

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**50 años de Psicoterapia
Relacional Integrativa**



118



Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 32, Número 118, Marzo, 2021 – 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 Anchía, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

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

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

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

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

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

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

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

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

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

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

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

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

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

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

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

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

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

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begonia Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

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

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: 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, CAPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Depósito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

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

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

NOTACIÓN NUMÉRICA

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

Proceso de evaluación y selección de originales:

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

Copyright:

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

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

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Director:

director@revistadepsicoterapia.com

Editor:

editor@revistadepsicoterapia.com

Administración:

Secretaría Revista de Psicoterapia

secretaria@revistadepsicoterapia.com

Suscripciones en <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/suscripciones.html> o bien rellenado el siguiente

BOLETIN DE SUSCRIPCION y enviándolo al mail de la Administración.

Fecha:

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

Apellidos:

Nombre:.....

Teléfono: Profesión:

Dirección:.....

Ciudad: D.P.

Pais:.....

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

☐ Adjunto cheque bancario núm.:.....☐ Contrareembolso

MasterCard

Tarjeta N°:

Fecha caducidad: / /

Precio de la
suscripción anual:

Paises comunitarios	55	EUR
---------------------------	----	-----

Países extracomunitarios ... 70 EUR

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

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

Nombre y apellidos:.....

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja..... Agencia nº:

Dirección.....

Ciudad D.P.

Pais:.....

Fecha y Firma:



CONTENIDO

Monográfico: 50 años de Psicoterapia Relacional Integrativa Mar Gómez Masana

Editorial:

50 años de Psicoterapia Relacional Integrativa.....	1
Mar Gómez Masana y Yarima Etxeberria Ibáñez	

Aportaciones de la Psicoterapia Integrativa al estudio y comprensión del desarrollo humano	7
Esther Zarandona de Juan	

Diagnosis Relacional:

Una Evaluación Dinámica y Transteórica enfocada en la Persona a través de la Relación	25
Bibiana Martín Corcuera y Mar Gómez Masana	

La Perspectiva de un Terapeuta Gestáltico sobre la Indagación Terapéutica.....	47
Fermín González Cuellar	

El Proceso Esquizoide a través de la Mirada de R. Erskine: “Diálogos y Reflexiones”.....	59
Amaia Mauriz Etxabe	

Soledades que duelen, soledades que acompañan. La Complejidad de la Crítica Interna.....	81
Feli Pérez de Onraita Ortiz	

Viviendo en Mundos Imaginarios. Sintonía, Indagación e Implicación en el Tratamiento de las Psicosis	97
José Manuel Martínez Rodríguez	

——Artículos del monográfico de Libre Acceso——
(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Desenredando el ovillo: De la dependencia a las sustancias a la confianza en la relación	115
Mercedes Pedreira Quiroga	

Tratamiento de los Patrones Relacionales Inconscientes. El caso de Pablo: Implicación y Sintonía en Psicoterapia.....	133
Izaskun Andollo Hervás	

La Psicoterapia Integrativa en el Ámbito de Intervención Social: Conceptos y métodos de intervención.....	149
Angela Pérez Burgos	

La Psicoterapia Relacional Integrativa en el campo de la Discapacidad Intelectual	163
Verónica Aguado Rodríguez	
———Artículos de Libre Acceso———	
(disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)	
El Encuadre como Escucha y Acceso a la Vida Emocional Profunda. La Óptica para Alcanzar el Cerebro Subcortical	177
Mario C. Salvador Fernández	
La Co-Construcción de Canciones como Testimonio de Historias de Cambio Psicoterapéutico	197
Alejandro Cifuentes-Muñoz	
Ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva de Aaron Beck en una muestra piloto de personas sordas señantes, una sistematización de experiencia	217
Luisa Fernanda Suarez Monsalve, Manuel Alejandro Guerrero Clavijo y Allis Dahiiana Bedoya Olaya	
La Cartografía de los Espacios Psicológicos: Aplicaciones Psicoterapéuticas de las Dinámicas Sistémicas de Mapas Cognitivos Borrosos de Constructos Personales	237
Luis Botella García del Cid	
Actualización en Psicoterapias para Personas con Obesidad ...	253
Miriam P. Félix-Alcántara Irene Gutiérrez Arana, Alicia Sancho Salinas, Eva Ruiz Velasco1, Cristina Banzo Arguis, María Villacañas Blázquez, Cristina Domínguez García, Rocío Torres Hermosillo y Javier Quintero	
Can we learn on Psychotherapeutic Process Dimensions with Single Case Study?	273
Alejandro Ávila-Espada	
Respuestas desde la Terapia y las Prácticas Narrativas al Coronavirus	303
Carlos Chimpén-López, Danilo Moggia, Mariangels Ferrer, Sonia Cano, Mónica Florensa, Adoración Jorge, Manuel Moral y Soledad Sagrado	
Recensión de libros:	323
Una relación curativa: Comentarios sobre los Diálogos Terapéuticos	
José Manuel Martínez Rodríguez	

CONTENTS

Monographic: 50 years of Integrative Relational Psychotherapy Mar Gómez Masana

From the editor:

50 years of Integrative Relational Psychotherapy 1

Mar Gómez Masana & Yarima Etxeberria Ibáñez

Contributions of Integrative Psychotherapy to the Study and Understanding of Human Development 7

Esther Zarandona de Juan

Relational Diagnosis:

a Dynamic and Transtheoretical Assessment focused on the Person through Relationship 25

Bibiana Martín Corcuera & Mar Gómez Masana

A Gestalt Therapist's Perspective on Therapeutic Inquiry..... 47

Fermín González Cuellar

The Schizoid Process through R. Erskine's Regard: "Dialogues and Reflections" 59

Amaia Mauriz Etxabe

Solitudes that hurt, solitudes that accompany.

