil, relacional.

Abstract

The main objective is to describe the bonding in the relationship of the story of M., an 8 year old boy, who faces several losses with the presence of pathological grief; for this purpose it was necessary the detailed analysis of the case from the beginning to the end of the treatment, the sessions were audio recorded with the patient and his guardian's consent. It is important to mention that a complete diagnostic assessment was carried out with various psychological tests covering different areas (affective, intellectual, and visual perception).

Through the analysis of the sessions, it was observed that M had difficulty with his grieving elaboration process because he did not have a stable and secure figure to contain him, the therapeutic treatment helped M to establish stable bonds, thus facing the different losses.

Keywords: grief, psychotherapy, integrative, child, relational.

Fechas de recepción: v1: 13-7-2020. v2: 25-8-2020. v3: 12-9-2020. Fecha de aceptación: 28-9-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: teremonjaras87@gmail.com

Dirección postal: María Teresa Monjarás Rodríguez. Facultad de Psicología UNAM. Porfirio Díaz 55, CP 57460. Juárez Pantitlan. Nezahualcoyotl, Estado de México. México

© 2020 Revista de Psicoterapia



Tizón (2004) refiere que las primeras situaciones de pérdida de lo amado se dan ya desde los primeros momentos de la vida y de ahí también el papel crucial que juega la madre como el otro extremo primordial del ser humano en formación. Es la madre o sustituta, junto con el medio quien ayuda en la contención emocional de la pérdida, quien ha de ayudar a elaborar la compleja serie de sentimientos que su propia pérdida momentánea provoca: la sorpresa, el temor, las sensaciones desagradables, angustia, la ira, la rabia, el resentimiento, la desesperación, la desorganización que en ocasiones despierta en el bebé su marcha o desatención.

Si las pérdidas se acumulan y son negadas desde momentos muy tempranos del desarrollo del individuo, donde no hay una familia que contenga, por el contrario, se tiene una estructura familiar que dificulta la estructuración relacional y mental, entonces se favorece el desarrollo de trastornos mentales graves y relaciones familia-sociedad sumamente patológicas (Tizón, 2007).

En estos últimos años se ha acumulado abundante evidencia empírica que confirma la relación entre los estilos de vinculación del doliente y la posibilidad del desarrollo de duelo complicado. Los adultos con historias de vinculación insegura en su infancia van a presentar una mayor vulnerabilidad al desarrollo de duelos complicados cuando afronten situaciones de pérdidas. Y los vínculos ansioso-dependientes son un factor de riesgo que predice duelos crónicos, que no se concluyen con el tiempo (Bamba et al., 2017; Neymeyer y Woring, 2008; Payás, 2010; Tizón 2019).

A manera de síntesis podemos decir que la historia de apego del niño puede determinar las reacciones del duelo en la infancia y adultez temprana. Un apego inseguro o dañado incrementa el riesgo de un duelo complicado (Dyregrov, 2008). Sin embargo, también existen factores de protección mediadores que intervendrán más saludablemente en el proceso de superación de la adversidad y las pérdidas vitales, como son: la resiliencia, las fortalezas en la estructura de personalidad, el apego seguro, la adquisición de adecuadas estrategias de afrontamiento, un buen ajuste después de traumas o pérdidas anteriores, es importante detectar cualquier signo de riesgo en etapas tempranas de la vida familiar para con ello intentar paliar lo antes posible los efectos ocasionados por sucesos traumáticos y reducir las probabilidades del desarrollo de una posible psicopatología en el seno de las familias. Promover vínculos familiares saludables con una base segura, estilos de crianza democráticos y potenciar la capacidad resiliente de cada persona (Valero et al., 2016).

Para el trabajo psicoterapéutico realizado y descrito a continuación se retomó el modelo de psicoterapia integrativa de factores comunes, cuyo planteamiento fundamental hace referencia al hecho de que, si las psicoterapias curan de manera bastante similar, siendo tan diferentes como lo son teórica y metodológicamente, debe ser que curan por aquello que tienen en común y no por sus diferencias específicas (Frank et al., 1997; Rosado, 2007).

También se retoma la psicoterapia integrativa interpersonal, una psicoterapia

que sustenta la relación entre el terapeuta y el cliente como elemento central de un proceso de cura y de crecimiento personal (Erskine, 2016).

Es importante considerar que en la actualidad se busca la evolución de la investigación de enfoques integrativos, tanto de la teoría como de sus aplicaciones, para que alcancen la madurez suficiente que permita reunir las pruebas de evidencia requeridas. Es posible pensar que existe un progreso en lo antes mencionado (Tena, 2020), sin embargo, existe limitada investigación considerando el análisis del vínculo y la manera de afrontar la pérdida en niños al inicio, durante y final del tratamiento desde el enfoque de psicoterapia integrativa, dicho análisis puede contribuir en el ámbito científico como a nivel de herramienta para la práctica terapéutica, así también para prevenir duelos complicados enfatizando la importancia del vínculo en la elaboración de la pérdida.

Objetivo

Describir el vínculo de M y su relación con la elaboración del duelo, al inicio, durante y final del proceso terapéutico utilizando la psicoterapia integrativa.

Método

Tipo de estudio

Cualitativo, donde la función del investigador cobra un nuevo valor, él es quien interpreta, da la comprensión, o la transformación, a partir de las percepciones, creencias y significados proporcionados por los protagonistas. Desde un punto de vista metafórico, se convierten en artistas recreando el mundo desde su mundo (Bisquerra, 2009).

La investigación cualitativa es la más adecuada para abordar un problema de investigación en el que no conoce las variables y necesita explorar. La literatura puede proporcionar poca información sobre el fenómeno de estudio, y es necesario aprender más de los participantes a través de la exploración (Creswell, 2015).

Específicamente se trabajará con el estudio de caso. Cozby (2005) menciona que el estudio de caso ofrece la descripción de un individuo, por su parte Creswell (2013) refiere que el estudio de caso es una exploración en profundidad de un sistema acotado (por ejemplo, el evento, proceso o individuo) que se basa en la recopilación extensa de datos.

Instrumentos

Para la evaluación diagnóstica se aplicaron diversos instrumentos:

Área emocional:

- Dibujo libre
- Dibujo de la figura humana (Koppitz, 2007)
- Test de la casa árbol persona (Buck, 1995)
- Test del dibujo de la familia (Corman, 1967)

- Test del dibujo de la familia kinética (Burns y Kaufman, 1972)
- Test de apercepción temática para niños (Bellak, 1990)

Área perceptual:

- Dibujo de la figura humana (Koppitz, 2007)
- Prueba Gestáltica Visomotora de Bender (Bender, 1995)
- Evaluación de la Percepción Visual de Frostig DTVP-2 (Hammill et al., 1980)

Área intelectual:

- WISC IV (Wechsler, 2010)

Procedimiento

El presente caso se trabajó en un Centro de Servicios psicológicos, dentro del Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, Facultad de Psicología de la UNAM, 2012, el paciente es referido por paidopsiquiatra de un Centro de Salud Mental, para ser evaluado, así también para recibir tratamiento psicológico considerando presenta rasgos depresivos, el paciente presenta hidrocefalia congénita leve. Se obtuvo el consentimiento informado tanto del paciente como de su tutora para su publicación. La terapeuta a cargo fue María Teresa Monjarás Rodríguez, con supervisión de la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo, quienes realizan la presente investigación.

La psicoterapia tuvo una duración de 1 año 4 meses (70 sesiones), distribuidas de la siguiente forma:

- Fase diagnóstica: en dicha fase se aplicaron pruebas proyectivas, psicométricas, dibujo libre y juego diagnóstico (Sesión 1 a la 13).
- Fase inicial: tratamiento inicial a través del juego libre, establecimiento del encuadre. Fortalecimiento de alianza terapéutica (Sesión 14 a la 31).
- Fase intermedia: se manejaron los principales conflictos de acuerdo con las necesidades del paciente, relacionadas con los focos de intervención (Sesión 32 a la 47).
- Fase final: se observan avances, tanto M como la familia habla de los avances. Se realiza el cierre del tratamiento con consideraciones de seguimiento (llamada telefónica cada semana durante dos meses)(Sesión 48 a la 70).

Es importante señalar que también se tuvieron alrededor de 25 sesiones con la madre.

En principio se muestran los antecedentes del caso y la evaluación realizada en la fase diagnóstica para una mayor comprensión.

Se transcribieron cada una de las sesiones y se realizó el análisis de la fase inicial, intermedia y final, considerando los siguientes criterios:

- Vínculo con figuras parentales: (seguro, inseguro, desorganizado).
- Dificultades del duelo: ansiedad persistente relacionada con el temor de sufrir otra pérdida, temor de morir él también, esperanzas de reunión y

deseos de morir, persistencia en culpar o culparse.

- Elaboración del duelo: proceso de confrontación y exploración, proceso de negociar y renegociar nuevos sentidos.

El análisis fue realizado por la terapeuta Teresa Monjarás, finalmente la Dra. Emilia Lucio hizo una revisión del análisis.

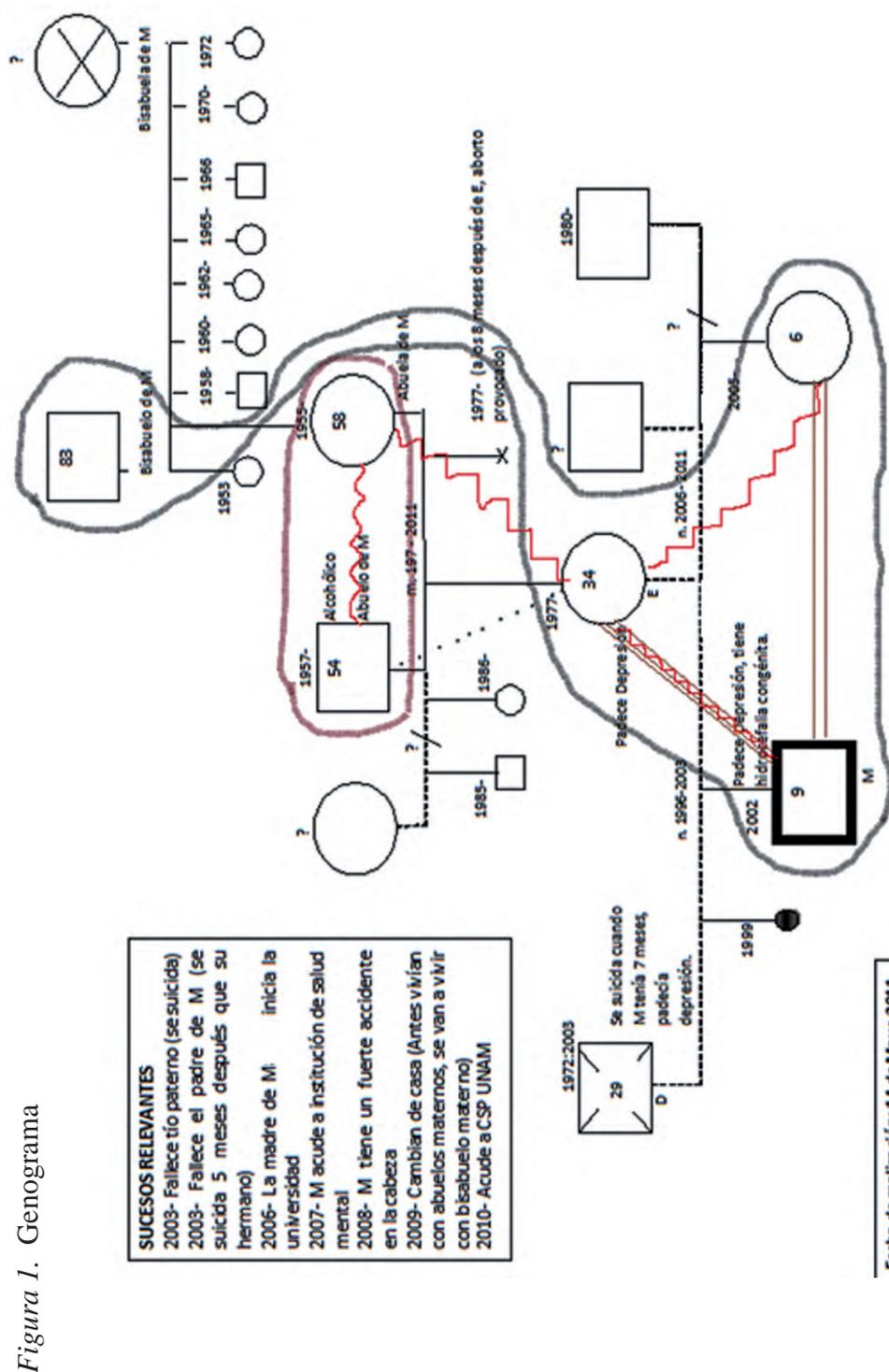
En el presente trabajo se presentan los temas principales abordados en cada una de las fases con relación al vínculo y duelo, segmentos de las sesiones más representativas de cada fase y un breve análisis considerando los criterios antes mencionados.

Caso clínico

A continuación, se presentan los datos generales (tabla 1), genograma del caso (figura 1) y motivo de consulta.

Tabla 1. *Datos Generales*

Nombre:	M. Y. (Paciente)	E. (Madre de M)	D. (Padre de M)
Edad:	9 años	34 años	Se suicida a los 29 años
Escolaridad:	3° primaria	Pasante en Sociología	Pasante en Economía
Fecha de nacimiento:	2002	1977	1972-2003 Finado
Ocupación:	Estudiante	Ayuda a la madre en comercio	-
Estado civil:	Soltero	Soltero	Soltero



Motivo de consulta

A M. lo refiere el paidopsiquiatra de un Centro de Salud Mental para realizar valoración psicológica e intelectual con la finalidad de descartar retraso mental, también es referido para que sea atendido el aspecto emocional, pues fue diagnosticado con depresión. Desde los 4 años acude a este centro pues hablaba de la muerte y decía que desearía ir con su papá.

Historia del problema

La familia de M está integrada por su madre y media hermana de 6 años. El padre de M no se responsabilizó de éste pues a partir de que se entera del embarazo se separa de la madre. El padre muere a los 7 meses de nacimiento de M por suicidio (se ahorca). Actualmente M tiene poco contacto con la abuela paterna, la llega a ver dos veces al año. La madre de M refiere padecer depresión.

El principal sostén económico en la familia de M es la madre, aunque la mayoría de las veces la abuela materna le ayuda en los gastos.

Según lo reportado por la madre se observa que hay violencia psicológica de parte de ella hacia sus hijos y poca comunicación. La madre se siente muy preocupada y tiende a culpabilizarse pues se da cuenta que usa la violencia verbal y en ocasiones física.

La relación entre M y su hermana tampoco es estrecha, tienden a competir por el cariño de la madre. Por momentos M se muestra muy cariñoso y amable con su hermana, pero en ocasiones la agrede y tiende a jugar toscamente con ella.

Actualmente M, su madre y hermana viven en la casa de su bisabuelo paterno, dentro de un terreno familiar donde también viven sus tíos y primos.

Durante el día M y su hermana van a la escuela y por la tarde están solos o a veces sus abuelos paternos van a la casa del bisabuelo para preparar los tamales que venderán al día siguiente, al respecto la abuela comenta “Yo solo voy a preparar los tamales y a veces les doy de comer, pero no me encargo de cuidarlos”.

M en alguna de las sesiones comenta que su abuela y madre pelean mucho, él trata de no inmiscuirse en las peleas; dice tener buena relación con su abuela.

La abuela refiere que cuando su hija era pequeña la golpeó mucho ya que su esposo era alcohólico e infiel, en ocasiones ella descargaba su coraje en su hija, menciona que ha tratado de tener una buena relación con su hija, pero se le dificulta demasiado.

Antecedentes clínicos personales

M. sufre de Hidrocefalia congénita diagnosticada a los 6 años, esto le provoca dificultades motrices. La madre y abuela no se explican por qué la hidrocefalia no fue diagnosticada desde el nacimiento o por el pediatra, ya que lo llevaban cada mes a revisiones.

Desde los 4 años es diagnosticado por paidopsiquiatra con depresión debido a rasgos genéticos. Le realizan un encefalograma y le dicen que M presenta

inmadurez y trastornos emocionales. Acude cada 6 meses con el psiquiatra, no toma medicamentos para tratar los trastornos emocionales, aunque sí han sido recetados por el psiquiatra, la madre se resiste a dárselos al considerar que pueden dañar su estómago. Es importante señalar que, a partir de la fase intermedia del tratamiento con M, la madre muestra aceptación y mayor constancia para dar el medicamento a su hijo.

A continuación, se presentan los resultados de las pruebas realizadas en la fase diagnóstica por la psicoterapeuta infantil Teresa Monjarás.

Resultados de las pruebas

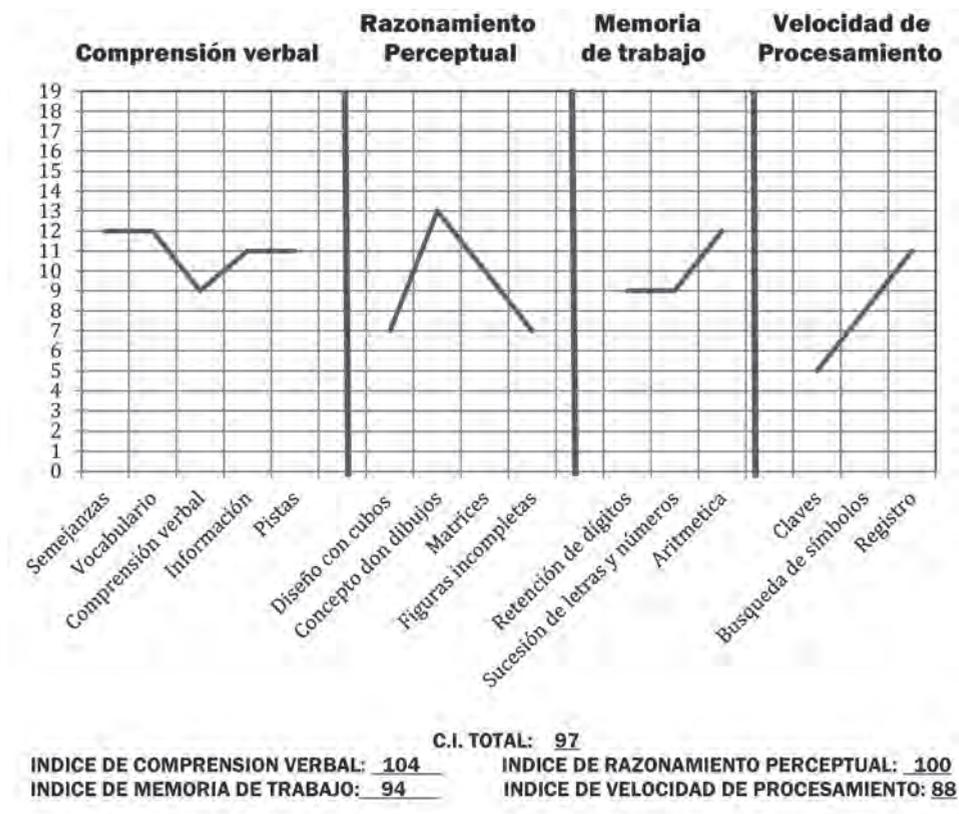
Área intelectual

M muestra una capacidad normal que le permite responder adecuadamente al ambiente, presenta un CIT=97, el cual se puede interpretar debido a que la diferencia entre la puntuación estándar de los índices no rebasa los 23 puntos (Flanagan y Kaufman, 2009). En cuanto al análisis de los índices se observa que el índice de razonamiento perceptual y velocidad de procesamiento no son interpretables debido a que la diferencia entre las puntuaciones escalares es igual o mayor a 5.