The Complexity of Internal Criticism..... 81

Feli Pérez de Onraita Ortiz

Living in Imaginary Worlds. Attunement, Inquiry and Involvement in the Treatment of Psychosis 97

José Manuel Martínez Rodríguez

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

Untangling the skein: From substance dependence to trust in the relationship 115

Mercedes Pedreira Quiroga

Treatment of Unconscious Relational Patterns. Pablo's case: Involvement and Attunement in Psychotherapy. 133

Izaskun Andollo Hervás

Integrative Psychotherapy in Social Intervention Domain: Concepts and methods of intervention..... 149

Angela Pérez Burgos

Integrative Relational Psychotherapy in the field of Intellectual Disability..... 163

Verónica Aguado Rodríguez

——Open Access Articles——

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

The Frame as Listening and Accessing the Deep Emotional Life. The Lens to Reach the Subcortical Brain..... 177

Mario C. Salvador Fernández

The co-construction of songs as a testimony of stories of psychotherapeutic change 197

Alejandro Cifuentes-Muñoz

Reasonable fit of Aaron Beck's Cognitive Therapy Model in a pilot sample of signing deaf people, a systematization of experience 217

Luisa Fernanda Suarez Monsalve,
Manuel Alejandro Guerrero Clavijo &
Allis Dahiiana Bedoya Olaya

Mapping Psychological Spaces: Psychotherapeutic Applications of System Dynamics in Fuzzy Cognitive Maps of Personal Constructs..... 237

Luis Botella García del Cid

Update on Psychotherapy For People With Obesity 253

Miriam P. Félix-Alcántara, Irene Gutiérrez Arana,
Alicia Sancho Salinas, Eva Ruiz Velasco,
Cristina Banzo Arguis, María Villacañas Blázquez,
Cristina Domínguez García, Rocío Torres Hermosillo &
Javier Quintero

Can we learn on Psychotherapeutic Process Dimensions with Single Case Study? 273

Alejandro Ávila-Espada

Responses from Narrative Therapy and Narrative Practices to Coronavirus..... 303

Carlos Chimpén-López, Danilo Moggia, Mariangels Ferrer,
Sonia Cano, Mónica Florensa, Adoración Jorge &
Manuel Moral y Soledad Sagrado

Book Review 323

A Healing Relationship: Commentary on Therapeutic Dialogues

José Manuel Martínez Rodríguez

EDITORIAL

50 AÑOS DE PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA

FROM THE EDITOR

50 YEARS OF INTEGRATIVE RELATIONAL PSYCHOTHERAPY

Mar Gómez Masana

ARETÉ psicología-psicoterapia, Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8818-0303>

Yarima Etxeberria Ibáñez

Máster en Psicoterapia Relacional Integrativa, Facultad de Psicología y Educación,
Universidad de Deusto, Bilbao, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8337-5240>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Masana, M. y Etxeberria Ibáñez, Y. (2021). Editorial: 50 años de Psicoterapia Relacional Integrativa. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 1-5. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.481>

Al inicio de la década de los años 70, el Dr. Richard Gordon Erskine (1971, 1975) empezó a desarrollar su visión integrativa de la Psicoterapia, dando lugar al modelo de la Psicoterapia Relacional Integrativa que conocemos en la actualidad. Las ideas preliminares de la Psicoterapia Integrativa fueron presentadas por primera vez, durante un ciclo de conferencias en la Universidad de Illinois en 1972, dónde formuló los conceptos de una Psicoterapia Integrativa basada en el desarrollo evolutivo y centrada en la relación (Erskine, 2015/2016, 2020). Posteriormente, publicó un esquema de estas ideas en el artículo de 1975, *The ABC of effective psychotherapy*.

Inicialmente, el Dr. Erskine, se formó en la terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers y se especializó en terapia de juego infantil. Es uno de los terapeutas de Gestalt de primera generación formados por Fritz Perls y Laura Perls con especialización y supervisión adicional de Isadore From y Joseph Zinker. Su participación en la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo le permitió convertirse en Psicoterapeuta Grupal Certificado.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: margmcar@copc.cat

Dirección postal: Mar Gómez Masana. Vía Augusta 125, 3º 1º, 08006 Barcelona, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Definió la Psicoterapia Integrativa como una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que afirma el valor inherente de cada individuo y describió la Psicoterapia Relacional Integrativa como un enfoque terapéutico unificador que responde de manera apropiada y efectiva a la persona en los niveles de funcionamiento afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, abordando también la dimensión espiritual de la vida. Cada uno de estos aspectos se considera dentro de un sistema relacional, con conciencia de los aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que la rodean. Estos conceptos se utilizan dentro de la perspectiva de desarrollo humano en el que cada fase de la vida presenta tareas evolutivas, con una sensibilidad hacia las necesidades específicas, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

En su obra de 1997, el Dr. Erskine hace una declaración de intenciones y narra la búsqueda que le llevó a desarrollar la Psicoterapia Relacional Integrativa. Una búsqueda de la comprensión profunda del funcionamiento humano, de la implicación terapéutica, colocando el foco central en la relación entre cliente y terapeuta, una síntesis teórica y clínica orientada en el desarrollo evolutivo y centrada en el contacto.

El Dr. Erskine investiga sobre los procesos dinámicos de la personalidad que favorecen la integración, tanto en la propia persona del cliente, como en la integración de diversos enfoques psicoterapéuticos, partiendo de una escucha profunda, sin pretender cambiar a la persona, con la hipótesis de que, si la persona puede apropiarse de su experiencia, ponerla en palabras, darle un sentido y un significado, en el contexto de una relación terapéutica co-creada y segura, creando así una narrativa, esto llevará a la curación.