En la Figura 2 se puede observar que muestra algunas dificultades especialmente en tareas que requieren de habilidad motriz y precisión en el análisis visual. M deja ver sus dificultades para responder tareas que requieren tiempo bajo presión, mostrando su baja tolerancia a la frustración. Otra de sus dificultades se observa en tareas que requieren de la percepción de detalles, en ocasiones le cuesta trabajo concentrarse sin embargo puede ser capaz de hacerlo si no se siente presionado y le interesa la actividad, como por ejemplo en problemas matemáticos, donde su desempeño es favorable.

Dentro de sus fortalezas se observa un buen nivel en el razonamiento abstracto categórico con el manejo de imágenes, razonamiento verbal, formación de conceptos, capacidad de aprendizaje y memoria, ésta última le ayuda a recordar palabras poco comunes que lee o escucha.

Figura 2. Resultados del WISC IV

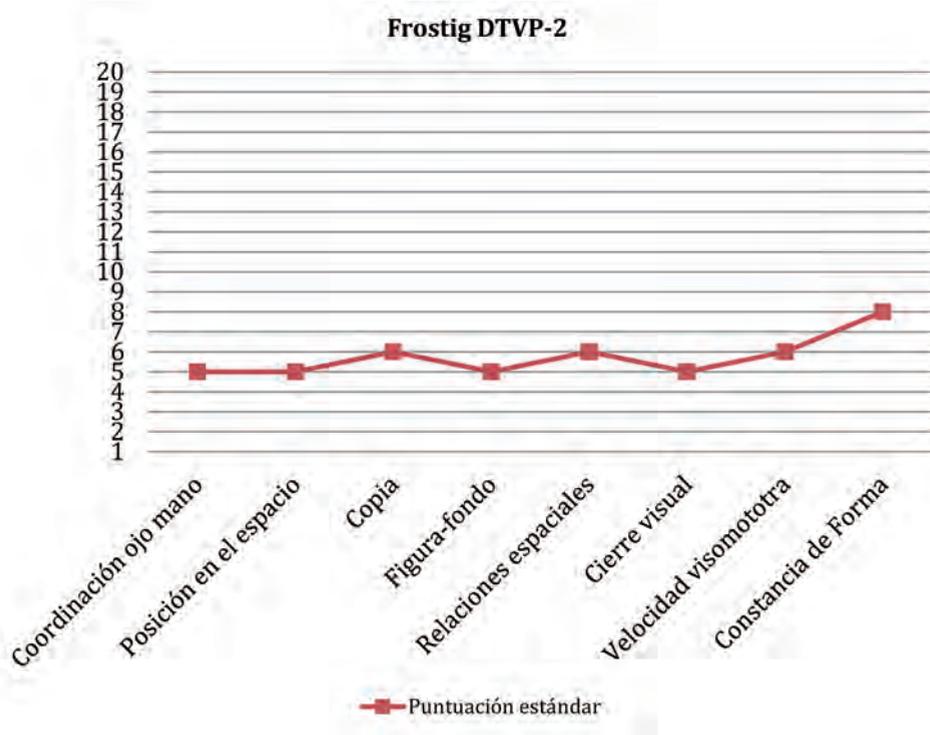


Área percepto motora

En la figura 3 se observan dificultades con relación a tareas de percepción visual general, tanto en tareas visuales como motoras. La principal dificultad que presentó M se observa en tareas que requieren de poner atención al detalle. La habilidad motriz en coordinación con estímulos visuales es deficiente la cual se manifiesta en la dificultad para dibujar y mantener la escritura en el renglón, escribe muy lentamente o muy aprisa sin controlar todos sus movimientos, lo cual se refleja en su mala letra y baja calidad en el dibujo.

En cuanto a la percepción en el espacio muestra dificultades para tener un dominio estable de la mano, presenta problemas con la lateralidad, percibir objetos que están detrás, por delante, por abajo o al lado de sí mismo.

Figura 3. Resultados Frostig DTVP-2



Área afectiva

Se observa que M tiene un pobre auto concepto al percibirse como una persona indefensa, inferior, con poca capacidad para solucionar sus conflictos, en ocasiones muestra desesperanza aprendida, se percibe como inseguro, inadecuado al entorno, agresivo y con necesidad de reconocimiento y apoyo, se muestra dependiente, especialmente a la figura materna. Se observa poca diferenciación con la madre y hermana. Se identifica con la agresión y falta de comprensión de la figura masculina.

Presenta sentimientos ambivalentes hacia su hermana, la percibe como cercana, pero al mismo tiempo se observa rivalidad entre ellos. M deja ver un temor significativo a perder los objetos de amor (madre, abuela, hermana, etc.), lo cual puede estar asociado a su vínculo inseguro, principalmente con la madre. Cabe señalar que cuando la madre se enoja con M, le dice “tu papá murió de depresión, él no te quería”, lo cual provoca en M sentimientos de tristeza. En las pruebas proyectivas M refleja sentimientos de culpa al tener la fantasía de que él fue responsable por la muerte del padre.

Las palabras que la madre le ha dicho a M parecen tener una repercusión importante en él al considerar que las palabras dan forma a nuestras ideas y significado a nuestras experiencias (Freeman et al., 2001), las palabras cómo “eres un estúpido, tonto estoy harta de ti, tu papá no te deseaba”, se relacionan con los sentimientos

de inferioridad, incapacidad y auto concepto devaluado de M.

Impresión diagnóstica

M presenta rasgos de un trastorno depresivo persistente: estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, falta de concentración, falta de desesperanza, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza por más de dos años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). También se observan duelos no elaborados (pérdida del padre, pérdida del vínculo materno, pérdida física por hidrocefalia congénita) principalmente la pérdida del padre. Al respecto Bowlby (1993), señala que algunos de los síntomas de los niños que han sufrido una pérdida son: ansiedad persistente relacionada con el temor de sufrir otra pérdida, temor de morir él también, esperanzas de reunión y deseos de morir, persistencia en culpar o culparse, hiperactividad; también habla de los síntomas identificatorios donde la persona que sufrió la pérdida manifiesta síntomas que son réplicas de los síntomas que tuvo la persona muerta.

Focos de intervención

- Favorecer su auto concepto y autoestima
- Descubrir al “Yo”, en toda su dimensión, no sólo limitaciones (hidrocefalia)
- Resignificar vínculos
- Elaboración del duelo por la muerte del padre. (Concepto de muerte)
- Diferenciación entre él y madre. Identificación proyectiva-padre
- Ayudar a integrar objetos
- Control de impulsos
- Rivalidad fraterna

Intervenciones terapéuticas

- Acompañamiento en el juego
- Señalamientos y reflejos en el juego
- Reconocimiento de habilidades (reforzamiento)
- Focusing
- Establecer principio de realidad
- Interpretaciones en el contenido del juego

Es importante señalar que M acudía al área de neuropsicología para el tratamiento en el déficit de algunas habilidades cognitivas y motoras.

Análisis del caso

A) Fase inicial (Sesión 14 a 31)

Vínculo con sus cuidadores principales

Temas principales. Inseguridad en el vínculo afectivo principalmente con sus abuelos maternos y madre, expresa su miedo a que lo abandonen su madre y abuela, así como su enojo hacia dichas figuras, refiere su ideal de tener una familia

armoniosa. Se observan descalificaciones y ofensas constantes entre los personajes del juego.

Ejemplo:

M: Paciente M.

T: Terapeuta

“Sesión 17”

M toma los juegos, play mobile y dinosaurios para jugar y realizar una historia, al final el personaje de play mobile dice:

M: “la violencia es la forma más eficaz de matar, mis padres me enseñaron a ser violento, a mis padres no les importaba que fuera bueno, le hacía de comer a mamá, le traía periódico a papá, y siempre me decían que debía ser violento, hasta que un día mi papá me pegó tan fuerte que olvidó todo su bondad y se volvió violento, pero ahora si ya desperté, ahora si ya vamos amigos, no tan rápido, que aaaaaaaaaaaaa”.

Al terminar la sesión M expresa su enojo hacia la gente que lo ha maltratado, como sus primos, quienes se burlan de él y su madre que lo ofende verbalmente y agrede físicamente.

T: “Pero algo que si es cierto es que tú tienes muchas habilidades cómo en las matemáticas. Sacaste buenas calificaciones, me dijo tú mamá, felicidades, aunque la maestra no se porto muy bien y te bajo un punto”

M: “Saque 8.6”

T: “Muchas felicidades”

M: “Mi mejor materia fue cívica y ética saque 10”

T: “Muchas felicidades”

M: “No sé ni cómo saque 10”

T: “Eres muy inteligente, la próxima sesión podremos hablar más de esto”

Análisis. M deja ver el vínculo inseguro desorganizado con sus figuras parentales, así como su impotencia al “no ser visto”, parece que en ocasiones se empeña por tener un buen comportamiento, pero el resultado es el mismo “agresiones”. M muestra su enojo ante las agresiones que recibe de su familia, así también deja ver su necesidad de ser reconocido y mirado por otros, al respecto Dolto (1983) menciona que el ser humano interioriza el código de su relación con el otro, se ama así mismo como es amado por otro. Durante la fase inicial se observó que ante la separación muestra enojo, reflejando un tipo de apego inseguro desorganizado pues en algunas sesiones no mantiene contacto visual, por momentos si lo hace, pero muestra cierto enojo, ignorando lo que dice la terapeuta, en ocasiones tartamudea y muestra un lenguaje desorganizado. Se observa temor a perder a las figuras significativas para él.

Duelo

Temas principales. A través del juego representa sus fantasías con relación a cómo murió su padre (los personajes del juego mueren ahorcados, asesinados o

saltan de algún edificio), representa el anhelo por la persona pérdida y persistencia a culpar o culparse. Expresa su tristeza por diferentes pérdidas, en el juego los personajes expresan su temor a morir en muertes trágicas, expresa su miedo, así como su enojo con relación a la hidrocefalia.

Ejemplo

“Sesión 16”

M: “Estoy muy deprimido porque mi abuela me contó que el hermano de mi papá murió asesinado, después mi papá se deprimió y por eso murió”

T: “¿Qué sientes en este momento?”

M: “Me da tristeza no haber podido hacer algo”

T: “Tú eras un bebé y no podías hacer nada”

“Sesión 29”

M: “Casi siempre he perdido a mis perros, mi perro Jairo murió de una forma muy fea, se cayó del barranco, estaba en el terreno de mi abuelo, vi que mi perro se cayó del barranco y me sentí muy triste”

T: “Yo también me hubiera sentido triste”

M: “Sí, es muy triste cuando pierdes a los que quieres, animales o personas, yo a veces pienso que mi papi puede regresar, quisiera que regresara, es que yo lo necesito, yo le digo papá a mi abuelo y él es muy bueno, pero yo necesito a mi papá”.

Análisis. En esta fase M habla directamente de sus diferentes pérdidas: por ejemplo, la pérdida física por hidrocefalia, pérdida de sus seres queridos, tales como mascotas y principalmente la pérdida de su padre, expresa sus deseos de reencontrarse con su padre. Posiblemente fantasee que su padre murió de la misma forma que su perro Jairo, parece que, ante la incertidumbre de los acontecimientos sobre la muerte de su padre, M llega a tener muchas fantasías (por ejemplo, que murió asesinado, ahorcado, se aventó de un edificio). Bowlby (1993), señala que algunos de los síntomas de los niños que han sufrido una pérdida son: ansiedad persistente relacionada con el temor de sufrir otra pérdida, temor de morir él también, esperanzas de reunión, mismos que se muestran en la primera fase de tratamiento.

B) Fase intermedia

Vínculo con sus cuidadores principales

Regreso de vacaciones

Temas principales. Reconocimiento de sí mismo, expresa necesidad de establecer un vínculo seguro, necesidad de una figura parental que no lo abandone y brinde seguridad, va percibiendo en el abuelo una figura que no lo abandona, comienza a verbalizar a través del juego que hay personas que lo escuchan, que no lo engañan ni lo maltratan.

Ejemplos:

“Sesión 38”:

M tomó a los niños play mobile y juega con ellos

M: “Mira como los niños hacen diferentes trucos en la moto”

T: “¿Quién les enseñó?”

M: “Los padres les enseñaron, mira pasan por diferentes obstáculos” “Lo van a lograr, entre ellos se dan consejos para hacerlo cada vez mejor, no tienen miedo”

Al final de la sesión:

M: “Voy a nombrar a los personajes el niño de color rojo se llama Rudy, naranja Beny y el verde Myke” “¿Cómo quieres que se llamen las niñas?”

T: “Una podría ser Lulu”

M: “Sí, otra podría ser Stefany y otra Fabiola, la mujer grande guerrera se llama Natalia”

Análisis. M comienza a percibir el espacio como seguro, genera un vínculo seguro con el espacio y terapeuta, se da cuenta de que ante la separación no será abandonado ni dejará de ser querido, cabe señalar que, en la fase inicial ante un periodo de vacaciones, regresaba molesto y tendía a ignorar a la terapeuta. En esta sesión nombra a los personajes, lo cual tiene un importante significado simbólico pues como menciona Lebovici y Halpern (2006), el nombre del bebé le prepara el futuro; es importante recordar que anteriormente M nombra al personaje con el que se identifica Dany, al igual que su padre, identificándose con ese ser muerto y ausente, en ésta sesión al personaje que sobresale y con quien se identifica lo nombra “Mike”, comienza con la letra de su nombre M, lo anterior deja ver que M se va reconociendo. Comienza a percibir un vínculo seguro con su abuelo.

Duelo

Temas principales. Expresión y manejo del enojo ante la pérdida, refiere sus impulsos agresivos y temor ante estos, deseos de venganza contra quienes ha relacionado con sus pérdidas (por ejemplo, la persona que atropello a uno de sus perros, contra quién piensa mato a su tío). Refiere deseos de ver a su padre muerto, culpa a los otros de sus pérdidas. Expresa temor ante la pérdida. Inicia elaboración de la pérdida paterna.

Ejemplos:

“Sesión 33 y 34”:

M: “Me ha llegado un dolor de cabeza”

T: “A veces eso pasa cuando algo nos causa angustia”

M: “Es que a veces también me pasa eso, es que extraño a mi padre, es que me hicieron hacer dibujos con mi otra terapeuta, dibujo de mi familia y no dibuje a mi papá porque estaba muerto, es que varios de mis primos comparten esto, Rodrigo, se murió su papá” “yo le pedí a una estrella que reviviera mi papá”

T: “Eso no es posible, pues la gente que muere ya no regresa”

M: “yo deseo que regrese”

T: “¿Para qué?”

M: “Para verme, para verlo solo una vez, acaso es mucho pedir verlo solo

una vez”.

T: “Entiendo es algo que te duele y eres muy valiente de expresarlo. ¿Dónde te duele cuando piensas en eso?”

M: “En mi corazón, quiero que mi papá esté, por favor, Dios”

T: “¿Cómo es ese dolor?”

M: “Es muy muy grande, mucha tristeza, es de color negro, siento rabia porque si no hubiesen matado al hermano de mi papá, él no se hubiera entristecido y no hubiera muerto, siento rabia con la persona que mató a mi tío, ¿por qué no fueron asaltar a otra persona? ¿por qué, por qué? ¿por qué nadie lo defendió?, él estaría vivo”.

T: “¿Cómo es ese enojo?”

M: “Es duro duro y se mueve muy rápido rápido, ahorita mi cerebro anda pensando que él estaría conmigo”

T: “¿Qué le dirías a las personas que mataron a tu tío?”

M: “Les diría que no los perdonaría, no tendría piedad de ellos, pues por ellos ni siquiera lo conocí”

T: “Es como si te lo hubieran arrebatado”

M: “Sí”

T: “¿Qué te gustaría decirle a tu papá si estuviera vivo?”

M: “Que lo extraño y quiero mucho”

T: “¿Qué crees te diría tu papá a ti?”

M: “Que me quiere”

T: “¿De qué cosas crees que estaría orgulloso?”

M: “De que no me he rendido en tercer año, de que he logrado sobrevivir a la hidrocefalia, de que a pesar de que me caí aún sigo vivo”

T: “Tú has luchado por estar aquí”

“Sesión 42”

Durante el juego toma al personaje Mike y sus hermanos, la terapeuta toma el personaje de la hermana

M: “Mike extraña a su padre y su hermano le dice que no puede vivir toda la vida así”

T: “Puedes recordar las cosas buenas de él”

M: “Mi padre era valiente como nosotros, murió defendiéndonos y no le gustaría ver a sus hijos en una guerra, pero sus hijos lo hacen pensando que de esa forma su padre se enorgullecería de ellos, si estuviera vivo”. “Su hermano le dice a la hermana que murió por su culpa pues ella se salió de la cuna y los malos la siguieron hasta donde estaba su papá, la niña dice que ella era solo un bebé y comienza a llorar, otra de las niñas le dice que no fue su culpa. Mike le dice a su hermano que no fue culpa de ella, que su padre ha muerto y no fue culpa de nadie, el hermano dice que pudieron haberlo salvado, Mike menciona que eran solo unos niños, su hermano dice que tiene razón y le pide disculpas a su hermana, diciéndole que estaba

enojado y por eso lo dijo”

Análisis. Durante esta fase se observa el anhelo de M porque su padre se encuentre con él, persiste en él la incredulidad de que la pérdida sea permanente. M muestra enojo y reproche a las personas que mataron a su tío, cabe señalar que su abuela le dice que a su tío lo asaltaron y lo mataron, entonces su padre entristeció, le dio depresión y murió; la realidad es que su tío también se suicidó con anticongelante. En esta sesión se aplica el Focusing (Stapert y Verliefde, 2011) con la finalidad de que M reconozca y hable de las emociones que siente con respecto a la muerte de su padre puesto que en casa esto no lo puede hacer, debido a que su madre muestra enojo o llanto. Aunque M no conoció a su padre, dice extrañar a dicha figura, posiblemente ante su dificultad por encontrar una figura que cumpla con las funciones paternas, así como por las verbalizaciones de su madre con respecto a la muerte de su padre “tu padre murió después de que naciste, él no quería que nacieras”.

M desea reafirmarse, pensando que sus padres están orgullosos de él, comienza a disminuir su culpa ante las pérdidas. Fue necesario su auto afirmación y reconocimiento para poder confiar en que no perderá a todos sus seres queridos por tener o ser algo malo como parecía percibirlo, sino que en ocasiones todos llegamos a tener pérdidas que no tienen que ver con lo que somos.

C) Fase intervención final

Vínculo con sus cuidadores principales

Temas principales. Manejo de la ansiedad ante la separación, vínculo seguro con hermana, cierre terapéutico.

Ejemplo:

“Sesión 57”

Regresando de vacaciones, dentro del juego:

M: “¿Dónde está el guerrero?, el guerrero nos abandonó, no nos abandonó se lo llevaron a Tahití”, “A Tahití, tan lejos sólo para eso” “Para combatir, tú no lo harías para salvar a esa área”.

“Sesión 65”

M: “Hoy no me fue bien en la escuela, estaba jugando con mi hermana con una pelota y nos peleamos por ella, ya después me la presto, pero se me perdió la pelota y lloraba en mi interior porque no puedo llorar ya que los otros se burlan, mi hermana me vio triste y me dijo que no me preocupará pues sólo era una pelota”

T: “Tú hermana te comprendió”

M: Sí

En el juego:

M: “El personaje de Mike le encarga su perrito a su hermana para que no lo ataquen, la hermana lo cuida”.

Análisis. En esta fase disminuye la ansiedad de separación, se observa que M establece una relación menos conflictiva con su hermana, la percibe como una

red de apoyo, una figura que lo puede llegar a comprender, vínculo seguro. Parece ser que M comienza a transferir la seguridad que encontró en el espacio y en la relación con la terapeuta, a otros espacios, como en el familiar, específicamente con su hermana y abuelo. Percibe que no está solo y puede enfrentarse a las diversas adversidades, con el apoyo de los otros.

Criterios de duelo patológico

Temas principales. Abuelo como figura paterna, resignificación de la pérdida, nuevos vínculos.

Ejemplo:

“Sesión 57”

En el juego:

M: “Pelean los buenos y los malos, pero no sé si tomar a los niños o a los adultos, ¿vamos al pasado o al futuro?, vamos al pasado”

M: “Ganaron los niños buenos, en serio nunca los olvidaré niños, son muy importantes y espero haya oportunidad de regresar a ser niños de nuevo, extrañaré sus caras, están listos para irse, listos, listos” “Adiós, adiós”

“Sesión 68”

T: “Está por finalizar la terapia, ¿Cómo te sientes de la fiesta de graduación que haremos?”

M: “Alegre”

T: “¿De qué te sientes alegre?”

M: “De que ya no chillo tanto como antes por mi papá”. “La próxima vez en el juego se mostrará cómo le ha hecho Tarzán para mantenerse tan fuerte”

T: “Tú también eres una persona fuerte”

M: “Papá José es muy bueno y me quiere mucho, aunque a veces me hace comer cosas que no me gustan como el pescado, chayote y la calabaza, pero lo hace por mi bien”. “Mi papá D se murió, él no estaba listo para ser papá, pero también lo quiero mucho”

T: “¿Quién te dijo que no estaba listo para ser papá?”

M: “Mi mamá, él me quería abortar porque no se sentía preparado para ser papá, pero él si me quería porque dice mi mamá que cuando estaba vivo le contó que me soñó una vez tocando una canción”

T: “Tú papá sí te quería y si tu madre te hubiese abortado tu padre se hubiese puesto muy triste al igual que tu mamá”

M: “Papá murió de depresión porque se murió su hermano menor y él se sintió muy triste y ese dolor lo mató, se deprimió mucho”.

T: “Tu madre me comento que le preguntaste si tu padre se suicidó” “¿sabes que es suicidio?”

M: “si, cuando tú te matas”

T: “¿Tu papá se suicidó?”

M: “no, mi papá entro al cielo”

T: “Cuando una persona se suicida no entra al infierno”

M: “¿Existe el infierno?”

T: “En realidad nadie lo sabe, pero desde la religión que ustedes practican se sabe que Dios conoce los corazones de quienes se suicidan, sabe las cosas buenas que hicieron y les permite entrar al cielo, la gente que se suicida no es mala, sino que en ese momento se dejaron llevar por la tristeza y no encontraron la forma de sentirse mejor”.

Última sesión:

M: “Hemos perdido muchos amigos en estas batallas, nuestros padres murieron, pero también hemos encontrado nuevos amigos y una nueva familia”.

Análisis. Se presenta la resignificación de la pérdida y la oportunidad que se da para establecer otros vínculos. Reconoce sus logros y dice estar preparado para nuevas batallas. Presenta tristeza ante las pérdidas, sin embargo, al final refleja cierta aceptación, percibiendo que continuará recordando y valora lo positivo, cabe mencionar que anteriormente se enfocaba en lo negativo de su relación con lo perdido u otros aspectos negativos, como la forma catastrófica de las pérdidas.

Discusión

Con el presente trabajo se confirma la relación entre el tipo de apego inseguro y la posibilidad del desarrollo de un duelo complicado, sumado a una percepción baja de redes de apoyo dentro de la familia (Neymeyer, 2019), como lo es en el caso presentado donde M presenta una historia de apego inseguro ansioso y ambivalente a lo largo de su vida, lo cual repercute en su forma de afrontar las pérdidas, muestra ansiedad significativa, culpa, autorreproche y tiende a deprimirse, esto relacionado con las experiencias de abandono vividas durante su infancia por sus cuidadores principales, cada vivencia de pérdida la vive como un abandono de la persona amada, lo que le lleva a pensar que no es lo suficientemente valioso. Lo anterior se puede observar especialmente en la primera fase del tratamiento.

En la segunda fase del tratamiento M expresa su enojo, tristeza, deseos de venganza en cuanto a la pérdida, al respecto Erskine (2016) refiere que, en la psicoterapia del duelo, desde la psicoterapia integrativa relacional, cuando el duelo es prolongado puede ser importante comenzar con la rabia, amargura, así como facilitar la consciencia del cliente sobre su tristeza por los sueños truncados y recodar, lo anterior se logró aplicando la técnica de Focusing.

En la tercera fase M establece un vínculo seguro con abuelo y hermana y terapeuta, al respecto Erskine (2016) refiere que un psicoterapeuta afectivo y rítmicamente sintonizado, proporciona, al paciente, esa otra persona significativa que es sensible, respetuosa, validadora consistente y fiable. El apoyo y vínculo seguro con las figuras antes mencionadas, así como la resignificación del evento favorecen la elaboración del duelo. Neymeyer y Woring (2008) mencionan que contar la propia verdad, la narrativa personal, es un factor esencial para otorgar sentido, completando las experiencias inconclusas significativas y proporcionando un final al duelo prolongado.

Es importante destacar la búsqueda de factores protectores contra el duelo patológico (Tena, 2016) tales como: apoyo familiar, apoyo social el apego seguro, la adquisición de adecuadas estrategias de afrontamiento, los cuáles se lograron observar al final del tratamiento.

Concluimos sobre la importancia del trabajo de psicoterapia integrativa relacional en el duelo donde es importante reconocer los sentimientos negados, emplear métodos expresivos (activos) en la cura del dolor emocional y del enfado, proporcionar tiempo y el espacio suficiente para que la persona relate su historia y para que concluya el “asunto pendiente”, brindar una relación de apoyo mediante la implicación del psicoterapeuta, ayudar al cliente a que pueda fluir entre sus diversas respuestas emocionales tales como negación desesperación, anhelo, rabia, ayudarle también en la reorganización del self (Erskine, 2016); lo anterior sumado a la búsqueda y promoción de factores protectores contra el duelo patológico.

También es importante destacar la relevancia de la psicoterapia de juego (Esquivel, 2010) en el trabajo con niños, incluso desde la psicoterapia integrativa relacional, pues la aplicación de ésta última no puede ser la misma en niños que en adultos, considerando que su desarrollo cognitivo, social y emocional es distinto. El presente trabajo contribuye a la aplicación de la psicoterapia integrativa relacional, específicamente en el trabajo con niños en duelo.

Agencia de Apoyo

Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), proyecto PAPIIT IN305719

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bamba, B. M., Gómez, R. A. y Beltrán, M. O. (2017). El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional. *Redes*, 36, 11-23. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view-File/196/159>
- Bellak, L. (1990). *Test de apercepción temática, test de apercepción infantil y técnica de apercepción para edades avanzadas: uso clínico*. Manual Moderno.
- Bender, L. (1995). *Test gestáltico visomotor, usos y aplicaciones clínicas*. Paidós.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la Investigación Educativa*. Editorial La Muralla.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida 3: La pérdida*. Paidós.
- Buck, J. N. (1995). *H-T-P: manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo*. Manual Moderno.
- Burns, C. R. y Kaufman, S. H. (1972). *Action, Styles, And Symbols in Kinetic Family Drawings Kfd*. Brunner/Mazel.
- Corman, L. (1967). *Test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Kapelusz.
- Cozby, C. P. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento* (8ª ed.). Mac Graw Hill.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3ª ed.). Sage.
- Creswell, J. W. (2015). *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (5ª ed.). Pearson.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children. Second Edition. A handbook for adults*. Jessica Kingskey.
- Dolto, F. (1983). *En el juego del deseo*. Siglo XXI.

- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica y patrones relacionales. Conceptos y práctica de la psicoterapia integrativa*. Karnac Books Ltd.
- Esquivel, A. F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. Manual Moderno.
- Flanagan, D. P y Kaufman, A. S. (2012). *Claves para la evaluación con WISC IV* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Freeman, J., Epston, D. y Loboivits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Paidós.
- Frank, J., DeMichele, A. y Wachtel, P. (1997). Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. *Psycritiques*, 42(5), 389-391. <https://doi.org/10.1037/000359>
- Hammill, D. D., Pearson, A. N. y Voress, K. J. (1980). *DTVP-2 Método de evaluación de la percepción visual de Frostig* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Koppitz, E. (2007). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Editorial Guadalupe.
- Lebovici, S. y Weil- Halpern, F. W. (2006). *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI.
- Neymeyer, R. A. y Woring, C. (2008). Psychotherapy for complicated bereavement: A meaning-oriented approach, *Illness, Crisis, Loss*, 16(1), 1-20. <https://doi.org/10.2190%2FIL.16.1.a>
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79-91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Payás, P. P. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Rosado, R. M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *IPyE: Psicología y Educación*. 1(2), 42-50.
- Stapert, M. y Verliefe, E. (2011). *Focusing con niños, el arte de comunicarse con los niños y los adolescentes en el colegio y en casa*. Desclée De Brouwer.
- Tena, S. A. (2020). *Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. Manual Moderno.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Paidós.
- Tizón, J. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Herder.
- Tizón, J. L. (2019). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación: Vol. 3 Psicopatología general* (Vol. 3). Herder.
- Valero, M. S., Barreto, M. P. y Pérez, M. P. (2016). Familia y duelo: el apego y los acontecimientos vitales estresantes como predictores del desarrollo de duelo complicado. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, 53, 57-69. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/153481832.pdf>
- Wechsler, D. (2010). *WISC IV Escala Wechsler de inteligencia para niños*. Manual Moderno.

RELEVANCIA DE LAS SESIONES INDIVIDUALES EN UN CASO DE TERAPIA DE PAREJA

RELEVANCE OF INDIVIDUAL SESSIONS IN A COUPLE THERAPY CASE

Juan Ignacio Martínez Sánchez

Psicólogo clínico, Alicante. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8751-4706>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez, J. I. (2020). Relevancia De Las Sesiones Individuales En Un Caso De Terapia De Pareja. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 367-379. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.396>

Resumen

En este artículo se trata de valorar la importancia de las entrevistas y las sesiones individuales, dentro de una transferencia correctamente implantada. Su utilización como técnica puede resultar muy beneficioso en la realización de las terapias de pareja. Para ello se expone una viñeta de un caso clínico y un tratamiento de terapia de pareja, utilizando este recurso terapéutico, que puede ejemplificar esta forma de praxis.

Palabras clave: *terapia de pareja, sesiones individuales.*

Abstract

This article considers the importance, in a couple psychotherapy case, of the interviews and individual sessions, within a correctly implanted transfer.

Its use as a psychotherapeutic resource, it is supposed, can be favorable in the practice of this type of therapies. To exemplify this form of praxis, the vignette of a clinical case and a diagnosis and treatment of couple psychotherapy are exposed, where this psychoanalytic technique has been used.

Keywords: *couples therapy, individual sessions.*



En las últimas décadas se ha producido un gran avance en la fundamentación de la metodología relativa a la práctica de las terapias de pareja. En este sentido hay que valorar de forma especial, las aportaciones de Pérez Testor (Universidad ‘Ramón Llull’), que han propuesto una metodología para el trabajo psicoterapéutico con parejas, que podría resultar clave. Merece destacar muy especialmente su libro *“Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja”* (Testor, 2019), que reúne las aportaciones de diversos investigadores sobre este campo y por supuesto, las realizadas por este equipo en las últimas décadas, que servirá de base teórica para la confección de este artículo junto con la bibliografía complementaria (ver apéndice).

Consideraciones teóricas

El grupo de investigación que dirige Carles Pérez Testor (Pérez Testor, 2006, 2019; Pérez Testor et al., 2009), ha propuesto una metodología exhaustiva dentro del amplio campo de las terapias de parejas, donde el principal medio de actuación, han sido las entrevistas y las sesiones conjuntas, no prestándose especial interés a las entrevistas y/o sesiones individuales, que se consideran únicamente específicas de las terapias individuales.

La aplicación práctica de la clínica psicoanalítica, a las distintas técnicas en las terapias de pareja, ya es de por sí controvertida. Existen los psicoanalistas más puristas que sólo conciben como terapia analítica, la que se realiza con un solo sujeto, especialmente en su vertiente más dura que es la corriente lacaniana. No obstante, dentro de los psicoanalistas formados con los textos de Jacques Lacan, también opinamos, dentro de una cierta heterodoxia, que se puede practicar la terapia psicoanalítica de pareja, con buenos resultados. El psicoanálisis no tiene por qué estar anclado en el tratamiento individual como asevera Jorge Chamorro (2011). En algunas de sus entrevistas lo plantea muy claro, a propósito de citar la correspondencia personal con Oscar Masotta, que defendía el tratamiento de grupos o de parejas en 1964, siempre que no haya una búsqueda obsesiva del sentido.

La elección de la modalidad de intervención, depende fundamentalmente de las características de la demanda, en términos de necesidad de ayuda. En este sentido se puede hacer una serie de consideraciones iniciales para iniciar una intervención de pareja, empezando porque muchas de estas, son iniciadas por uno de los miembros que “arrastra” a la otra persona a la terapia. Estas precisiones sobre la demanda las recojo desde mi propia práctica, en consonancia con lo dicho por Jean Lemaire (1980). No obstante, creo que esta tendencia ya está cambiando en pleno siglo XXI. Para Lemaire la petición de terapia de pareja une dos demandas individuales que pueden ser convergentes o divergentes; en el primer caso avanzará la terapia con mayor armonía, complejizándose el proceso en el segundo caso. Esto hace que tengamos en cuenta la existencia de ambas, en el proceso terapéutico, aunque tratemos la pareja como una unidad. Más adelante, el mismo autor, llega a afirmar:

en la mayoría de los casos en que, a pesar de hallarse presente en la primera entrevista, uno de los cónyuges manifieste de manera pasiva o agresiva

su rechazo total a participar en un tratamiento conjunto, parece inútil, si no negativo, proseguir con este intento; es preferible otorgar entrevistas individuales al cónyuge solicitante, sin mantener la máscara hipócrita de seudoentrevista de a tres". (Lemaire, 1980, p. 125)

Similar es lo que plantea Clifford Sager (1967), citado por Lemaire (1980), que ya en la primera entrevista inicial, creía imprescindible preparar el <programa> en común, y, para ello, precisar el o los diagnósticos, mediante la realización de entrevistas por separado con el marido y con la mujer. Así, el terapeuta comprendería mejor el tipo de personalidad que cada uno de los pacientes escogió como compañero, y la manera en que interactúa en la pareja. Además, cada cónyuge completaría la historia del otro mediante sus propios comentarios.

En la terapia de pareja es más activo el trabajo del terapeuta, que en la terapia individual, y por eso es muy importante mantener la neutralidad, resaltada por Ismail Yildiz (Yildiz, 2010), que conviene mencionar para mantenerla siempre presente.

A todo ello se añade otro tipo de situaciones, como son, por ejemplo, la necesidad del convencimiento previo de ambos sujetos, de que necesitan ayuda en su relación, ya que se ha dado una problemática que no han podido resolver, sin que ninguno pueda verse intimidado o forzado, por ello. Además de que las personas cuenten con condiciones favorables desde el estado de salud mental que presentan, sin existencia de patologías graves, que necesitarían de una terapia individual previa o paralela (por ejemplo, sería imposible ejercerla cuando uno de los sujetos presentara una psicosis de tipo paranoide).