En 1988 el Dr. Erskine (1988/2014) escribió acerca de los varios significados del término “integrativa” de Psicoterapia Relacional Integrativa. Se refiere al proceso de integración de la personalidad: recuperar aspectos desapropiados, inconscientes o no resueltos del yo y hacerlos parte de una personalidad cohesionada. La práctica terapéutica de la Psicoterapia Relacional Integrativa también incluye ayudar al cliente a reducir el uso de estrategias de autoprotección automáticas que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de la salud y la relación con los demás.

La Psicoterapia Relacional Integrativa tiene en cuenta varias perspectivas sobre el funcionamiento humano. Los enfoques psicodinámicos actuales, las teorías de las relaciones objetales, la psicología del self, la aproximación intersubjetiva, así como, el enfoque centrado en la persona, la terapia familiar sistémica, la terapia de la Gestalt, la psicoterapia corporal, la teoría del apego, el análisis transaccional y el enfoque cognitivo-conductual, todas ellas, se consideran dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos con un énfasis constante en las relaciones. Cada una de ellas, proporciona una explicación parcial del comportamiento y cada una, potencia su efectividad cuando se integran selectivamente por el terapeuta. El concepto central que unifica cada una de estas perspectivas terapéuticas es la relevancia de la conexión interpersonal, en cada etapa del desarrollo evolutivo, desde el nacimiento,

a lo largo de toda la vida.

Las intervenciones de psicoterapia empleadas en Psicoterapia Relacional Integrativa se basan en investigaciones y teorías del desarrollo evolutivo que describen las estrategias de autoprotección utilizadas cuando hay interrupciones en el desarrollo normal, debido a dificultades para la satisfacción de necesidades relacionales correspondientes a dicha etapa evolutiva. El objetivo de la Psicoterapia Relacional Integrativa es facilitar la plenitud, de tal manera que la calidad del *ser* de cada persona y su funcionamiento en el espacio intrapsíquico, interpersonal y sociopolítico se maximice con la debida consideración a los límites personales propios de cada individuo y las restricciones externas.

La investigación original de Dr. Erskine sobre Necesidades Relacionales (Erskine et al., 1999) ha sido validada en Eslovenia, Croacia, España y Turquía mediante varios estudios que utilizaron la Escala de Necesidades Relacionales (Zvelc et al., 2020). Un trabajo que sigue desarrollando en sus posteriores publicaciones (Erskine et al., 1999/2012; Erskine 2015, 2016, 2021) y en los seminarios de desarrollo profesional para psicoterapeutas que imparte en varios países.

En la actualidad, la *International Integrative Psychotherapy Association* (IIPA), fundada en 2001, acoge a psicoterapeutas de 3 continentes y 20 países. Desde 2010, la *International Journal of Integrative Psychotherapy* (IJIP), revista oficial de IIPA, recoge trabajos sobre la teoría, la práctica y la investigación en Psicoterapia Relacional Integrativa (indexada en ERIH PLUS y DOAJ).

Este mes de marzo estaba previsto celebrar el 10º congreso bianual de la asociación en Londres, Reino Unido, bajo el lema *Silence, Solitude and Loneliness: Perspectives from Relacional Integrative Psychotherapy*. Como consecuencia de la pandemia de coronavirus, el congreso ha quedado aplazado para marzo de 2022.

Dedicamos este monográfico a conmemorar los 50 años de Psicoterapia Relacional Integrativa y a mostrar algunos de los elementos que conforman este enfoque psicoterapéutico en la actualidad, a través de los trabajos presentes en este monográfico, donde diversos autores comparten su conocimiento desde su experiencia profesional.

Se ha organizado el monográfico de lo más genérico a lo más específico, abriendo el monográfico el artículo de Zarandona de Juan (Zarandona, 2021) donde se presenta, desde la perspectiva constructivista sociocultural del desarrollo, los resultados preliminares de un estudio sobre las aportaciones de la Psicoterapia Relacional Integrativa a la comprensión del desarrollo humano.

Martín Corcuera y Gómez Masana (Martín Corcuera y Masana, 2021) plantean el psicodiagnóstico como una evaluación dinámica enfocada en la persona a través de la relación desde una perspectiva no patologizante, la diagnosis relacional, proponiendo el enfoque de la Psicoterapia Relacional Integrativa como un modelo transteórico y transdiagnóstico.

Sigue el trabajo de González Cuellar (González-Cuellar, 2021) donde reflexiona sobre la actitud en la indagación terapéutica, desde una perspectiva gestáltica

e integrativa relacional.

Se abre a continuación un bloque de cinco artículos clínicos, con aportaciones teóricas relevantes sobre el concepto del proceso esquizoide desde la Psicoterapia Relacional Integrativa, un enfoque único, y sobre el que hay poca literatura al respecto. Este bloque, a través de estos trabajos, recorre diversos aspectos, encuadra la diversidad de problemáticas y niveles de malestar presentes en este proceso. Cada artículo va acompañado de casos/viñetas clínicas.

En primer lugar, Mauriz-Etxabe (2021) se refiere en su escrito al proceso esquizoide como uno de los conceptos más innovadores y complejos de la teoría y práctica de la Psicoterapia Relacional Integrativa. Desarrolla en su artículo las aportaciones teóricas de dicho proceso, acompañadas de viñetas clínicas y recoge extractos de entrevista con el Dr. Erskine, en que éste plantea por primera vez este diagnóstico y su tratamiento, tan específicamente, en una publicación.

A continuación, Pérez de Onraita Ortiz, plantea lo habitual que está presente la crítica interna en la práctica clínica y en su trabajo describe la crítica interna como una de las estrategias que acompañan al proceso esquizoide, muestra las fragmentaciones que componen este proceso y las funciones psicológicas de la autocrítica (Pérez de Onraita, 2021).

Martínez (2021), aborda el malestar de las personas que viven aisladas en mundos imaginarios, experiencias que se han venido englobando en el concepto de “psicosis”, y cómo el abordaje intersubjetivo con métodos de la Psicoterapia Relacional Integrativa es de gran ayuda terapéutica: una terapia relacional basada en la indagación, la presencia terapéutica implicada, la sintonía con el desarrollo evolutivo y el ajuste sintónico con las necesidades relacionales.

Pedreira Quiroga (2021) presenta un caso clínico de dependencia de sustancias, relatando el proceso terapéutico con su cliente en que éste abandona la adicción -el guion de vida- para pasar a regularse a través de la relación terapéutica. La autora incluye sus reflexiones e hipótesis y describe cómo el apego aislado está presente en el proceso esquizoide.

Y cierra el bloque, Andollo Hervás, con la presentación de otro caso clínico donde se abordan los patrones relacionales inconscientes como un intento desesperado y arcaico del cliente de autoestabilizarse y autorregularse para compensar el dolor, ante el apego aislado y el proceso esquizoide (Andollo, 2021).

Los dos artículos que cierran el monográfico recogen la aplicación de los conceptos de la Psicoterapia Relacional Integrativa en el ámbito social y en el campo de la diversidad funcional intelectual.

Pérez Burgos, recoge los elementos y los métodos para una relación reparadora en la intervención social, planteando las actitudes y habilidades del profesional para una intervención sensible y reparadora, con una mirada nueva y esperanzada hacia la persona usuaria (Pérez Burgos, 2021).

El trabajo de Aguado Rodríguez (2021) versa sobre la intervención psicoterapéutica en la discapacidad intelectual, un campo que ha recibido poca atención

por los desafíos que implica. Muestra, también, con una mirada esperanzada y de forma práctica parte de la teoría, filosofía e intervención del modelo de la Psicoterapia Relacional Integrativa.

Referencias

- Aguado Rodríguez, V. (2021). La Psicoterapia Relacional Integrativa en el campo de la discapacidad intelectual. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 163-175. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.491>
- Andollo, I. (2021). Tratamiento de los patrones relacionales inconscientes. El caso de Pablo: implicación y sintomía en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 133-147. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.489>
- Erskine, R. G. (1971). The effects of parent-child interaction on the development of a concept of self. An Eriksonian-view [El efecto de la interacción padre-hijo sobre el desarrollo del autoconcepto. Una visión Eriksonianan]. [Manuscrito no publicado]. Purdue University, Department of Clinical Psychology, Lafayette, Indiana.
- Erskine, R. G. (1975). The ABC's of effective psychotherapy [El ABC de la psicoterapia eficaz]. *Transactional Analysis Journal*, 5, 163-165. <https://doi.org/10.1177/036215377500500218>
- Erskine R. G. (1997). *Theories and methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles* [Teorías y métodos de un análisis transaccional intergrativo: Un volumen de artículos seleccionados]. TA Press.
- Erskine, R. G. (2015). *Transactional Analysis in contemporary psychotherapy* [Análisis transaccional en psicoterapia contemporánea]. Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez Burgos, Trad.). Karnac Books. (Trabajo original publicado en 2015)
- 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>
- Erskine, R. G. (2021) *A healing relationship. Commentary on therapeutic dialogues* [Una relación curativa. Comentario sobre diálogos terapéuticos]. Phoenix Publishing House.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en acción* (I. Arregui, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación* (N. Mestre, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- González-Cuellar, F. (2021). La perspectiva de un terapeuta gestáltico sobre la indagación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 47-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.484>
- Martín Corcuera, B. y Masana, M. (2021). Diagnóstico relacional: una evaluación dinámica y transteórica enfocada en la persona a través de la relación. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 25-45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.483>
- Martínez, J. M. (2021). Viviendo en mundos imaginarios. Sintonía, indagación e implicación en el tratamiento de la psicosis. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 97-111. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.487>
- Mauriz-Etxabe, A. (2021). El proceso esquizoide a través de la mirada de R. Erskine: "Diálogos y reflexiones". *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 59-80. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.485>
- Pedreira Quiroga, M. (2021). Desenredando el ovillo: de la dependencia a las sustancias a la confianza en la relación [Untangling the skein: From substance dependence to trust in the relationship]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.488>
- Pérez Burgos, A. (2021). La Psicoterapia Integrativa en el ámbito de la intervención social: conceptos y métodos de intervención. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 149-162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.490>
- Pérez de Onraita, F. (2021). Soledades que duelen, soledades que acompañan. La complejidad de la crítica interna. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 81-95. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.486>
- Zarandona, E. (2021). Aportaciones de la Psicoterapia Integrativa al estudio y comprensión del desarrollo humano. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 7-24. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.482>
- Žvelc, G., Jovanoska, K. y Žvelc, M. (2020). Development and validation of the Relational Needs Satisfaction Scale [Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción de Necesidad Relacional]. *Frontiers in Psychology*, 11, 901. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00901>



Luis Botella

LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

Terapia Constructivista Integradora
en la Práctica Clínica



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

APORTACIONES DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA AL ESTUDIO Y COMPRENSIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

CONTRIBUTIONS OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY TO THE STUDY AND UNDERSTANDING OF HUMAN DEVELOPMENT

Esther Zarandona de Juan

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad del País Vasco, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5756-7599>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Zarandona, E. (2021). Aportaciones de la Psicoterapia Integrativa al estudio y comprensión del desarrollo humano. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 7-24. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.482>

Resumen

En este artículo se presentarán los resultados preliminares de un trabajo sobre las aportaciones de la Psicoterapia Integrativa al estudio y comprensión del desarrollo humano tomando como referencia la perspectiva constructivista sociocultural del desarrollo, -también denominada histórico-cultural o cultural-. Se basa en el estudio de seminarios experienciales y didácticos de formación en esta línea de psicoterapia. Las técnicas de recogida de datos han sido la observación participante, el registro de sesiones individuales de psicoterapia con los participantes y el análisis de documentos. Entre las conclusiones que se van perfilando cabe destacar el conocimiento que los métodos de la Psicoterapia Integrativa proporcionan sobre la acción del propio sujeto y su vivencia en el proceso de internalización o apropiación de lo que aparece en el plano interpsicológico al intrapsicológico.