En definitiva, podría trabajarse con entrevistas preliminares en modalidad individual, que tendrían varios objetivos importantes: en primer lugar, la realización del correspondiente diagnóstico, en el que se trataría de estudiar si puede existir una posible patología mental. En segundo lugar, actuar para aclarar la demanda, y observar posibles cuestiones que se plantean al inicio de la cura. En tercer lugar, cuidar la transferencia, aclarando cuestiones generales sobre el dispositivo terapéutico, y en cuarto lugar, poner de manifiesto si existe un verdadero deseo de cambio por parte de ambos miembros. Todo ello convertirá la terapia en algo más fluido sin levantar expectativas erróneas, y podrá aumentar la confianza en que el tratamiento aclare su situación y permita un progreso suficiente.

Distintos abordajes en la terapia de pareja

También más allá de la disyuntiva, entre terapias individuales o terapia de pareja, además de las ya comentadas de Lemaire y Sager, se han realizado distintos tipos de abordajes de las terapias de pareja, entre ellos se puede hacer referencia a las prácticas en la que los tratamientos individuales se hacen por el mismo terapeuta, de forma simultánea con los dos miembros de la pareja, pero por separado (Thomas, 1956, citado por Pérez Testor, 2019). También están los terapeutas que actúan sobre uno y cuando este acaba sobre el otro (Oberndorf, 1938, citado por Pérez Testor, 2019).

Estos distintos modos de atención producen muchas distorsiones a nivel transferencial, que luego son muy complicadas de resolver, planteando problemas innecesarios, ya que se debe de buscar un buen enfoque de la terapia para que resulte más efectiva, teniendo en cuenta siempre un encuadre que permita la circulación de la palabra de una forma directa, conjunta.

Introducción de entrevistas y sesiones individuales en las terapias de pareja

Cuando se habla de entrevistas y sesiones individuales, nos referimos a la utilización de una técnica ya conocida, que permite ampliar los recursos terapéuticos y puede facilitar el trabajo efectivo en las terapias de pareja. Teniendo en cuenta que no será necesario su utilización sistemática, sino sólo en aquellas terapias que lo requieran dependiendo de la opinión profesional del o la terapeuta, que puedan servir para resolver impasses en la cura, interferencias, o incluso en el pronóstico. Es difícil generalizar sobre la indicación de este recurso terapéutico, pero puede servir a nivel indicativo, la conveniencia de su empleo en algunas problemáticas relacionadas, donde puede ser más relevante, según mi propia experiencia, por ejemplo, con casos de infidelidad, procesos de adopción, alianzas divididas, etc. Por ello se aportará una viñeta clínica y un caso de terapia para poder ejemplificar desde la práctica clínica.

De este modo un criterio no tan generalista (utilizado en la mayoría de las terapias de pareja), para adoptar esta técnica en las que se observa cuestiones individuales muy importantes que precisan de una elaboración previa, y que necesitan conocerse por cada uno de los partenaires, para que influyan lo mínimo posible y no se conviertan en un obstáculo en el desarrollo de la terapia.

El trabajo terapéutico se debe centrar en el análisis concreto del proceso subjetivo de cada partenaire, y no debe de influir negativamente en el desarrollo terapéutico. Para ello se debe de haber constituido una transferencia suficientemente consolidada, para poder confiar en el terapeuta y tener la seguridad de que, en las sesiones individuales, se van a tratar las cuestiones inherentes al sujeto que está en la sesión. Es decir, aquellas problemáticas propias que ya estaban incluso antes de formar la pareja, pero que necesitan de un análisis, para que afecten lo menos posible a la terapia.

Entre las referencias consultadas (Chamorro, 2011), aunque ya he explicado que cada caso hay que tratarlo de forma específica, se mencionan algunos posibles motivos para introducir las sesiones individuales dentro de la terapia de pareja:

Para vencer las resistencias

Para no dejar al otro detrás

Para concienciar la participación de ambos de manera voluntaria y sin presiones

Para mejorar la comunicación al inicio

Para mejorar la empatía

Estas podrían ser cinco razones un tanto genéricas para poder entender esta aplicación de las entrevistas preliminares, o de las sesiones en el seno del tratamiento

de pareja, pero es necesario hacer unas precisiones más concretas. En este sentido habría que contar con el acuerdo de ambos miembros de la pareja, para entender la aplicación de esta técnica, con el fin de que mejore el proceso de la terapia conjunta. Sería necesario por tanto un “acuerdo intradiádico” entendiendo diada como “aquella unidad formada por los dos miembros de la pareja que comparten un espacio vincular interpersonal común” (Dicks, 1967). Me parece muy interesante esta definición, al referirse al vínculo interpersonal. Por tanto, ambos deben de entender y confiar en las sesiones individuales donde se va a tratar, sólo aquello que afecta individualmente a cada miembro de la pareja, para que lo intrínseco afecte lo menos posible a lo diádico. Para conseguir también y esto es algo muy habitual, que el tiempo de comprender de cada uno, pueda ir a la par. En ocasiones el desfase de la temporalidad es bastante diferente, por ello es importante conseguir una adaptación en los tiempos de forma que puedan hacer el proceso juntos sin desfases significativos. Todo ello formará parte del encuadre del tratamiento.

También sucede en muchas ocasiones, la utilidad de estas sesiones individuales para tomar conciencia de la necesidad de iniciar un tratamiento individual futuro, que permita elaborar problemas personales, como pueden ser procesos de duelo, por ejemplo.

El encuadre

Para todo ello es importante cuidar mucho el encuadre, el setting también llamado, utilizando una posición en V con un terapeuta, para que los ángulos de visión se mantengan iguales para ambos sujetos. Cuestión que debe de ser una constante, para mantener siempre un equilibrio de miradas, y de atención a la palabra de cada uno, para sentir que hay una escucha activa y exquisita por parte del terapeuta, hacia los mensajes que circulan.

El manejo de la transferencia es mucho más complicado en estas sesiones que en las individuales. Es imprescindible mantener el trato por igual de ambos miembros de la pareja. En este aspecto se ha dicho que cuando se hacen sesiones individuales, posteriormente es mucho más difícil controlar los intentos individuales de ganarse no sólo la atención del terapeuta, sino el intento de colocarlo en una posición a su favor. Pero podría decirse lo contrario también, porque como puede existir otro espacio de escucha individual, no es necesario acaparar la atención. Por ello es fundamental mantener la atención en ambos, haciendo a veces un ejercicio de aclarar o resumir las ideas expresadas, para que queden bien formuladas y se experimente que el mensaje pueda llegar mejor al otro. Acto terapéutico que puede tener un valor de interpretación.

Respecto al encuadre, también se ha hablado de introducir un segundo terapeuta (terapia foursome en *Psicoterapia psicoanalítica de pareja*, compilación de Téstor, 2019), y si ambos terapeutas tienen sexo diferente, puede ser más efectivo para el encuadre terapéutico. En la opinión del autor del este texto, un coterapeuta puede ser bastante interesante, cuando se trabaja en un centro en el que se ofrece

formación en terapia de pareja, para evitar sobre todo contradicciones u otro tipo de desavenencias. En este sentido resulta más operativo, que solo un profesional lleve la iniciativa, así, se evitarán dobles mensajes. Podría ser útil en algunas situaciones puntuales, por ejemplo, la utilización de este tipo de setting para mostrar interpretaciones indirectas, a través de comentarios de un terapeuta al otro.

Este concepto de iniciativa hay que entenderlo bien, debe de basarse en una dirección de la cura, guiada por la demanda inicial, hacia la búsqueda de la verdad inconsciente. Para ayudar en este proceso fundamental resulta sumamente útil la práctica de la supervisión, de una forma metódica, sobre todo para aquellos momentos de bloqueo o impasses. Se puede referenciar en este sentido, a la integración de esta práctica en procesos de formación ya reglados en prestigiosas Universidades como es la de Comillas donde su “Máster en Psicología de la Salud y Práctica Clínica”, no sólo utiliza esta técnica, sino que la implementa para la investigación, dentro del psicoanálisis con una praxis de grupos operativos.

Así mismo cuando se habla de iniciativa en la dirección de la cura, no se sitúa al terapeuta en una posición de saber, de maestro o de gran especialista, sino de que pueda facilitar que el saber circule, poniendo sobre la mesa los problemas y contribuir a su análisis correspondiente, a partir siempre del saber de los propios sujetos. Dicho esto, también conocemos que la base de la transferencia es dirigirse a un profesional al que se le supone un saber, pero es obligación del terapeuta hacer pivotar ese saber supuesto, hacia el saber que se expresa por el inconsciente que aparece en la terapia. Detentar el saber sería colocarse en una posición de poder innecesaria, ya que no conocemos la historia de los sujetos, y, además, supondría esperar a que el terapeuta solucionara sus problemas, como si estuviera en la posición de la verdad absoluta. En cambio, nuestra función es favorecer que ese saber inconsciente surja y pueda elaborarse, dentro de la línea de pensamiento clásica de la corriente lacaniana.

Viñeta clínica de un caso de infidelidad

Se relatará a continuación la viñeta clínica de un caso que pudo continuar gracias a una intervención puntual, después de la segunda entrevista diagnóstica. Las primeras entrevistas preliminares, llamadas así porque se hacen para fijar un diagnóstico y valorar la posibilidad de que se pueda emprender una terapia, es conveniente realizarlas siempre de forma conjunta, para que se explique y se escuche, cuál es la demanda inicial.

El motivo de la consulta se centra desde el principio en la infidelidad del marido, tres años atrás, sin que fuera descubierta hasta hace un par de meses por casualidad, cuando ella limpiaba el garaje. Allí encontró unas cartas y unas fotos que delataban la relación mantenida por su marido, con una antigua novia, en dos o tres ocasiones. Esta ‘traición’ como ella manifiesta, no es comprendida, después de todo lo que han vivido en común, y tampoco quiere perdonarla, hasta que no pueda conseguir alguna explicación, que le sirva para aplacar esta sensación que

le angustia tanto. Entiende que es algo que no puedan manejar los dos y animados por sus hijos, deciden realizar una terapia de pareja.

En las dos primeras entrevistas conjuntas surge este tema de una forma muy invasora, sin posibilidad de ninguna elaboración. Él jura que había sido un affaire, que no tenía ninguna importancia y por eso se lo había ocultado. Ella no entendía como había podido hacerlo, reprochándosele continuamente y viéndolo también como un reproche hacia sí misma, que había producido una profunda herida narcisista, y reabierto unos sentimientos de inadecuación, de los que había estado presa toda su adolescencia, en la que se veía gorda y fea y nada deseable. Por eso el daño emocional era muy grande. Lo despreciaba, pero al mismo tiempo al resurgir todos esos sentimientos de antaño, también se despreciaba a sí misma.

En este punto de bloqueo donde peligraba la continuación de la terapia, era necesario realizar una o dos entrevistas individuales que pudieran desbloquear esta escalada de pensamientos obsesivos, y poder introducir un tiempo de comprender, para poder replantear la relación sin este pesado lastre del pasado.

Hizo falta solo una entrevista, para poder retomar la terapia conjunta. En esta sesión con ella, pudo exteriorizar todo su malestar por la ‘traición’ recibida, y situarla en un contexto en el que la pareja sufría un impasse, producido por una gran dedicación de ella a su madre enferma y a sus hijos. Piensa que eso produjo una desatención a su marido y un distanciamiento de la pareja, que posteriormente se superó. Esta contextualización la tranquilizó, pero, aun así, continuaba la herida reabierta de su infancia y adolescencia en la que se sentía muy minusvalorada, y que debería retomarse en una terapia individual paralela, en la que se podría abordar la escisión entre amor y deseo, que se produjo en un momento dado por su marido. Un hombre en este caso, “puede desear a mujeres que no ama, para reencontrar la posición viril que él pone en suspenso cuando ama” (Miller, 2008). Pudo aceptar que seguía amándola, pero necesitaba de tiempo para poder asimilar todo lo que significaba que, en un momento dado, su marido hubiera preferido a otra mujer.

La terapia conjunta pudo continuar, pudiendo valorar todo lo que estaba en juego en la relación, como era, por ejemplo, el buen comportamiento que su marido había mantenido siempre con sus hijos y con su suegra. Reaparecían ocasionalmente los reproches por la infidelidad, pero permitían que pudiera hablarse de la relación actual, en la que ella estaba estudiando gracias a un trabajo de media jornada y de que él se hiciera cargo de muchas de las tareas de la casa y de ciertas necesidades de los hijos. Ella llevaba los estudios con calificaciones muy altas, que servían de reafirmación yoica, ante su sentimiento de inferioridad latente. La grave crisis en la relación podía abordarse a partir de la situación del presente, que había cambiado bastante desde hace tres años. En la sesión siguiente con ambos, después de la individual, verbalizó que esta sesión le había sido muy útil, ya que había podido ver otras perspectivas, que en su bloqueo no alcanzaba a contemplar.

Este fragmento muestra un ejemplo de esta inclusión de las entrevistas individuales en el seno de la terapia conjunta (entrevistas que tienen valor de sesiones

de terapia). En este tipo de casos lejos de perturbar la transferencia, la reforzó de una manera clara, ya que posibilitó otros puntos de abordaje.

La transferencia es uno de los conceptos más complicados en la práctica clínica con parejas, como se ha dicho e intentado desarrollar (Seminario sobre La Transferencia de Lacan, 1961/1991). Necesita de una formación del terapeuta, muy cuidada, y de haber trabajado en su propia terapia individual. Es decir, no se puede realizar terapia de pareja, sin antes haberse formado intensamente en psicoanálisis y realizar el propio análisis personal. Además de aprendizajes específicos, también es conveniente la práctica de la supervisión, para poder manejarse mejor en la dirección de la cura (estas son las bases de la formación en psicoanálisis).

Como aportación final a esta viñeta clínica, cabe hacer la consideración de que el trabajo terapéutico tiene que permitir en este tipo de casos, que la pareja pueda comprender el papel que la infidelidad juega en su relación, e identificar lo que está ocurriendo emocionalmente entre ellos.

La propia terapia debe también de favorecer la capacidad de pacto entre los dos, restando importancia a los temores que los desunen y mostrar aquello que se desconoce, tomando conciencia de todo el malestar que produce la infidelidad en sí.

Un caso de terapia de pareja

Se expondrá a continuación un caso de terapia en la que también fue positiva la realización de sesiones individuales, para desatascar el proceso principal.

La pareja acude a la consulta, ante las continuas discusiones que suelen tener siempre en relación con las excesivas atenciones que él muestra con su ex, a pesar de estar ya casi dos años separados. Él justifica esa forma de actuar por querer mantener el vínculo con su hijo de dos años de edad. La separación se produjo cuando el niño tenía 7 meses. Ya estaban mal antes, pero la retrasó para no dejarlo tan pequeño. Entonces no se formalizó legalmente la situación para poder ver al niño a menudo, pensando que la legalización le otorgaría la custodia a ella por la corta edad del niño y no podría disfrutar de este periodo de la vida de su hijo (él es abogado y conoce bien las leyes). También no lo ha hecho antes, por mantener sentimiento de culpa, por lo que él cree que fue un “abandono”. De esta situación se aprovecha su ex para pedirle ciertos favores, sobre todo económicos.

La situación en la que se encuentra le produce mucho estrés, sintiéndose entre dos mujeres demandantes, y su propio sentimiento de culpa por el abandono a su hijo. Además, en su trabajo quiere evitar conflictos; su forma de actuar repercute en sus clientes, que también se hacen muy demandantes y retrasan sus pagos, debiéndole mucho dinero. Él no consigue imponerse en estas cuestiones.

Aparece una constante que tiene valor de síntoma en su forma de actuar, tanto con su expareja, como con su compañera actual y sus clientes, e incluso con sus familiares, que también se aprovechan de su buena disposición.

Todo este funcionamiento, sintomático, aunque se va viendo en las sesiones, necesitaba de una interpretación y de un tratamiento individual, ya que las inter-

pretaciones y las cuestiones tan caracterizadas deberían tratarse aparte, porque no son de la propia relación sentimental que mantiene en la actualidad, aunque ésta las haga emerger, sino que provienen de antes de la misma. Además, podían servir como un arma contra él. Por ello no veo ningún inconveniente en que se trabajen en sesiones individuales, una vez discutida y aclarada su necesidad conjuntamente.

Así se hizo y él pudo observar como dicha conducta se repetía en distintos ámbitos que le perjudicaban a él mismo y a sus relaciones.

Por su parte este comportamiento atentaba contra la propia línea de flotación de su pareja, que no podía soportar que la pusiera en segundo plano. Ella había tenido también otra relación anterior, con una hija en común, preadolescente, pero la relación con su ex, en ese momento era cordial y ya había superado las desavenencias importantes del principio de la separación, hace ya 11 años. Ella se mostraba como una mujer muy segura de sí misma, y no toleraba de ningún modo, ser 'segundo plato'. Cada atención que él dispensaba a su ex, era como un ataque frontal, ya que era percibido por ella como un menosprecio. A veces cuestiones nimias, se consideraban como una falta de respeto grave. Esta situación se puede entrever respondía a un síntoma que le hacía reaccionar violentamente, ya que tenía que ver con un pasado en el que se había visto relegada demasiadas veces, y esto ya no lo toleraba. Se necesitaba por tanto poner en claro esta situación en paralelo a la relación de pareja, para quitarles parte de la carga percibida y que influyera lo menos posible en la relación, ya que no eran características de la propia relación, si no de cuando ella se sentía relegada antaño.

El síntoma encierra una verdad que hay que desplegar, como decía Freud (Freud, 1925/1986). Cuando se unen las parejas, se unen también sus síntomas y entre ellos unos pueden combinar, pero otros pueden resultar incompatibles. Precisamente en esta pareja se aprecia perfectamente cómo sus síntomas son incompatibles para el otro. El conflicto aparece cuando los síntomas de cada uno no se pueden acomodar.

Dicho de otro modo, no hay posibilidad de colusión positiva. Tomando el concepto de colusión en referencia a Dicks (1976), como un acuerdo inconsciente que determina una relación complementaria, en la que cada uno desarrolla partes de uno mismo que el otro necesita y renuncia a partes que proyecta sobre su cónyuge.