Palabras clave: desarrollo, psicoterapia integrativa, perspectiva sociocultural, interacción, vivencia

Abstract

This article will show the preliminary results of the Integrative Psychotherapy contributions to the study and understanding of human development taking as reference the constructivist sociocultural perspective of development, -also known as historical-cultural or cultural-. It is based on the study of experienced and didactical seminars of training in this psychotherapy line. The data collection techniques have been the participant observation, individual session registry of psychotherapy with the participants and document analysis. Among the conclusions that are outlining it should be noted the knowledge that Integrative Psychotherapy methods provide about the action of the subject himself and his experience in the appropriation process of what appears in the interpsychological to the intrapsychological plane.

Keywords: development, integrative psychotherapy, sociocultural perspective, interaction, experience



El origen de este trabajo está en las observaciones que recogí en los primeros seminarios experienciales de formación en Psicoterapia Integrativa. Me llamó poderosamente la atención el rigor en el estudio y tratamiento de la interacción terapéutica que pude observar porque estaba muy en la línea de los trabajos de investigación sobre la interacción social en contextos familiares y educativos de los que partía mi propia investigación en ese campo (Zarandona, 2007, 2011, 2015), trabajos todos ellos realizados desde la perspectiva constructivista sociocultural del desarrollo y la educación.

Una perspectiva muy “viva”, por decirlo así, en lo que estaba observando en la teoría y la práctica de la Psicoterapia Integrativa: gran parte de la creación teórica de la perspectiva constructivista sociocultural del desarrollo, así como muchos de los resultados de las investigaciones realizadas desde ese marco se desplegaban ante mi vista en la acción, o mejor, en la inter-acción, de los protagonistas de las sesiones individuales dentro del grupo que se desarrollaba durante los seminarios.

Empecé entonces a vislumbrar el interés de considerar la práctica clínica llevada a cabo desde la Psicoterapia Integrativa como otro contexto de desarrollo y el interés en consecuencia de estudiar la interacción social de este contexto, así como las aportaciones de esta forma de trabajo terapéutico para la comprensión de los procesos de desarrollo a lo largo del ciclo vital.

Así pues, con el objetivo de estudiar la práctica clínica desde esta perspectiva evolutiva preguntándome sobre sus supuestas aportaciones al estudio y comprensión del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, comencé a tomar notas sobre el desarrollo de cada seminario y registros literales, -algunos en audio y otros escritos-, de las sesiones de psicoterapia individuales que tenían lugar en los mismos y también a estudiar y analizar desde esta perspectiva diferentes documentos (libros, artículos) publicados sobre los métodos de la Psicoterapia Integrativa. Lo que se presenta a continuación es el resultado de una primera aproximación analítica, -provisional, por tanto-, a algunos de los datos recogidos, en concreto las categorías de interpretación que se van perfilando. Previamente, se mostrarán los conceptos nucleares de la perspectiva constructivista sociocultural del desarrollo para poder entender la mirada que ha guiado el trabajo.

La Perspectiva Constructivista Sociocultural

Construimos y lo Hacemos en Relación

En este enfoque teórico se parte de la idea compartida por todas las posiciones constructivistas de los seres humanos como constructores activos (Cubero, 2005). La perspectiva sociocultural, -también denominada cultural o histórico-cultural-, cuyo fundamento y fuente principal de inspiración es el pensamiento de Vygotski, tiene en cuenta que los procesos de construcción no tienen lugar en soledad, se dan siempre en relación y son deudores de la sociedad y cultura a la que pertenecen las personas.

Parte de la consideración de que la evolución que experimentamos los seres humanos desde el nacimiento hasta la muerte es, sobre todo, un producto de las interacciones que se establecen al participar en la actividad sociocultural entre el sujeto que aprende y los agentes mediadores de la cultura, entre los cuales los educadores (familias, profesores, etc.,) ocupan un lugar esencial (Coll y Solé, 1990). La interacción social en esta visión teórica no se reduce, por tanto, a una variable más a incorporar a determinados modelos de funcionamiento individual.

El Origen de las Funciones Psicológicas Superiores

La visión del psicólogo ruso queda claramente reflejada en su conocida ley de la doble formación de los procesos psicológicos superiores o ley genética del desarrollo cultural (Vygotski, 1978/1979):

En el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero, a nivel social, y más tarde, a nivel individual: primero entre personas (interpsicológica), y después en el interior del propio niño (intrapicológica). [...]. Todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos. (p. 94)

Ya desde hace tiempo, investigaciones posteriores a Vygotski han mostrado que “el bebé humano nace social en el sentido de que su desarrollo dependerá desde el principio de los patrones de interacción con los mayores” (Kaye, 1982/1986, p. 41-42). Desde esta concepción entonces:

[...] el desarrollo humano es una *construcción conjunta* en la que el sujeto es únicamente un vértice del triángulo sujeto-objeto-“otro social”, de modo que el desarrollo psicológico se construye a través de las interacciones sujeto-objeto cuando “alguien” organiza socialmente la actividad del sujeto con el objeto de conocimiento. (Vila, 1996, p. 89)

En este punto, es necesario precisar que pese a lo que el término de “socio-cultural” y lo que se viene explicando hasta ahora puedan sugerir, -una primacía de los “elementos sociales” por ejemplo-, este enfoque, tal como nos recuerda Barbara Rogoff (1990/1993):