Las sesiones individuales en este caso tendrían la particularidad de tratar dichos síntomas, para que pudieran ser despejados y analizados aparte, y conseguir así que influyeran lo menos posible en la terapia de pareja. En este sentido también sería fácil preguntarse, ¿por qué no realizar dos terapias individuales?, ya que los síntomas son tan importantes. En este punto hay que pensar en la demanda que se hace, y esta es precisa: ambos sujetos están conformes en resolver los problemas que les afectan en común, y continuar la construcción de su pareja, demorarlos supondría la ruptura del avance que habían conseguido y que funcionaba muy bien en general, cuando no existían interferencias externas. Además, vistos individualmente no constituyen un problema actual para cada uno y permiten que el tratamiento sea más efectivo.

La efectividad de los tratamientos de pareja es mayor cuando los conflictos que han provocado las crisis, predominan los funcionamientos intersubjetivos, o sea, aquéllos en los que uno de los *partenaires* está influido por el otro, a través de sus respuestas, en una suerte de retroacción circular (Nocetti y Spivakow, 2011). Esta interrelación afecta a una intersubjetividad en la que también se ponen en juego las relaciones sociales, además de las características biopsicológicas de la propia pareja. Es interesante pensar en la importancia que tiene este concepto de 'intersubjetividad', desde la lectura mucho más compleja, realizada por Claudio Maruottolo (Maruottolo, 2016; Maruottolo y Llorens-Herrera, 2017), que une en un nuevo paradigma la condición biológica, psicológica y social. Enmarcado todo ello en una tercera tónica que sería cuestión de discusión extensa, pero que excede al planteamiento del trabajo aquí expuesto. Pero sí quería destacar el interés de la unión de los tres parámetros.

Volviendo al caso, se observaba una relación de pareja aparentemente muy feliz, con muchas satisfacciones, parecía que el único problema siempre estaba relacionado con las interacciones con la expareja de él, que hacían surgir en ella mucha agresividad.

Desde el punto de vista terapéutico, podría tratarse de forma directa la terapia de la pareja, y trabajar de forma paralela en otro encuadre, la problemática individual de ambos, como así se ha visto. Por tanto, no había posibilidad de elección entre terapias individuales y/o terapia de pareja. La demanda estaba clara y no comprendía el tratamiento individual de momento, aunque sí que se dejó constancia de su necesidad, si se agudizaba el malestar.

Con estas premisas la terapia avanza, cuidando desde el principio, la realización de una consistente transferencia de trabajo, que diera seguridad para afrontar la problemática presentada, con el tratamiento de aquellas cuestiones individuales, que se consideran necesarias, atendidas de forma paralela, para la buena dirección de la cura.

En las primeras entrevistas diagnósticas se observaba claramente que existía un vínculo fuerte entre los dos. Él hablaba de que nunca había estado tan enamorado, y mostraba su gran disposición a luchar por la pareja, haciendo los sacrificios que hiciera falta. Prueba de ello era la buena relación que mantenía con la hija preadolescente de su pareja. El problema se presentaba una y otra vez, con las atenciones que tenía con su ex, justificadas con mantener las visitas a su hijo. Era el motivo por el que después de casi dos años de separación, no habían formalizado la separación, como se ha indicado.

Del mismo modo quería mantener las cuestiones con sus clientes, sin terminar del todo los litigios, que iban sumando nuevos temas, sin cobrar tampoco la finalización total de los mismos. Aumentaba así la morosidad. Todo ello tensaba mucho la situación con su actual pareja, que era mucho más resolutiva y tajante, exigiéndole que estableciera unos límites más firmes, finalizando y abriendo expedientes de nuevo si hacía falta, para que no se eternizaran.

En las sesiones individuales se pudieron analizar libremente estas temáticas. Por un lado, él tendría que resolver su síntoma que provocaba estar preso en una encrucijada, que cada vez tenía más consecuencias.

Por su parte, ella tuvo que enfrentarse a una vida difícil. Una infancia muy complicada con una madre alcohólica y un padre ausente, que a pesar de sus esfuerzos no reconocían sus logros y sus valores. Hasta se hacía cargo de su hermano pequeño, aunque no tuviera ninguna consideración especial. Después tuvo una pareja que la maltrataba, pero había conseguido salir de todo con una fortaleza creada progresivamente, sin apenas ayuda. Relata todo ello con una mezcla de pesadumbre, pero también de satisfacción personal por haber vencido tantos inconvenientes, que le habían dejado una herida sin curar: no iba a soportar de nuevo que no se la considerase. Tenía que valorarse sus capacidades y su entrega, y pensaba que podría seguir haciendo frente ella sola, a todo ese lastre del pasado. Afrontar una terapia individual significaría mucho dolor por tener que revivir un pasado muy traumático.

Trabajar estos aspectos en sesiones individuales, permitieron la toma de conciencia de la problemática intrínseca de cada uno, asumiendo el trabajo que tenían por delante. Sirvió también para diferenciar la carga individual del tratamiento que era la temática principal.

De esta manera él comenzó a actuar en consecuencia, poniendo más límites no sólo a su ex, sino también en su trabajo. Empezó a estar un tiempo con su hija más acotado, diferenciando los tiempos de estancia de cada uno de los padres, sin mezclar, haciendo de la separación algo más claro. Presentó un convenio regulador para resolver de una forma legal la separación, y que tuviera una resolución final, sin alargar más una situación que tanto estaba desgastando a todos. Con respecto a los clientes, exigió el pago antes de seguir con nuevas demandas. Comprobó que dar tanto margen era perjudicial, en todos los sentidos y tampoco servía para evitar los conflictos. Todo ello relajó la situación de la pareja y permitió que el pasara más tiempo con ella y hubiera una mejor armonía. Presentó oficialmente a su familia su pareja, con el fin de formalizar el casamiento una vez resuelto el divorcio con su ex. Ella sintió que ya contaba más, y, por consiguiente, disminuían los conflictos, pudiendo hacer planes a largo plazo. Ese 'nosotros' tan importante en las parejas, seguía construyéndose y cobró más consistencia, con otro fin: el planteamiento de una nueva paternidad, cuando se acabara de consolidar la relación de pareja.

Creo que se pueda observar en este caso, siempre que la relación transferencial sea lo suficiente sólida, la compatibilidad de las sesiones individuales, con las sesiones conjuntas, dentro de una terapia de pareja.

El tratamiento pudo llegar a su fin cuando se fortaleció la pareja no sólo por el hecho de su casamiento, sino porque permitió consolidar su plan de pareja en común. También consideraron ambos que debían de finalizarlo, en el sentido que lo plantea Juan Carlos Nocetti, ya que son en última instancia los sujetos quienes valoran el fin de la terapia (Nocetti y Spivakow, 2011). Sería muy interesante analizar cómo se llegan a los fines de análisis en las terapias de pareja, pero eso necesitaría

de un desarrollo muy exhaustivo en un artículo completo.

Consideración final

Las sesiones individuales contribuyen a desatascar cuestiones de pareja, que pueden llegar a ser sintomáticas y que, tratadas de forma paralela, contribuyen a un desempeño más fluido de los procesos de pareja. Para ello es necesario manejar con especial cuidado la relación transferencial, que se forma antes de recibir a los pacientes, en la primera llamada de petición de consulta, en la que ya ha de contarse con ambos miembros de la pareja. Se ha de ser espacialmente considerado en estos detalles para que la terapia pueda enfocarse con las mayores garantías de éxito desde que se recibe la primera demanda, que ha de tratar de extenderse al otro *partenaire* ya desde el inicio.

Atender con sumo cuidado todas estas precisiones favorecerá la fluidez de la terapia, si es necesario con la realización de sesiones individuales, que considero ser lo suficientemente relevantes después de todo lo anteriormente argumentado, para favorecer que ambos sujetos puedan iniciar un viaje terapéutico, en el que se favorezcan los puntos de encuentro y se analicen las discrepancias, para permitir que el viaje no tenga demasiadas paradas y afronte las distintas vicisitudes que se presenten con dinamismo y eficacia.

Referencias

- Chamorro, J. (2011). *Nosotros que nos quisimos tanto... Los resultados terapéuticos del psicoanálisis. Nuevas formas de la transferencia*. Revista digital Varité. Nueva Escuela Lacaniana de México.
- Dicks, H. V. (1967). *Tensiones matrimoniales*. Hormé.
- Freud, S. (1986). *Síntoma, inhibición y angustia*. Obras completas: Sigmund Freud (1ª ed. 1ª reedición., Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925).
- Lacan, J. (1991). *La Transferencia*. Paidós (trabajo original publicado en 1961).
- Lemaire, J. (1980). *Terapias de pareja*. Amorrortu.
- Maruottolo, C. (2016). *Más allá del principio de realidad. Subjetividad y psicoanálisis de tercera generación*. Aperturas psicoanalíticas. *Revista internacional de psicoanálisis*, 52. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000927&a=Mas-alla-del-principio-de-realidad-Subjetividad-y-psicoanalisis-de-tercera-generacion>
- Maruottolo, C. y Llorens-Herrera, M. C. (2017). El lugar de la intersubjetividad en la psicoterapia psicoanalítica de pareja y familiar. En M. J. De Castro, R. Gómez y A. De la Hoz (eds.), *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental* (pp. 143-152). AEN.
- Miller, J-A. (2008, octubre). Sobre el amor. *Psychologies Magazine*, 278.
- Nocetti, J. C. y Spivakow, M. (2011, noviembre). La terapia psicoanalítica de pareja: su utilidad y referencias teóricas. *Topía*, 52. <https://www.topia.com.ar/autores/juan-carlos-nocetti>
- Pérez Testor, C. (2006). *Parejas en conflicto*. Paidós.
- Pérez Testor, C. (2019). *Psicoterapia psicoanalítica de pareja*. Herder.
- Pérez Testor, C., Castillo, J. A. y Davins, M. (2009). *Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica*. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 197-217.
- Yildiz, I. (2010). *Psicoanálisis de pareja y de familia. Perspectivas psicoanalíticas de pareja y de familia*. Psicoanlistaiyildiz. <https://psicoanlistaiyildiz.com/portfolio-2/perspectivas-psicoanaliticas-de-pareja-y-de-familia/>

Apéndice

Bibliografía complementaria:

- Castellví, P. (1994). *Tratamiento de pareja*. En A. Bobé y C. Pérez Testor (comps.), *Conflictos de pareja. Diagnóstico y tratamiento*. Paidós.
- Goldklank, S. (2009). The shoop shoop song. A guide to psychoanalytic-systemic couple therapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 45(1), 3-25. <https://doi.org/10.1080/00107530.2009.10745984>
- Lamaire, J. (1979). *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. Fondo de Cultura Económica.
- Martínez Sánchez, J. I. (2010). *Terapia familiar y de pareja. Intervenciones clínicas en las familias. Una introducción práctica*. Eimpresión Hispana.
- Martínez Sánchez, J. I. (2012). *Intervenciones en las familias a través de la terapia. La terapia en familia*. Académica Española.
- Meana Peón, R., Méndez Ruíz, J. y Alarcón Pulpillo, A. (2012). *Terapia Psicoanalítica. Estrategia para la Formación Práctica Universitaria y la Investigación Clínica*. Revista Clínica Contemporánea. *Práctica Clínica*, 1(3), 35-6. <https://doi.org/10.5093/cc2012a3>
- Miller, J-A. (2008, octubre). Psychologies: La psychanalyse enseigne-t-elle quelque chose sur l'amour? Interview a Jacques-Alain Miller dans Psychologies Magazine. *Psychologies Magazine*, 278. <http://ampblog2006.blogspot.com/2008/10/interview-de-jacques-alain-miller-dans.html>
- Torres, D. (2017). Reseña de "Psicoterapia psicoanalítica de pareja como tratamiento de elección: indicaciones, desafíos y beneficios" [VV.AA.]. *Aperturas Psicoanalíticas*, 54. Recuperado de [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000970&a=Psicoterapia-psicoanalitica-de-pareja-como-tratamiento-de-eleccion-indicaciones-desafios-y-beneficios-\[VVAA\]](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000970&a=Psicoterapia-psicoanalitica-de-pareja-como-tratamiento-de-eleccion-indicaciones-desafios-y-beneficios-[VVAA])

EFICACIA Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA RESILIENCIA Y BIENESTAR: QUÉDATE EN CASA. LA PSICOLOGÍA EN TIEMPOS DE CUARENTENA Y PANDEMIA

EFFICACY AND SATISFACTION OF THE RESILIENCE AND WELLBEING PROGRAM: «STAY AT HOME». PSYCHOLOGY IN TIMES OF QUARANTINE AND PANDEMIC

Óscar Sánchez-Hernández

Universidad de Murcia. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9501-1815>

Ana Canales

Sander Psicólogos: Bienestar & Ciencia. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8659-3999>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez-Hernández, O. y Canales, A. (2020). Eficacia y Satisfacción del Programa Resiliencia y Bienestar: Quédate en casa. La Psicología en tiempos de Cuarentena y Pandemia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 381-398. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.389>



Resumen

El estado de alarma generado por la crisis del COVID-19 conllevó aplicar la cuarentena para la población española entre otros países. El Programa Resiliencia y Bienestar: “Quédate en casa”, es una intervención psicoeducativa que se aplicó en el confinamiento y desescalada con la finalidad de promocionar el bienestar y prevenir problemas emocionales. Se evaluó la eficacia y satisfacción del programa en una muestra de 80 participantes, 68,8% mujeres y un 31,1% hombres, con una media de edad de 36,04 años ($DE = 15,1$). Los participantes informaron de una alta satisfacción con el programa. Seguir comportamientos prudentes y saludables en el confinamiento (quedarse en casa, uso de mascarillas...) se relaciona con la satisfacción con el programa y con el desarrollo de las habilidades del programa. Los análisis señalan una mejora estadísticamente significativa, del pretest al postest, en resiliencia, bienestar psicológico, síntomas de estrés postraumático, facilidad para llevar la pandemia y estado de ánimo. Las mejoras se dieron también en participantes que no habían realizado otra intervención psicológica en el último mes (para descartar que la mejora fuera por otra intervención psicológica que hubieran recibido). El desarrollo de habilidades del programa predice la mejora, del pretest al postest, de la facilidad de llevar la pandemia y del bienestar psicológico. Se recomiendan nuevos análisis y ensayos en diseños experimentales para estudiar su eficacia.

Palabras clave: resiliencia, bienestar, pandemia, cuarentena, prevención, covid-19.

Abstract

The state of alarm generated by the COVID-19 crisis led to the application of quarantine for the Spanish population among other countries. The Resilience and Well-being Program: “Stay at home” is a psychoeducational intervention that was applied in confinement and de-escalation in order to promote well-being and prevent emotional problems. The efficacy and satisfaction of the program were evaluated in a sample of 80 participants, 68.8% women and 31.1% men, with a mean age of 36.04 years ($SD = 15.1$). Participants reported high satisfaction with the program. Following prudent and healthy behaviors in confinement (staying home, wearing masks ...) is related to satisfaction with the program and the development of program skills. The analyzes indicate a statistically significant improvement, from pretest to posttest, in resilience, psychological well-being, symptoms of post-traumatic stress, ease of handling the pandemic, and mood. The improvements also occurred in participants who had not undergone another psychological intervention in the last month (to rule out that the improvement was not due to another psychological intervention they had received). The development of program skills predicts improvement, from pretest to posttest, in ease of handling the pandemic and psychological well-being. Further analyzes and trials in experimental designs are recommended to study its efficacy.

Keywords: resilience, well-being, pandemic, quarantine, prevention, covid-19.

Eficacia y Satisfacción del Programa Resiliencia y Bienestar: «quédate en casa»

El estado de pandemia y cuarentena provocado por el COVID-19 ha supuesto un verdadero reto para todos los países, instituciones, organizaciones, familias y personas del planeta.

La revisión del grupo de investigación de Brooks y colaboradores (2020) en su artículo publicado "*The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*" explican el brote de la enfermedad por coronavirus de diciembre de 2019 y el efecto de la aplicación del confinamiento para la población general. Los autores del estudio señalan que las decisiones sobre cómo aplicar la cuarentena deben basarse en la mejor evidencia disponible. Hicieron una revisión del impacto psicológico de la cuarentena utilizando tres bases de datos. De 3166 artículos científicos encontrados, 24 fueron incluidos en la revisión. La mayoría de los estudios revisados informaron de efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Los factores estresantes incluyeron una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Algunos investigadores han sugerido efectos duraderos.

Recomiendan los autores que en situaciones donde la cuarentena se considere necesaria, los estados deben poner en cuarentena a las personas por un tiempo no mayor al requerido, proporcionar una justificación clara para la cuarentena e información sobre los protocolos y garantizar que se proporcionen suministros suficientes. Subrayan especialmente apelar al altruismo recordando a la población los beneficios de la cuarentena para la sociedad en general lo que puede ser favorable para llevar mejor este proceso. Señalan los beneficios de proporcionar información adecuada para sobrellevar la cuarentena, estrategias de afrontamiento y gestión del estrés dado que el aburrimiento y el aislamiento pueden generar estrés y angustia. Subrayan estudios en los que se han encontrado beneficios de dar apoyo telefónico por expertos en salud mental específicamente para los que están en cuarentena en términos de proporcionarles una red social.

Diversos estudios señalan un impacto psicológico negativo de la cuarentena y pandemia del COVID-19 en China (Liang et al., 2020; Wang et al., 2020), España (Valiente et al., 2020) y otros países (Torales et al., 2020) en la línea del estudio de Brooks y colaboradores (2020).

La consecuencia de este impacto hace probable que muchos países experimenten una "ola" de trastornos mentales relacionados con COVID-19 como resultado de un aumento de los factores de riesgo vinculados a la pandemia como el aislamiento social, desempleo, preocupaciones económicas, estrés, violencia de pareja, estrés laboral, incertidumbre, dolor y pérdida. El enfoque "doble" utilizado para lidiar con el COVID-19 a nivel médico es un enfoque excelente para usar también para la salud mental. A nivel médico comprende, por un lado, tratamiento médico para los infectados incrementando la capacidad de respuesta sanitaria y, por otro, medidas de salud pública de prevención primaria de contagios (distancia de seguridad, uso

de mascarillas, lavado de manos frecuente...). Trasladando este excelente plan para manejar los impactos en la salud mental supondría, por un lado, incrementar la capacidad sanitaria para ofrecer tratamiento psicológico a personas que presenten malestar significativo y/o un trastorno psicológico y, por otro lado, medidas de prevención primaria centradas en prevenir la aparición de nuevos casos de trastornos mentales. Un enfoque en la prevención primaria es particularmente importante para “aplanar la curva” y evitar un aumento en la incidencia de trastornos mentales derivados de la pandemia de COVID-19 (Carbone, 2020). Las intervenciones basadas en evidencia diseñadas para prevenir trastornos comunes ya están disponibles y deberían divulgarse y aplicarse (Arango et al., 2018; Extremera, 2020; Mendelson y Eaton, 2018; Sánchez-Hernández, 2012; Sánchez-Hernández et al., 2014). Estas intervenciones incluyen programas de crianza, sociales y emocionales, programas de aprendizaje, estrategias de autocuidado y programas de bienestar mental en el lugar de trabajo, entre otros. Gran parte de los programas de prevención de la depresión en niños y adolescentes han utilizado técnicas cognitivo-conductuales, con cierto éxito. Otras estrategias de prevención de la depresión han incluido entrenamiento en un adecuado afrontamiento de situaciones estresantes, habilidades de resolución de problemas sociales, entrenamiento en habilidades sociales, habilidades de comunicación, y fomento de adecuadas habilidades para la crianza de los hijos. Estas estrategias tienen en común que se dirigen hacia objetivos específicos, bien identificados, presentan la intervención en formato de manuales cuidando la fidelidad de dicha intervención y se centran principalmente en las dimensiones cognitiva y social. Las intervenciones de prevención de la depresión podrían ser una medida eficiente de ahorro sanitario (Mihalopoulos et al., 2011) por lo que es necesario invertir en este tipo de medidas.

En el pasado brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) del 2003 el estudio de Maunder y colaboradores (2003) encontraron beneficios al proporcionar apoyo telefónico, por expertos en salud mental, a las personas en cuarentena en términos de proporcionarles una red social de apoyo. Identificar las necesidades de las familias, ofrecer una oportunidad para expresar sentimientos y apoyar estrategias de afrontamiento efectivas ayudó a mejorar el sentido de competencia y control de las familias.

Si nos centramos dentro de los problemas emocionales en la depresión, los estudios epidemiológicos y clínicos indican que los factores de riesgo más relacionados son: ser mujer, tener una historia familiar de depresión, especialmente uno o ambos padres, presentar síntomas depresivos (subclínicos), ansiedad, acontecimientos vitales estresantes, desarreglos neurobiológicos, temperamento difícil, rasgos de personalidad como neuroticismo, cogniciones negativas, problemas en la autorregulación y el afrontamiento y dificultades en las relaciones interpersonales (Garber, 2006).

Southwick et al. (2005) presentaron un valioso resumen de los factores protectores que contribuyen a la resistencia al estrés. Teniendo en cuenta el impacto

del estrés en el inicio de la depresión, el aumento de estos factores de protección puede desempeñar una función primaria útil o coadyuvante en las intervenciones preventivas. Southwick y colaboradores (2005) señalaron los siguientes factores para la promoción de la resistencia al estrés según indica la investigación: la emocionalidad positiva, disposición al optimismo, el humor, la flexibilidad cognitiva, el estilo explicativo optimista, la capacidad de redefinir los factores de estrés, la aceptación, la espiritualidad, el altruismo, el apoyo social, presencia de modelos de conducta, el estilo de afrontamiento activo y el ejercicio físico.

Algunos de los factores de resiliencia más prácticos para ser modificados por una intervención incluyen el estilo de afrontamiento activo, la aceptación, y la capacidad de redefinir los factores de estrés (similar al estilo de atribución). Por ejemplo, la aceptación es probable que sea importante en las intervenciones en los que la persona no tiene el control de la situación. En cuanto al afrontamiento activo, algunos programas dirigidos a resolver problemas específicos han dado resultados prometedores en muestras de adultos.

Para la prevención de problemas emocionales en jóvenes el Programa de Resiliencia de Pensilvania es uno de los más evaluados con resultados muy positivos (Brunwasser et al., 2009; Sánchez-Hernández et al., 2016) y, en el ámbito español, el Programa Sonrisa: Psicología Basada en la Evidencia ha dado resultados alentadores (Sánchez-Hernández et al., 2019). Muchas de las técnicas de estos programas fueron utilizadas en el diseño del Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en casa».

Las últimas revisiones meta-analíticas subrayan la necesidad intervenciones de la Psicología Positiva para promocionar el bienestar psicológico. En el estudio de Koydemir et al. (2020) se incluyeron 68 estudios controlados aleatorios de poblaciones no clínicas con un total de 16.085 participantes. Los resultados mostraron que las intervenciones psicológicas positivas aumentan el bienestar tanto a corto como a largo plazo.

Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en casa»

Al igual que la medicina, creemos que la psicología debe responder a todos los niveles necesarios (promoción del bienestar, prevención de problemas emocionales y detección e intervención precoz). Desde la Universidad de Murcia y el Centro de Psicología Sander Psicólogos: Bienestar & Ciencia, organizaciones a las que pertenecemos los autores, nos propusimos responder a este reto en base a nuestra experiencia profesional llevando a cabo el Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en Casa» (Sánchez-Hernández y Canales, 2020) con dos objetivos claros:

1. Prevenir problemas emocionales que podría producir el estado de cuarentena y pandemia en la población, según las últimas revisiones científicas, y promocionar el bienestar de las familias.

2. Detección precoz y derivación a asociaciones y organizaciones que ofrezcan tratamiento psicológico gratuito en caso de que fuera necesario.

Es una intervención psicoeducativa que está pensada especialmente para

afrontar de forma más sabia y saludable la situación de cuarentena, así como los efectos a corto, medio y largo plazo provocado tanto por la cuarentena como la pandemia que requerirá futuras adaptaciones que tengamos que realizar de las recomendaciones sanitarias.

Para su elaboración se ha tenido en cuenta las investigaciones previas sobre la prevención de problemas emocionales y la promoción del bienestar. Se tienen en cuenta tanto los factores de riesgo como los factores protectores con un enfoque ecológico (Brunwasser et al., 2009; Sánchez-Hernández et al., 2014; Sánchez-Hernández et al., 2016; Sánchez-Hernández et al., 2019). Se siguieron las indicaciones de los expertos del Peking University Sixth Hospital (Bao et al., 2020) para que la población pueda lidiar con el estrés: evaluar la precisión de la información divulgada, mejorar los sistemas de apoyo social (familia, amigos...), eliminar el estigma asociado con la pandemia, mantener una vida normal en condiciones seguras y utilizar el sistema de servicios psicosociales (asesoramiento telefónico, videollamadas...).

También se han tenido en cuenta estudios e intervenciones para evitar los efectos negativos de procesos de confinamiento en otros contextos. Un ejemplo interesante son los entrenamientos de los astronautas con dinámicas de la psicología, en general, y de la psicología positiva en particular para fomentar sus emociones positivas ante las dificultades emocionales que supone el confinamiento. Los astronautas que preparan el viaje a Marte entrenan dinámicas muy parecidas a las de este programa. *EARTH of Well-being* se desarrolló en el marco del proyecto Mars-500 como una contramedida psicológica para ayudar a los astronautas a hacer frente a las dificultades durante el largo viaje simulado a Marte (520 días). Los datos apoyan la utilidad del sistema para aumentar las emociones positivas y disminuir las negativas (Botella et al., 2016).

El estudio que se presenta en este artículo forma parte del Proyecto Resiliencia y Bienestar que comprende tres fases. Las dos primeras se basan en la resiliencia reactiva y la tercera en la resiliencia proactiva (Jackson y Ferris, 2015). Tradicionalmente se ha hablado de una resiliencia reactiva, ya que se «reacciona» a la adversidad del entorno con una respuesta adaptativa positiva. La resiliencia proactiva consiste en adelantarse a los acontecimientos y proveer a las personas y organizaciones de los recursos psicológicos necesarios. Actuar focalizados en propósitos, objetivos y metas futuras (Salanova et al., 2019). Con esta explicación en mente las fases de este proyecto son:

1. Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en Casa»
2. Programa Resiliencia y Bienestar: «Creando una Nueva Realidad»
3. Programa Resiliencia y Bienestar: «Construyendo una Comunidad Resiliente»

La resiliencia se refiere a la capacidad que la persona tiene de recuperarse después de sufrir una situación compleja, estresante, adaptándose de manera positiva y creativa a las adversidades, superándolas y, en general, sintiéndose regenerada,

fortalecida y transformada para mejor. El término, al igual que el de estrés, proviene de la física y denota la capacidad de resistencia de un material al choque, a la tensión, a la presión y que le permite volver, siempre que es forzado o violentado, a su forma o posición inicial (Carrobles y Benevides-Pereira, 2009). De forma resumida es la capacidad de adaptación ante circunstancias cambiantes y adversas (Block y Block, 1980). La resiliencia es un factor protector que se relaciona con la promoción del bienestar y la prevención de problemas emocionales como señalan estudios realizados tras el confinamiento en la pandemia del COVID-19 (Sánchez-Hernández et al., 2020). Si bien tendemos hacia la resiliencia (Bonanno, 2004), ante un evento masivo como el COVID-19, la prevención es un reto necesario a abordar. Aunque muchas personas y familias mostrarán resiliencia frente a los desafíos asociados con COVID-19, para muchos otros, el bloqueo prolongado y la falta de apoyo probablemente exacerbarán las vulnerabilidades existentes y contribuirán a la aparición de nuevos trastornos relacionados con el estrés (Horesh y Brown, 2020).

En resumen, este artículo evalúa la eficacia y satisfacción del Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en casa» cuyos objetivos son la prevención de problemas emocionales, la promoción del bienestar y la detección e intervención precoz ante los efectos de la cuarentena y pandemia originada por el COVID-19. Por último, se proponen líneas de intervención e investigación para fortalecer comunidades mediante la resiliencia proactiva.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 80 participantes, 68.8% mujeres y un 31.2% hombres, con una media de edad de 36.04 años ($DE = 15.1$) principalmente con un nivel socioeconómico medio (88.8%) y bajo en un 11.2%. La mayoría de la muestra tiene estudios universitarios (66.3%) y un 24.3% de la muestra informa, en el posttest, de haber recibido apoyo psicológico en el último mes de forma simultánea al programa.

Instrumentos

Portada de Evaluación del Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en casa». Recoge los datos sociodemográficos y los siguientes constructos medidos mediante un ítem en pretest y posttest: facilidad para llevar la pandemia (“¿Hasta qué punto, como promedio de la última semana, te es fácil llevar esta situación de pandemia, de 0 a 10, siendo 0 *muy difícil* y 10 *muy llevadero*?”), y estado de ánimo (“¿Cómo puntuarías tu estado de ánimo promedio de la última semana, de 0 a 10, siendo 0 *muy bajo estado de ánimo* y 10 *muy alto estado de ánimo*?”). Constructos medidos sólo en posttest: seguir los consejos del programa (“¿Hasta qué punto has seguido nuestros consejos, de 0 a 10, siendo 0 *muy poco* y 10 *mucho*?”), satisfacción con el programa (“¿Qué nivel de satisfacción tienes con nuestra intervención, de

0 a 10, siendo 0 *muy poco* y 10 *mucho*?) y conocer si habían recibido otro apoyo psicológico (“¿Has recibido apoyo psicológico (aparte de este programa) durante el último mes?”).

Cuestionario Resumen de Habilidades del Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en casa» (Sánchez-Hernández y Canales, 2020). Es un cuestionario de 15 ítems que pretende medir el nivel de aplicación, en una escala de 0 a 10, de las distintas técnicas del programa: informarse adecuadamente de fuentes fiables, llevar hábitos y horarios saludables, uso de fortalezas, comportamientos saludables y prudentes, no exigirse de más a uno mismo ni a los demás, aceptar sabiamente las emociones, cultivar relaciones positivas y fomentar el apego seguro, agradecimiento y esperanza, técnica roca, optimismo resiliente, gestión de rumiaciones, mi mejor yo posible, sentido vital, dar sentido al sufrimiento y diario resiliente. La consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .84.

Cuestionario de Resiliencia (Wagnild y Young, 1987). Adaptación de Baños y Botella (2017). Evalúa el grado de resiliencia individual y la perspectiva de resiliencia como una característica de personalidad positiva que favorece la adaptación (Wagnild y Young, 1993). Está formada por 25 ítems escritos de forma positiva, que se valoran del 1 (*en desacuerdo*) al 7 (*totalmente de acuerdo*), donde los resultados varían entre los 25 y 175 puntos. Según Wagnild y Young (1993), se consideran altas las puntuaciones en la escala cuando se obtienen puntuaciones iguales o superiores a 147 puntos. Además de poder calcular la puntuación total de la escala se pueden distinguir dos factores principales, que fueron nombrados “aceptación de la vida propia” y “competencia individual”. En una revisión de 12 artículos desarrollada por Wagnild (2009), la fiabilidad de la escala se encontraba entre .85 y .94. En nuestro estudio la consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .91.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Revisada (EGS-R, Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016). Es una entrevista estructurada que consta de 21 ítems, basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 para este trastorno: 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (82.5%) si se establece un punto de corte global de 20. El instrumento global ha mostrado una alta consistencia interna ($\alpha = .91$). En nuestro estudio la consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .93.

Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo (WEMWBS, Tennant et al., 2007). Adaptación española de López y colaboradores (2012). Esta medida aparece como consecuencia de una mayor demanda de instrumentos de medida que evalúen la salud mental positiva. Consta de 14 afirmaciones positivas referentes a aspectos hedónicos y eudaemónicos de bienestar mental. Cada ítem se responde

sobre la base de una escala Likert de 5 puntos desde “nunca” hasta “todo el tiempo” y el resultado final se obtiene de la suma de todos los ítems (rango 14 a 70 puntos). Una mayor puntuación indica mayores niveles de bienestar mental. Ha sido validada al español en una muestra de 1900 participantes entre 15 y 70 años (Castellví et al., 2013), con alta consistencia interna (alfa de Cronbach = .93), buen poder discriminativo y ajuste satisfactorio para soluciones multifactoriales. En nuestro estudio la consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .83.

Procedimiento

El estudio de la revisión realizada por Brooks y colaboradores (2020), sobre el impacto psicológico de las cuarentenas, fue el comienzo de este proyecto. El estado de cuarentena en España se inició el 14 de marzo. El 16 de marzo se ofreció el programa por redes sociales y a estudiantes de la Universidad de Murcia. En el primer contacto se informaba sobre el programa y las medidas de protección de datos y, a los interesados, se pedía el consentimiento informado.

La intervención se centró en el periodo de la cuarentena y desescalada. El 21 de junio el Gobierno de España concluye el último estado de alarma, terminada la desescalada y entrando todo el país en la ‘nueva normalidad’ tras 99 días de emergencia nacional. A los 80 participantes del programa se les realizó un pretest, al inicio de la intervención, y un postest tras la finalización de la misma.

Los profesionales que impartían la intervención tenían que ser psicólogos con especialidad en psicología sanitaria. Para formarse en la intervención tenían que pasar ellos mismos el programa como participantes antes de pasar la intervención a otras personas. También recibieron un curso de formación online de 4 horas por los creadores del programa, así como su supervisión durante sus intervenciones.

Programa Resiliencia y Bienestar: «Quédate en casa»

Es una intervención psicoeducativa que está pensada especialmente para afrontar de forma más sabia y saludable la situación de cuarentena, así como los efectos a corto, medio y largo plazo provocado tanto por la cuarentena como la pandemia que requerirá futuras adaptaciones que tengamos que realizar de las recomendaciones sanitarias.

El presente programa tiene un enfoque familiar. Todas las fichas pueden ser trabajadas por los adultos y algunas están más adaptadas a los más pequeños. En aquellas fichas que son para adultos, los padres o cuidadores principales pueden intentar extraer el mejor aprendizaje y transmitir su mensaje adaptado al lenguaje de los más pequeños. Consideramos que lo fundamental es que los adultos, padres y cuidadores puedan gestionar lo más sabiamente esta situación y sepan cuidarse a sí mismos para poder cuidar de las personas a su cargo fomentando el apego seguro (Hoffman et al., 2019; Powell et al., 2019; Yap et al., 2016).

El programa ofrece apoyo psicológico gratuito con tres sesiones de videollamada por persona (20-30 minutos cada sesión) y envío de 7 píldoras de bienestar

mediante correo electrónico en la línea de otras intervenciones (Hansen et al., 2019).

Pueden escucharse las recomendaciones de cada píldora de bienestar en Radio UM.es, la radio de la Universidad de Murcia (https://www.ivoox.com/podcast-programa-resiliencia-bienestar-emocional-queda_sq_f1884376_1.html).

La intervención psicoeducativa propuesta integra diversos enfoques de la psicología:

1. Psicoeducación para informarse de fuentes fiables, fomento de la motivación altruista para comprometerse con las recomendaciones sanitarias, cuentoterapia para los más pequeños e información sobre la resiliencia (Píldora de Bienestar 1).
2. Enfoque Cognitivo-Conductual y Activación Conductual con las técnicas de planificación de actividades agradables y saludables (Píldora de Bienestar 2), respiración profunda, imágenes positivas (Píldora de Bienestar 3) estilo de comunicación asertivo y habilidades de resolución de problemas (Píldora de Bienestar 4).
3. Educación Emocional con técnicas centradas en percepción, expresión, comprensión y regulación emocional (Píldora de Bienestar 3 y 4).
4. Terapia Cognitiva con técnicas de reestructuración cognitiva y afrontamiento de las ruminaciones (Píldora de Bienestar 6).
5. Terapia de Aceptación y Compromiso, *Mindfulness* y Terapia Centrada en la Compasión con técnicas de atención plena, defusión cognitiva, compromiso con los valores y técnicas centradas en la compasión (Píldoras de Bienestar 3, 4, 5, 6 y 7).
6. Técnicas corporales centrados en los estudios sobre posturas poderosas de Amy Cuddy (2016), profesora en la *Harvard Business School*, así como en otras autoras (Ogden y Fisher, 2016) en la Píldoras de Bienestar 3.
7. Terapia de Apego centrada en los consejos de Powell et al. (2019) sobre el Círculo de Seguridad (Píldoras de Bienestar 4).
8. Psicología Positiva Aplicada con las técnicas de identificación y desarrollo de fortalezas psicológicas, esperanza, saboreo, optimismo resiliente y sentido vital (Píldoras de Bienestar 2, 4, 5, 6 y 7).