Más que otorgar primacía al papel de la actividad social o al individuo, el objetivo es reconocer que el papel desempeñado por la herencia de un grupo social, la participación en él y los esfuerzos individuales son fundamentales e inseparables. (p. 51)

El Vínculo Irreducible entre Mente y Cultura

Desde la visión que acabamos de esbozar, resulta entonces incompleto centrarse sólo en la relación entre el desarrollo individual y la interacción social sin tener en cuenta la actividad cultural en la que tienen lugar las acciones individuales e interpersonales (Rogoff, 1997). La perspectiva sociocultural sostiene que:

La construcción de la mente individual y su integración en un contexto social y cultural son procesos interdependientes que forman una unidad

indisoluble, de modo que la construcción del yo es inseparable del contexto social y cultural en que se produce. (Vila, 1995, p. 3)

Para Vygotski es fundamental el papel mediador de la cultura en la formación de la mente (Martí, 2005; Santamaría, 2004; Vygotski, 1978/1979; Wertsch, 1985/1988). En esta perspectiva, se entiende que la mente crea y, a la vez, tiene su origen en la cultura humana. En esta posición, el punto central es la construcción de significado. Así, el significado es entendido como el vínculo entre mente y cultura: gracias a la construcción del significado podemos situar de forma adecuada las cosas, estados, acciones, etc., en los contextos culturales de la realidad para comprender qué son. De manera que los significados están “en la mente”, pero su origen se sitúa en la cultura, por ello se construyen a través de su negociación y, en último término, de la comunicación (Bruner, 1983/1986, 1990/1991, 1997, 2008; Vygotsky, 1982/1993). El conocimiento y la comunicación son en consecuencia dos procesos inseparables con un funcionamiento interdependiente.

La Consideración del Contexto, ese Tejido

Este cambio de perspectiva radical supone asumir hasta las últimas consecuencias que “para calificar un estudio como sociocultural, [...] lo que resulta esencial es que la situacionalidad del funcionamiento mental sea reconocida y analizada de alguna forma” (Wertsch, 1997, p. 49) porque el objetivo de la investigación realizada desde esta perspectiva es “comprender la relaciones entre el funcionamiento mental humano, por un lado, y la situación cultural, histórica e institucional, por el otro” (p. 49). La asunción es, por tanto, que construimos el conocimiento en relación y de una manera situada, esto es, contextualizada. Hablar de situacionalidad nos lleva a adentrarnos en el concepto de contexto. Es ésta una noción resbaladiza, nada fácil de “atrapar” conceptual y metodológicamente hablando, aunque intentos no faltan y dificultades tampoco. Sin entrar en ellos, es imprescindible por lo menos mencionar el modelo ecológico del desarrollo humano que describe los diferentes sistemas en los que se inserta el desarrollo subrayando que lo importante es la experiencia del sujeto en dichos sistemas (Bronfenbrenner, 1979/1985, 1979/1987), muy en consonancia como veremos con la perspectiva sociocultural; los estudios basados en la consideración del contexto como contexto social e institucional de actividad (Wertsch, 1985/1988), actividad sociocultural (Rogoff, 1997, 2012), escenario sociocultural o comunidad de práctica (Cubero 2005); el contexto como construcción conjunta de los participantes en una actividad; el contexto como tejido (Cole, 1994) del que formamos parte y el contexto como fenómeno mental en el sentido de significados compartidos (Mercer, 2000/2001).

En Relación, pero ¿Cómo?

Hasta ahora hemos dicho que, participando en las diferentes actividades socioculturales, en interacción con el resto de participantes en ella. Pero falta aclarar cómo se realiza la transición del funcionamiento interpsicológico al intrapsicológico.

En lo que sigue se expondrán algunas de las herramientas conceptuales creadas desde la perspectiva sociocultural para responder a estas preguntas.

Internalización y Apropiación

Una de esas herramientas es el concepto de *internalización* referido al proceso mediante el cual se produce la transformación de las actividades socioculturales o fenómenos sociales en fenómenos psicológicos. Vygotski llama *internalización* a “la reconstrucción interna de una operación externa” (1978/1979, p. 92). Para él “la internalización de las actividades socialmente arraigadas e históricamente desarrolladas es el rasgo distintivo de la psicología humana” (p. 94). Desde su punto de vista, son las propiedades de esos procesos socioculturales las que nos permiten entender la aparición del funcionamiento interno:

En situaciones concretas, Vygotski defiende la existencia de un isomorfismo entre la organización de los procesos en los dos planos y, en cualquier caso, afirma que la estructura del funcionamiento interpsicológico tiene un enorme impacto sobre la estructura del funcionamiento intrapsicológico resultante. (Wetsch, 1985/1988, p. 78)

Nos equivocáramos, no obstante, si viéramos en este planteamiento un desprecio por la importancia de la agencia de las personas. Al contrario: esta interiorización ha de ser entendida no como una copia de los procesos inter-psicológicos externos, sino como una verdadera construcción del plano intra-psicológico (Wertsch, 1998/1999) que implica cambios en las estructuras que se interiorizan. Según esta visión, aunque el origen de las funciones superiores esté en las relaciones que se establecen entre las personas, la actividad de las personas es sumamente importante para que tenga lugar el desarrollo: son éstas las que realizan la transformación en sus características individuales, “las cuales formarán parte de su particular bagaje psicológico por medio de la interiorización o internalización de lo que, en un primer momento, ha aparecido en el seno de sus contactos y vivencias con las personas que interactúan con ellas” (Vila, 1995, p. 30). Vygotski (1982/1993) y Leontiev (1983) utilizaron también el término *apropiación* para referirse a esta reconstrucción.

Zona de Desarrollo Próximo, Andamiaje y Participación Guiada

El concepto de Vygotski de *zona de desarrollo próximo* es el complemento de su ley de la doble formación de los procesos psicológicos superiores en el que ilustra el papel de la interacción en el desarrollo y trata de dar respuesta a cómo se da la transición de lo interpersonal a lo intrapersonal. Lo define de esta manera:

[...] No es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz.

[...] Si un niño es capaz de realizar esto o aquello de modo independiente,

significa que las funciones para tales cosas han madurado en él. Entonces, ¿qué es lo que define la zona de desarrollo próximo, determinada por los problemas que los niños no pueden resolver por sí solos, sino únicamente con la ayuda de alguien? Dicha zona define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, funciones que en un mañana próximo alcanzarán su madurez y que ahora se encuentran en estado embrionario. Estas funciones podrían denominarse “capullos” o “flores” del desarrollo, en lugar de “frutos” del desarrollo. El nivel de desarrollo real caracteriza el desarrollo mental retrospectivamente, mientras que la zona de desarrollo próximo caracteriza el desarrollo mental prospectivamente. (Vygotsky, 1978/1979, pp. 133-134)

Para Vygotski, por tanto, la educación es una de las fuentes más importantes del desarrollo: es la mediadora entre la cultura y el desarrollo.

La metáfora del *andamiaje* se sitúa entre las investigaciones que arrojan alguna luz sobre cómo niños y niñas progresan a través de las zonas de desarrollo próximo que se crean en las interacciones educativas con otras personas más capaces. Al igual que cuando se construye un edificio se colocan una serie de apoyos y soportes que luego, progresivamente, se van retirando, el concepto de *andamiaje* se refiere al hecho de que, al principio de la resolución de una tarea conjunta, el adulto aporta una serie de ayudas que, poco a poco, va eliminando a medida que el sujeto que aprende se vuelve más independiente en la resolución individual de la tarea. Este concepto fue empleado inicialmente por Wood et al. (1976) con el objeto de caracterizar el tipo de ayudas que recibe el aprendiz de los adultos y el ajuste de las mismas. La metáfora del andamiaje pone de relieve la transferencia de control y responsabilidad de parte del adulto hacia el aprendiz cuando ambos están implicados conjuntamente en una actividad y sigue siendo fuente de inspiración en numerosas investigaciones que estudian este proceso de transferencia de control y responsabilidad (Zarandona, 2015).

Por último, según Barbara Rogoff (1990/1993, 2012), la *participación guiada* es un proceso en el que “los papeles que desempeñan el niño y el cuidador están entrelazados, de tal manera que las interacciones rutinarias entre ellos y la forma en que habitualmente se organiza la actividad proporcionan al niño oportunidades de aprendizaje tanto implícitas como explícitas” (Rogoff, 1990/1993, p. 97).

En su análisis, Rogoff (1990/1993) aporta datos interesantes sobre los papeles de los agentes en la participación guiada. Respecto a los niños y niñas constata que su papel es muy activo cuando se sirven de la guía social: son los pequeños los que proporcionan al adulto la guía necesaria para que éste pueda a su vez guiarles adecuadamente. En cuanto a la participación de los adultos, nuestra autora resalta los procesos que se orientan a tender puentes desde lo conocido a lo nuevo y a estructurar las actividades infantiles y transferir la responsabilidad. Aquí Rogoff, destaca el ajuste del apoyo del adulto. Éste ajusta el grado de apoyo durante la interacción en base a las “pistas” que aparecen en la misma de forma que le hace

posible alcanzar “una estructura desafiante y, a la vez, de apoyo, que se ajuste a los cambios en la comprensión del aprendiz” (p. 142). Los niños por su parte tienen un papel activo dirigiendo el apoyo de los adultos y ajustándolo a medida que van desarrollando sus propias destrezas.

Mediación Semiótica e Intersubjetividad

La *mediación* es fundamental en la teoría histórico-cultural. En la concepción de Vygotski (1978/1979, 1982/1991a, 1982/1991b, 1983/1995) la actividad humana es un fenómeno mediado por signos y herramientas. En este contexto, emplea el término de función psicológica *superior*, o *conducta superior*, para referirse a la combinación de herramienta y signo en la actividad psicológica (1978/1979, 1983/1995). Como señala Wertsch, esta concepción es central en análisis de los procesos psicológicos realizado por Vygotski pues consideraba el desarrollo “en términos de transformaciones cualitativas fundamentales o ‘revoluciones’ en cambios en las herramientas psicológicas” (Wertsch, 1985/1988, p. 95).

A partir de esta concepción instrumental es desde donde se entiende su *ley de la doble formación* en la que afirma que toda función aparece primero a nivel social y su concepción de la *internalización* como reconstrucción interna de lo que ha aparecido previamente en el nivel social, como se ha explicado en los apartados precedentes.

Wertsch (1985/1988, 1989, 1991/1993) opina que la consideración de las herramientas psicológicas como sociales por lo que tienen que ver con el fenómeno social de la comunicación cara a cara y la interacción social, tiene importantes consecuencias para la teoría de Vygotski sobre los procesos psicológicos humanos dado que:

Por ejemplo, si la función principal de las herramientas psicológicas tales como el lenguaje es la de comunicar, es razonable suponer que estos instrumentos de mediación se formen de acuerdo con las demandas de la comunicación. Si estos instrumentos desempeñan, además, un papel importante en la configuración de los procesos psicológicos de los individuos, podemos esperar que estos procesos se configuren indirectamente a partir de las fuerzas que se originan en la dinámica de la comunicación. (Wertsch, 1985/1988, p. 97)

Por esta razón se han realizado numerosos trabajos que estudian sobre todo los mecanismos semióticos implicados en el establecimiento, desarrollo y finalización de las actividades conjuntas adulto-niño y sobre estos mecanismos semióticos también a partir de la noción de intersubjetividad, término que se refiere a la mutua comprensión que logran las personas que se comunican, noción empleada precisamente por Rogoff (1990/1993) para analizar el proceso de *tender puentes* de lo conocido a lo nuevo al que nos hemos referido en el apartado anterior.