El programa también tiene como objetivo la detección precoz de problemas emocionales y la derivación a asociaciones y organizaciones que realicen intervención psicológica gratuita en situación de crisis y emergencias. Tanto en el pretest como en el postest se usó como criterio de derivación el punto clínico de 20 de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Revisada (EGS-R, Echeburúa et al., 2016) para informar a los participantes de la idoneidad de ponerse en contacto con estas organizaciones en la línea de otras intervenciones (Zhou et al., 2020).

La primera recomendación fue la propuesta de la Asociación EMDR España. La terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares) está avalada por la Organización Mundial de la Salud y las Guías Clínicas

Internacionales para el tratamiento del trauma (Hofman, 2016).

Se basa en la comprensión del efecto de las experiencias vitales adversas y traumáticas sobre la patología y en el procesamiento de dichas experiencias a través de procedimientos estructurados que incluyen movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral. Su aplicación se ha extendido a un amplio rango de problemas clínicos (<https://www.emdr-es.org/>).

Los análisis estadísticos realizados se centraron en análisis de correlaciones, análisis de regresión lineal, cálculo de las puntuaciones *t* de Student para medias relacionadas y cálculo del tamaño del efecto (Cohen, 1988; Hedges, 1981).

Resultados

Satisfacción con el programa

Los participantes informaron de una alta satisfacción con el programa con una media de 8.26 ($DE = 1.3$) y que habían seguido los consejos del programa de forma notable señalando una media de 7.25 ($DE = 1.7$). La satisfacción con el programa se relacionaba con el desarrollo de las habilidades del programa ($r = .45$; $p = .002$) y haber seguido sus consejos ($r = .43$; $p = .000$).

Comportamientos prudentes y saludables

Seguir comportamientos prudentes y saludables (quedarse en casa, uso de mascarillas, distancia social, lavado de manos y seguir recomendaciones sanitarias en general) se relaciona con la satisfacción con el programa ($r = .39$; $p = .008$) y con el desarrollo de las habilidades del programa, específicamente con, seguir fuentes fiables de información y evitar el exceso de información ($r = .52$; $p = .000$), uso de fortalezas ($r = .34$; $p = .022$), relaciones positivas y apego seguro ($r = .35$; $p = .015$), esperanza y agradecimiento ($r = .29$; $p = .045$), optimismo resiliente ($r = .31$; $p = .036$), sentido vital ($r = .30$; $p = .044$) y llevar un diario resiliente ($r = .42$; $p = .003$).

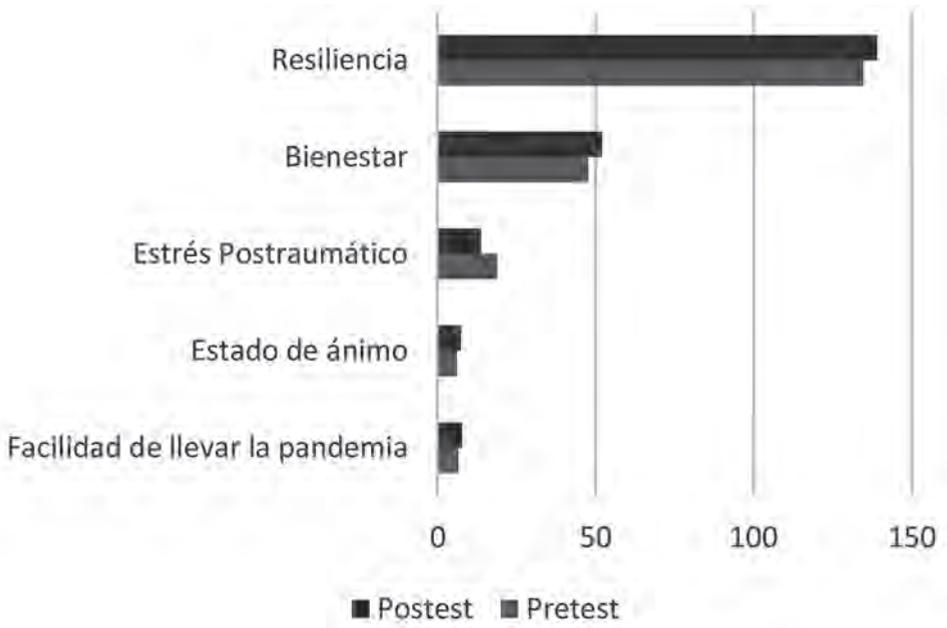
Análisis de mejoras del pretest al postest muestra total

Los análisis señalan una mejora estadísticamente significativa, del pretest al postest, en la facilidad para llevar la pandemia, el estado de ánimo, los síntomas de estrés postraumático, el bienestar psicológico y en la resiliencia (tabla 1) (figura 1).

Tabla 1. *Descriptivos (Medias y Desviaciones Estandar) y Puntuaciones T de Student, del Pretest al Postest, y Tamaños del Efecto en la Muestra Total*

Variable	Programa	Resiliencia	t (gl)	p	Tamaño del efecto
	Media	n	DE		
Facilidad de llevar la pandemia					
Pretest	6.45	74	1.84	--	
Postest	7.73	74	1.61	-5.12 (73)	.000 .70
Estado de Ánimo					
Pretest	6.05	73	1.76	--	
Postest	7.27	73	1.49	-5.27 (72)	.000 .70
Estrés Postraumático					
Pretest	18.70	53	11.99	--	
Postest	13.66	53	11.06	3.93(52)	.000 .41
Bienestar					
Pretest	47.59	51	7.37	--	
Postest	51.92	51	8.73	-3.51 (50)	.001 .58
Resiliencia					
Pretest	134.74	50	19.20	--	
Postest	138.96	50	16.75	-2.16 (49)	.035 .22

Figura 1. Mejoras del Pretest al Postest en la Muestra Total



Análisis de mejoras del pretest al postest en los participantes que solo recibieron el programa

Las mejoras se dieron también en participantes que no habían realizado otra intervención psicológica en el último mes. Estos análisis tenían la finalidad de descartar que la mejora fuera por otra intervención psicológica que hubieran recibido. Los análisis señalan una mejora estadísticamente significativa, del pretest al postest, en la facilidad para llevar la pandemia, el estado de ánimo, los síntomas de estrés postraumático, el bienestar psicológico y marginalmente significativo en resiliencia (tabla 2).

Tabla 2. Descriptivos (Medias y Desviaciones Estandar) y Puntuaciones T de Student, del Pretest al Postest, y Tamaños del Efecto en Participantes que solo Recibieron el Programa

Variable	Programa	Resiliencia		t (gl)	p	Tamaño del efecto
	Media	n	DE			
Facilidad de llevar la pandemia						
Pretest	6.59	54	2.02	--		
Postest	8.00	54	1.33	-5.04 (53)	.000	.70
Estado de Ánimo						
Pretest	6.34	53	1.87	--		
Postest	7.42	53	1.57	-3.74 (52)	.000	.57
Estrés Postraumático						
Pretest	16.34	38	10.79	--		
Postest	11.08	38	8.55	3.97(37)	.000	.48
Bienestar						
Pretest	47.78	37	7.24	--		
Postest	52.59	37	8.17	-3.24 (36)	.003	.65
Resiliencia						
Pretest	137.92	36	20.59	--		
Postest	142.14	36	17.06	-1.83 (35)	.075	.20

Análisis de regresión sobre las puntuaciones de cambio

La finalidad de estos análisis era determinar hasta qué punto la mejora (puntuaciones de cambio del pretest al postest) en las diversas variables (facilidad de llevar la pandemia, estado de ánimo, estrés postraumático, bienestar y resiliencia) era producido por el desarrollo de las habilidades del programa. Los análisis de regresión señalan que el desarrollo de habilidades del programa predice la mejora, del pretest al postest, en la facilidad de llevar la pandemia (32%) y del bienestar psicológico (49%) de forma estadísticamente significativa (tabla 3).

Tabla 3. *Análisis de Regresión Utilizando las Distintas Dimensiones del Desarrollo de Habilidades del Programa como Variables Predictoras de las Puntuaciones de Cambio de las Diversas Variables (Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Estrés Postraumático, Bienestar y Resiliencia)*

Desarrollo de Habilidades del Programa	R	R ²	R ² corregida	Error típico de Estimación	F	p
Facilidad de llevar la pandemia	.753	.566	.316	1.770	2.265	.033
Estado de Ánimo	.664	.441	.119	1.879	1.369	.234
Estrés Postraumático	.754	.568	.208	8.502	1.579	.177
Bienestar	.873	.761	.486	7.049	2.765	.036
Resiliencia	.722	.521	.072	12.584	1.159	.385

Discusión y conclusiones

Los participantes que pasaron el Programa Resiliencia y Bienestar: “*Quédate en casa*” informaron de una alta satisfacción con el programa. La satisfacción con el programa se relacionaba con el desarrollo de las habilidades del programa y haber seguido sus consejos.

Seguir comportamientos prudentes y saludables (quedarse en casa, uso de mascarillas, distancia social, lavado de manos y seguir recomendaciones sanitarias en general) se relaciona con la satisfacción con el programa y con el desarrollo de las habilidades del programa (seguir fuentes fiables de información, uso de fortalezas, relaciones positivas y apego seguro, esperanza, agradecimiento, optimismo resiliente, sentido vital y llevar un diario resiliente).

Los análisis señalan una mejora estadísticamente significativa, del pretest al postest, en resiliencia, bienestar psicológico, síntomas de estrés postraumático, facilidad para llevar la pandemia y estado de ánimo. Las mejoras se dieron también en participantes que no habían realizado otra intervención psicológica en el último mes (para descartar que la mejora fuera por otra intervención psicológica que hubieran recibido). El desarrollo de habilidades del programa predice la mejora, del pretest al postest, en la facilidad de llevar la pandemia y del bienestar psicológico.

Entre las limitaciones del estudio cabe señalar que el diseño fue preexperimental y tan sólo un diseño experimental puede garantizar que la causa de la mejora en los participantes es debido al programa. Dado que los análisis realizados señalan que el programa podría tener beneficios en promocionar el bienestar y prevenir problemas emocionales, se sugiere nuevos estudios con un diseño experimental. No obstante, los análisis que descartan que la mejora sea por otras intervenciones psicológicas y

los que indican que el desarrollo de habilidades del programa predice las mejoras en la facilidad de llevar la pandemia y del bienestar psicológico apuntan hacia la eficacia del programa.

Se realizó una revisión bibliográfica buscando intervenciones psicológicas para prevenir problemas emocionales y promocionar el bienestar ante el efecto de la cuarentena en la crisis del COVID-19 pero tan sólo se hallaron artículos recomendando la necesidad de realizar estas intervenciones (Carbone, 2020; Fontanesi et al., 2020).

En el estudio de Maunder y colaboradores (2003) ante el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) del 2003 encontraron beneficios al proporcionar apoyo telefónico, por expertos en salud mental, a las personas en cuarentena en términos de proporcionarles una red social de apoyo. Identificar las necesidades de las familias, ofrecer una oportunidad para expresar sentimientos y apoyar estrategias de afrontamiento efectivas ayudó a mejorar el sentido de competencia y control de las familias.

Se recomienda la promoción de la Educación en Resiliencia, tanto reactiva como proactiva, dados los efectos positivos en la promoción del bienestar y la prevención de problemas emocionales. Estas medidas deben de ir acompañadas de la detección precoz y tratamiento psicológico de las personas que lo necesiten, atendiendo especialmente a los grupos más vulnerables. De igual forma medidas sociales que ayuden a amortiguar los efectos de esta crisis.

Referencias

- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. y Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet. Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*, 395(10224): e37–e38. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30309-3)
- Block, J. H. y Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behaviour. En W. A. Collins (ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology: Volumen 13. Development of cognition, affect, and social relations* (pp. 39-101). Erlbaum.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Botella, C., Baños, R. M., Etchemendy, E., García-Palacios, A. y Alcañiz, M. (2016). Psychological countermeasures in manned space missions: “EARTH” system for the mars-500 project. *Computers in Human Behavior*, 55(B), 898-908. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.10.010>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y James, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brunwasser, S. M., Gillham, J. E. y Kim, E. S. (2009). A meta-analytic re-view of the Penn Resiliency Program’s effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1042-1054. <https://doi.org/10.1037/a0017671>
- Carbone, S. R. (2020). Flattening the curve of mental ill-health: the importance of primary prevention in managing the mental health impacts of COVID-19. *Mental Health & Prevention*, 19, 200185. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200185>

- Carrobes, J. A. y Benevides-Pereira, A. M. T. (2009). El estrés y la psicología positiva. En E. G. Fernández-Abascal, (ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-373). Pirámide.
- Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompert, A., Colom, J., Tresserras, R., Ferrer, M., Stewart-Brown, S. y Alonso, J. (2013). The Spanish Version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is Valid for Use in the General Population. *Quality of Life Research*, 22(6), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0513-7>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª ed). Erlbaum.
- Cuddy, A. (2016). *El poder de la Presencia*. Urano.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., Muñoz, J.M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Extremera, N. (2020). Afrontando el estrés causado por la pandemia del COVID-19: Futura agenda de investigación desde la inteligencia emocional. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 631-638. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783857>
- Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P. y Verrocchio, M. C. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S79-S81. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000672>
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6S1), 104–125. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.007>
- Hansen, A., Broomfield, G. y Yap, M. B. H. (2019). A systematic review of technology assisted parenting programs for mental health problems in youth aged 0-18 years: Applicability to underserved Australian communities. *Australian Journal of Psychology*, 71(4), 433-462. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12250>
- Hedges, L. V. (1981). Distribution Theory for Glass's Estimator of Effect Size and Related Estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6(2), 107-112. <https://doi.org/10.3102%2F10769986006002107>
- Hofman, A. (2016). *EMDR. La terapia para los síndromes de estrés psicológico derivados del trauma. Guía práctica para el tratamiento de las personas traumatizadas*. Ediciones EMDR Biblioteca.
- Hoffman, K., Cooper, G., Powell, B. y Benton, C. M. (2019). *Cómo criar un niño seguro. Cómo el Círculo de Seguridad de los Padres puede ayudar a la formación de vínculos afectivos, a su resiliencia emocional y a la libertad de exploración*. Medici.
- Horesh, D. y Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000592>
- Jackson, S. y Ferris, T. (2015). Proactive and Reactive Resilience: A Comparison of Perspectives. *INCOSÉ Insight*, 18, 7.
- Koydemir, S., Sökmez, A. B. y Schütz, A. (2020). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Randomized Controlled Positive Psychological Interventions on Subjective and Psychological Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C. y Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 91, 841-852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- López, M. A., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., Ferrer, M. y Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and Preliminary Validation in a Student Sample. *Quality of Life Research*, 22, 1099–1104. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0238-z>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R. y Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168(10), 1245–1251.
- Mendelson, T. y Eaton, W. W. (2018). Recent advances in the prevention of mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(4), 325–339. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1501-6>
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., Smit, F. y Carter, R. (2011). Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(1), 36-44. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.501024>
- Ogden, P. y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Declée de Brouwer.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. y Marvin, B. (2019). *La intervención del Círculo de Seguridad. Cómo mejorar el apego en las relaciones entre padres e hijos mediante la intervención temprana*. Eleftheria.
- Salanova, M., Llorens, S. y Martínez, I. M. (2019). *Organizaciones Saludables. Una mirada desde la Psicología Positiva*. Editorial Aranzadi.

- Sánchez-Hernández, Ó. (2012). *Eficacia de sendas intervenciones de Psicología Positiva para la promoción del bienestar y la prevención de la depresión infantil y de la depresión adolescente* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia (España)]. Digitum. <http://hdl.handle.net/10201/33094>
- Sánchez-Hernández, Ó. y Canales, A. (2020). *¡Quédate en casa! Resiliencia y Bienestar. Psicología Aplicada a tiempos de Pandemia*. Editorial UOC.
- Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X., Ato, M. y Garber, J. (2019). Prevention of Depressive Symptoms and Promotion of Well-being in Adolescents: A Randomized Controlled Trial of the Smile Program. *Anales de Psicología*, 35(2), 225-232. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.342591>
- Sánchez-Hernández, Ó., García, M. F. y Canales, A. (2020). *Resiliencia y Bienestar en la prevención de problemas emocionales ante el COVID-19* [Comunicación]. 8th International Congress of Educational Sciences and Development, Pontevedra, España.
- Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X. y Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12983>
- Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X. y Garber, J. (2016). Promoting resilience in children with depressive symptoms. *Anales de Psicología*, 32(3), 741-748
- Southwick, S. M., Vythilingam, M. y Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63), 1477-7525. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R. y Martínez, A. (2020). *VIDA-COVID-19. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas. Resultados preliminares. Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores* (Informe técnico 2.0.02/05/2020). Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Sheffield. <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G. y Young, H. (1987). *The Resilience scale*. Manuscrito no publicado.
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Yap, M. B. H., Morgan, A. J., Cairns, K., Jorm, A. F., Hetrick, S. E. y Merry, S. (2016). Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical Psychology Review*, 50, 138-158. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.003>
- Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X. y Smith, A. C. (2020). The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 26(4), 377-379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>

RECENSIÓN DE LIBROS:

YA NO TE LLAMARÁN “ABANDONADA”. ACOMPAÑAMIENTO PSICO-ESPIRITUAL A SUPERVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL

EDITOR: Luis Alfonso Zamorano

PPC

Año de publicación: 2019

ISBN: 978-84-2883-344-8

YA NO TE
LLAMARÁN
«ABANDONADA»

*Acompañamiento psico-espiritual a supervivientes
de abuso sexual*

Luis Alfonso Zamorano



Carlos Alberto Rosas Jiménez

Universidad de la Sabana, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1529-3785>

La mayoría de las veces que se habla del abuso sexual se mencionan solamente a las víctimas y a los abusadores. Sin embargo, poco se habla de los terceros, de aquellos que encubrieron, no dijeron nada cuando vieron algo sospechoso o que simplemente fueron negligentes y no cumplieron con su labor de vigilar a las personas vulnerables para que no fueran abusadas. Por otro lado, tampoco se suele hablar de las víctimas secundarias, que son las familias, miembros de las parroquias, comunidades religiosas, instituciones educativas donde se encontraba la víctima, pues aunque la herida más grande la tiene la víctima del abuso, las víctimas secundarias pueden ser heridas muy gravemente a nivel físico, pero también psicológica y espiritualmente, en la confianza hacia las demás personas o hacia la institución donde ocurrió el abuso; las víctimas secundarias también son supervi-



vientes del abuso sexual. Pues bien, en este libro, para abordar de manera integral la sanación psico-espiritual de los supervivientes, Luis Alfonso Zamorano busca incluir también los terceros y las víctimas secundarias. Además, brinda una mirada muy completa de lo que es el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, con un enfoque particular en la situación de la Iglesia Católica.

Para poder comprender hacia dónde tiene que ir el acompañamiento psico-espiritual a los supervivientes del abuso sexual es necesario comprender varios elementos que están detrás de la realidad del abuso. Nos permitimos citar el siguiente párrafo, que aunque un poco extenso, ilustra claramente varios de los elementos problemáticos en la realidad del abuso, como el silencio, la minimización y la complicidad; si bien se hace mención a los abusos dentro de una comunidad religiosa específica, puede aplicarse a distintas comunidades religiosas, no solo católicas sino de otros credos, a familias y a otros grupos humanos donde se ha dado el abuso sexual; dice el autor:

Desde aquí me atrevo a afirmar que muchos que defendieron a capa y espada al P. Fernando Karadima, que se la jugaron por su inocencia y pusieron la mano en el fuego por él, en el fondo lo hacían también desde su condición de ser también víctimas (...) no cabe duda de que sufrieron un verdadero lavado de cerebro en el que perdieron todo -o casi todo- juicio crítico hacia “el santo”. Sus actitudes y acciones eran incuestionables. En mi opinión, ellos también son víctimas abusadas en su conciencia y manipuladas. Por lo mismo, *aunque vean, no ven*. O, si ven, se minimiza, se quita importancia o se justifica. El fenómeno de vampirización, en el fondo, tiene semejanzas con lo que sucede en el enamoramiento patológico. Se idealiza y se encumbra tanto a la persona amada y admirada que no se ven los defectos, o si se perciben, no se les da importancia. Si más tarde se produce una apertura de ojos, esta suele ser dolorosa, y la persona suele recriminarse haber sido tan tonta de haber confiado tan ciegamente y haberse dejado manipular. No solo tiene que afrontar el posible perdón hacia su abusador, sino sobre todo hacia sí misma *por no haberme dado cuenta antes*. Ahora bien, si con el tiempo y ante tantas evidencias no reaccionas, terminas pasando *de víctima a cómplice*, que es lo que, en mi opinión, y seguramente sin quererlo, les ha pasado a algunos de los más cercanos colaboradores de Karadima (p. 43).

De esta manera, el autor recoge elementos clave para la comprensión del abuso, pues muchos abusos no son denunciados, en iglesias, instituciones educativas y en las familias debido al encubrimiento y por eso recién en la última década se ha comenzado a entender la complejidad de la realidad del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.

El autor de este libro, el padre Luis Alfonso Zamorano, de nacionalidad española, es sacerdote-misionero de la Fraternidad Misionera *Verbum Dei*. Ha desarrollado su labor como misionero en Chile durante casi 20 años. El padre tiene una maestría

en acompañamiento psico-espiritual de la Universidad San Alberto Hurtado en Chile y es autor de algunos CD de pop-rock cristiano. Su vasta experiencia en el acompañamiento de víctimas del abuso sexual, es lo que hace que en este libro se encuentren elementos fundamentales para ayudar a las víctimas de abuso sexual, pero también a otras víctimas que hayan podido sufrir otro tipo de abuso.

El libro se encuentra dividido en 15 capítulos distribuidos en dos partes: la primera, apunta a comprender las generalidades del abuso sexual infantil; y la segunda, se enfoca en dar claves para el acompañamiento psico-espiritual de los supervivientes del abuso. En esta segunda parte, el padre Zamorano, expone varios apartes textuales de los relatos de una víctima de abuso sexual a quien le ha puesto el sobrenombre de Estrella.

Dado que muchos de los datos que coloca el autor en la primera parte es información que se encuentra en muchos otros libros y artículos de investigación sobre la realidad del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, nos limitaremos a resaltar los aspectos que nos parece que vale la pena mencionar, que son más fruto de la experiencia del autor como acompañante de supervivientes del abuso sexual.

Vampirización y síndrome del hechizo. Dentro de la problemática del abuso destacamos lo que el autor llama el proceso de vampirización y síndrome del hechizo, que hacen parte de una dinámica de anular casi por completo la voluntad de las personas para así dejarlas a merced del arbitrio del líder, que es típico de las sectas, y también de las relaciones abusivas, especialmente cuando las víctimas son adolescentes o adultos vulnerables (cfr. p. 41). Por otro lado, el autor cita las palabras de una de las víctimas del padre Karadima que dice: “Estoy seguro de que quienes rodean a Karadima y lo defienden son buenas personas, pero con un servilismo brutal...el abuso psicológico es brutal” (p. 43). Esto se conecta con la cita textual al inicio de esta reseña.

La imposición del secreto. Para que el abusador pueda realizar todo el ritual que conduce al abuso sexual de la víctima, recurre al silencio como estrategia principal. Desafortunadamente, los niños obedecen a ese imperativo de silencio y dada la gravedad de las consecuencias de los abusos, las víctimas quedan como paralizadas, que les cuesta mucho romper ese silencio (cfr. p. 44-46).

El “Everest” de todos los traumas. Este es un término acuñado por el autor para describir la gravedad del abuso sexual. Son abundantes las investigaciones que evidencian las consecuencias fatídicas que tiene el abuso sexual para las víctimas. Mencionamos simplemente algunos factores: trastornos de actividad escolar, manifestaciones ansiosas asociadas a la rabia, sexualización traumática y temprana, culpabilidad y vergüenza, autoestima disminuida, trastornos en el ánimo – depresión con tendencia suicida, trastornos disociativos, desarrollo de adicciones y grandes dificultades para confiar, entre otros (cfr. capítulo 5).

Víctimas de abuso y vocación sacerdotal o religiosa. Este es una novedad en el libro, pues el autor comenta su experiencia de acompañar a víctimas en la vida sacerdotal y religiosa, de la siguiente manera: “En mi experiencia me he dado

cuenta de que hacerse cargo de la propia historia e integrar su vivencia traumática les exige a las víctimas tanta dedicación, tanta atención y energías psíquicas que quedan agotadas para asumir las exigencias que conllevan los votos de pobreza, castidad y obediencia, o de la vida comunitaria, con sus desafíos de interculturalidad, adaptación, conflictos, etc. (...). Es verdad que muchas de esas heridas se curan en la entrega a los demás, pero también es cierto que el contacto con los demás genera nuevas heridas, incomprensiones, vacíos, frustraciones, etc. Estos sufrimientos inevitables de la misión pueden reabrir a veces con virulencia las heridas por el abuso” (p. 67). Estas palabras son muy importantes a la hora de realizar una psicoterapia o un acompañamiento espiritual a las víctimas mencionadas, pues dada la complejidad de la entrega de su vida en estas vocaciones particulares con los votos y el servicio a los demás, definitivamente necesitan una atención especializada.

Abuso de autoridad o manipulación de conciencia. El autor menciona que por ligereza, incredulidad, falta de preparación, inexperiencia, superficialidad espiritual y humana se hizo silencio frente a muchos casos de abuso dentro de la Iglesia Católica, cosa que hemos de lamentar profundamente. No obstante, sumado a estas actitudes que quizá algunas fueron con culpa o sin ella, sí existen contextos comunitarios que conducen al abuso sexual en familias, comunidades religiosas o diferentes instituciones. El padre Zamorano nos ofrece una especie de examen de conciencia para evaluar nuestras propios entornos comunitarios con 24 puntos que le ayudarán a su institución, comunidad religiosa o familia a identificar si dentro de ellas se dan abusos de autoridad o manipulación de conciencia (cfr. pp. 103-107).

Como mencionamos anteriormente, en la segunda parte el padre Zamorano expone varios apartes textuales de los relatos de una víctima de abuso sexual a quien le ha puesto el sobrenombre de Estrella. A continuación resaltamos los principales elementos que consideramos vale la pena mencionar del acompañamiento realizado a las víctimas:

¿Qué hacer cuando una persona cuenta que ha sufrido un abuso en algún momento de su vida? El autor menciona algunos puntos que resumimos de la siguiente manera: Creer, acompañar en la confirmación del daño, el abuso siempre es responsabilidad del adulto, informarse lo mejor posible sobre las características del abuso sexual, no compadecer al agresor, empatizar con el dolor y sufrimiento de la víctima, valorar y validar sus sentimientos, animar a la persona para que busque ayuda, respetar la confidencialidad y validarla como víctima (cfr. 127-128).

Primeros pasos para la sanación interior. Dice el autor que: “Muchos supervivientes de abuso quieren escapar a toda costa del fantasma del abuso, y como una forma de escape, se preocupan por tener éxitos profesionales, lo olvidan, tienden a ensimismarse o simplemente se desconectan de sus sentimientos y de su mundo interior. No les será fácil reconocer que lo que les sirvió para salir adelante, y en algunos casos con mucho éxito, hoy, en cambio, es un impedimento para sanar y caminar sin “temas pendientes” que en cualquier momento pueden explotar” (p. 149). Sumado a este reconocimiento de lo vivido ante uno mismo, está el romper

el silencio, luego el permitir que se desaten crisis; y el último de estos primeros pasos, elaborar el duelo, con todos los pasos que este implica (cfr. capítulo 7).

Miedo, desconfianza, autoestima, culpabilidad y vergüenza. En una segunda etapa del acompañamiento a los supervivientes del abuso sexual está el trabajar el miedo, la desconfianza, la baja autoestima, la culpabilidad y la vergüenza, todos estos aspectos muy difíciles de trabajar, pero fundamentales en el proceso de sanación. A continuación mencionamos algunos elementos importantes en la recuperación de la autoestima, pues es necesario: a. aprender a amarse a uno mismo, b. entender bien la aceptación de sí mismo, c. saber reconocer una autoestima suficiente o deficiente, d. acompañar la relectura de la biografía afectiva, e. el autocuidado, f. el grupo o comunidad como factor reparador de la autoestima, y g. la experiencia de ser amados incondicionalmente (cfr. capítulo 9).

Resignificar el mal sufrido. Una de las grandes aportes del autor, para los procesos de curación, es que no necesariamente las heridas fruto del abuso sanarán completamente. El autor nos pide que contemplemos el costado de Cristo, que tiene una herida siempre abierta que sigue manando, y que es justamente gracias a esa herida que no se cierra, que nos llega a nosotros su amor y su misericordia; son las heridas precisamente la medicina; en ellas está la fuerza curativa (cfr. pp. 81-182). Por eso, nos sugiere el autor, que no pidamos tanto que Dios nos cure, “cuanto que haga de nuestras heridas un manantial, con la esperanza de que ellas puedan ser una fuente de bendición para otros” (p. 182).

Cuidar el lenguaje del acompañamiento. El padre Zamorano afirma que aun con buena intención, si no desarrollamos una nueva sensibilidad, podemos ser como los amigos de Job, que con sus consejos e interpretaciones lo único que conseguían era ahondar su sufrimiento y soledad; y expone algunos ejemplos de cómo nuestro lenguaje y nuestra manera de interpretar los misterios de la fe y la palabra de Dios, en vez de ser trampolín para la sanación, pueden ser una trampa mortal (cfr. p. 185-186); estos son: i. ver la mano de Dios detrás de todo lo vivido, ii. ¿qué pecado cometí tan horrible para que Dios me tratara así? iii. Pero ¿no era necesario que el Mesías padeciera? iv. ¿Sucede todo para el bien de los que aman a Dios? v. ¿Abrazar la cruz? vi. Si Dios me ama con amor eterno ¿por qué no hizo nada para impedir el abuso? vii. ¿Hay que hacerse como niños? viii. ¿Un Dios grande y fuerte? ix. ¿Ser granos de trigo? x. ¿Son un estímulo los “mártires de la castidad”? xi. ¿Hay que perdonar y olvidar?

Pues bien, en esta segunda parte del libro, el lector va leyendo los testimonios de Estrella y ya al final se puede percibir cómo ese acompañamiento psicoespiritual ha dado fruto, tanto así, que el lector descansa, como que uno se tranquiliza al leer las palabras textuales de Estrella y se ve que aunque la sanación del trauma y las heridas pueda no ser completa, sí se percibe mucha paz interior. Pero llama la atención también la claridad de las palabras de Estrella; claridad frente a su pasado, su presente y su futuro, incluso también mucha claridad en su relación con Dios. Todos estos testimonios van llevando al lector a que descubra cómo después de una

situación tan trágica como la que sufrió Estrella, ella se sienta ya preparada, no sin dolor, para amar y confiar con profunda libertad, incluso para enfrentar otras crisis por las que tuvo que pasar cuando ya llevaba algún tiempo del acompañamiento psicoespiritual.

El presente libro de Luis Alfonso Zamorano es sin duda un gran aporte a la psicoterapia que se entrelaza y trabaja en conjunto con la dimensión espiritual de las víctimas. Quizá una crítica que se le puede hacer al libro son las pocas citas no tan actualizadas de la realidad del abuso que se mencionan en la primera parte. No obstante, esa parte es para poner en contexto al lector de la realidad del abuso y conducirlo a que comprenda a fondo lo que se dice del acompañamiento psicoespiritual a los supervivientes del abuso en la segunda parte. Recomendamos este libro tanto a psicoterapeutas como a acompañantes espirituales, y por supuesto, a todas las víctimas de abuso.

Quisiéramos terminar esta reseña con una cita textual de Estrella al final del libro que nos puede ilustrar los frutos que puede dar un buen acompañamiento de este tipo para una víctima de cualquier tipo de abuso, pero especialmente del abuso sexual, dice Estrella: “Pero este año fue distinto: el dolor me trajo frutos que de otra forma no habría conocido. Me enseñó a depender de otros, a necesitarlos profundamente, a sentir que no podría mantenerme en pie sin ellos. Al principio pedía favores; ahora me doy cuenta de que aprendí a dejarme amar. Aprendí a mostrarme frágil, y si bien me daba miedo, me di cuenta de la grandeza de los corazones, me di cuenta de que soy querida, de que valgo la pena, de que no soy una carga” (p. 219).

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 31, Number 117, November, 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:

<https://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

PSICOTERAPIAS TRANSPERSONALES

Transpersonal psychotherapies

Ana Gimeno-Bayón Cobos

(Coordinadora)

EDITORIAL

PSICOTERAPIAS TRANSPERSONALES

Ana Gimeno-Bayón Cobos

PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIAS

TRANSPERSONALES. REFLEXIONES Y PROPUESTAS

Ana Gimeno-Bayón Cobos

LA MEDITACIÓN EN LA ESPERANZA EN

EL PROGRAMA EBC: DESCRIPCIÓN Y MECANISMOS DE ACCIÓN IMPLICADOS.

David Alvear Morón

DESARROLLO PERSONAL Y PRÁCTICA

ESPIRITUAL: ANÁLISIS NARRATIVO DE VIVENCIAS

Asun Puche Echegaray y Luis Botella García del Cid

PSICOTERAPIA PRIMORDIAL. UNA

CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL Y GRUPAL

Daniel Taroppio

IN MEMORIAM LEONOR PANTINAT

Comité de redacción de Revista de Psicoterapia

Artículos del monográfico (Acceso Abierto)

LOS PROCESOS SENSORIALES Y

EMOCIONALES EN LAS ESPIRITUALIDADES RELIGIOSAS Y ATEAS

Ramón Rosal Cortés

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

SALUD MENTAL, EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN LA INFANCIA Y SU IMPACTO SOBRE LA EXPERIENCIA ONIRICA

Alejandro Parra y Víctor Hugo Damián Silguero

HACIA LA EVIDENCIA BASADA EN LA PRÁCTICA EN PSICOTERAPIA

Alberto Gimeno Peón y César Mateu Hernández

GENIOS LITERARIOS Y PÉRDIDAS

PARENTALES: EL CASO DE JOHN R. R. TOLKIEN

Silvia Beatriz Franchi

EL DESARROLLO INFANTIL EN PSICOTERAPIA

INTEGRATIVA: LAS PRIMERAS TRES ETAPAS DE ERIK ERIKSON

Richard G. Erskine

CONTRIBUCIONES DE UN NUEVO PROCESO

DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A LAS PSICOTERAPIAS

Carmen Moreno-Rosset y Rosario Antequera Jurado

LAS CONVERSACIONES DEL EQUIPO EN EL MODELO NARRATIVO-TEMÁTICO. ABRIENDO PASO A LA HISTORIA POR VIVIR

Ricardo Ramos Gutiérrez, Sheila Izu y Laila Aljende

LA SUPERVISIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS (PADES). DE LA DEMANDA DE LA SUPERVISIÓN A SU FINALIZACIÓN

Alfred Tejedo García

SOCIEDAD DE RENDIMIENTO Y PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA: LA PSICOTERAPIA INDIVIDUALIZADORA

Diego Sánchez Ruiz y Lorena Velayos Jiménez

LA SOLEDAD EN LA ALTA CAPACIDAD INTELLECTUAL: FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

María Isabel Gómez-León

EL INSIGHT EN ESQUIZOFRENIA DESDE EL MODELO DE ASIMILACIÓN: UN ESTUDIO CUALITATIVO DE CASO A TRAVÉS DE NARRACIONES

Restituto Vañó Monllor, Isabel Caro Gabalda y

Sergio Pérez Ruiz

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PSICOTERAPIA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E IMPLEMENTACIÓN

Pablo Rafael Santangelo

REESTRUCTURACIÓN DEL VÍNCULO A TRAVÉS DE TERAPIA INTEGRATIVA EN UN CASO DE DUELOS MÚLTIPLES

María Teresa Monjarás Rodríguez y Emilia Lucio y Gómez Maqueo

RELEVANCIA DE LAS SESIONES INDIVIDUALES EN UN CASO DE TERAPIA DE PAREJA

Juan Ignacio Martínez Sánchez

EFICACIA Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA RESILIENCIA Y BIENESTAR: QUÉDATE EN CASA. LA PSICOLOGÍA EN TIEMPOS DE CUARENTENA Y PANDEMIA

Óscar Sánchez-Hernández y Ana Canales

Recensión de Libros:

YA NO TE LLAMARÁN "ABANDONADA". ACOMPAÑAMIENTO PSICO-ESPIRITUAL A SUPERVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL

Carlos Alberto Rosas Jiménez