Estos trabajos se interesan por las propiedades de los procesos interpsicológicos que permiten la transición al plano intrapsicológico partiendo del presupuesto

vygotskiano de que el funcionamiento interpsicológico está indisolublemente ligado al funcionamiento intrapsicológico. La cuestión que interesa resaltar es que en la transición del funcionamiento interpsicológico al intrapsicológico cualquier cambio en el primero ocasiona un cambio correspondiente en el segundo, pero no de una manera repentina y bien definida, pues entonces estaríamos olvidando su dinámica, esto es: “que en el plano interpsicológico se producen una serie de cambios y que cada uno de éstos queda reflejado en un cambio en el funcionamiento intrapsicológico” (Wertsch, 1985/1988, p. 169).

De los estudios que se han realizado analizando la interacción adulto-niño se confirma que un cambio en el plano interpsicológico necesariamente va asociado a un cambio en el plano intrapsicológico y llevan a una conclusión muy relevante desde el punto de vista de la investigación en este campo: “(...) al caracterizar el funcionamiento interpsicológico en una tarea, necesariamente se caracteriza el funcionamiento intrapsicológico. En realidad, este procedimiento proporciona información sobre los procesos individuales que a menudo no puede obtenerse por otras vías” (Wertsch 1985/1988, pp. 176-177).

Por otra parte, sobre la intersubjetividad estudiada en el proceso de *tender puentes* de lo conocido a lo nuevo en la participación guiada, Rogoff (1990/1993) afirma que “esa comprensión tiene lugar *entre* personas; no puede atribuirse a una u otra persona de las que participan en la comunicación” (1990/1993, p. 99). En cuanto a los orígenes de ésta, Rogoff pone de relieve que:

Los niños pequeños son tan hábiles a la hora de obtener información de las miradas, las muecas y el humor de los adultos que uno de los grandes retos, en el momento de hacer pruebas escolares, es evitar acciones que pueden ser interpretadas como pistas. Los niños las piden con insistencia, y utilizan tales claves, incluso cuando han de resolver test de inteligencia estandarizados. (1990/1993, p. 99)

Rogoff (1990/1993) por otra parte destaca el papel de la comunicación emocional y no verbal a la hora de establecer esa comprensión mutua en la que consiste la intersubjetividad.

Finalmente, la Vivencia

Vygotski desarrolló otro concepto, muy a tener en cuenta en el tema de la transición de lo interpsicológico a lo intrapsicológico. Nos referimos a la *vivencia* (Vygotski, 1984/1996). Según Vygotski, en concordancia con los planteamientos de la psicología ecológica, el papel del entorno en el desarrollo solamente se puede conocer cuando se conoce la relación del niño con él y esta relación —el significado que tiene el entorno para el niño—, está mediada por la experiencia emocional o vivencia del niño. Con el concepto de *vivencia* Vygotski hizo referencia a la integración entre los componentes afectivo e intelectuales de la conciencia (1982/1993, 1984/1996). Tal como señala una de sus alumnas, Lidia Ilínichna Bozhovich, Vygotski había comenzado a examinar la cuestión de la necesidad de integrar los

fenómenos afectivos e intelectuales en el estudio del funcionamiento humano al final de su vida, pero su muerte cortó de raíz la investigación (Wertsch, 1985/1988; Fariñas, 1999b). Bozhovich y sus colegas tomaron esta tarea como una de sus principales inquietudes de investigación. Otros discípulos de Vygotski como Leontiev (1983), basándose en el desarrollo incipiente del tema por parte de su maestro y por posteriores desarrollos de sus ideas realizados por sus seguidores, se centraron en cómo la afectividad proporciona las fuerzas integradoras y motivacionales de la conciencia (Wertsch, 1985/1988), aunque según Fariñas (1999a) -psicóloga cubana doctorada bajo la dirección de Galperin-, tampoco dieron continuidad a las sugerencias de Vygotski hasta sus últimas consecuencias (Fariñas, 1999a). Por el contrario, la cátedra de Vygotski de la Universidad de La Habana dirigida por Guillermo Arias y formada por psicólogos que estudiaron y realizaron sus tesis doctorales con discípulos directos de Vygotski (Arias, 2015), se distingue por la prominencia que otorga a esta categoría tanto en su explicación del enfoque histórico-cultural como en los trabajos desarrollados desde ahí (Fariñas, 1999a, 1999b, 2013, 2015; Marcos, 2005; Corral, 2006); y en los últimos años se le está empezando a prestar atención entre nosotros (Esteban, 2011; Zarandona, 2015).

Para Vygotski la unidad de análisis adecuada para el estudio de la personalidad y el medio es la *vivencia*:

La vivencia del niño es aquella simple unidad sobre la cual es difícil decir que representa la influencia del medio sobre el niño o una peculiaridad del propio niño. La vivencia constituye la unidad de la personalidad y del entorno tal como figura en el desarrollo. Por tanto, en el desarrollo, la unidad de elementos personales y ambientales se realiza en una serie de diversas vivencias del niño. La vivencia debe ser entendida como la relación interior del niño como ser humano, con uno u otro momento de la realidad. Tal vivencia es una vivencia de algo. No hay vivencias sin motivo, como no hay acto consciente que no fuera acto de conciencia de algo. Sin embargo, cada vivencia es personal (...). La verdadera unidad dinámica de la conciencia, unidad plena que constituye la base de la conciencia es la vivencia. (1984/1996, p. 383)

Según Vygotski, en una experiencia emocional (*parezhvaniya*) “siempre estamos frente a una unidad indivisible de las características personales y de las características situacionales las cuales se representan en la experiencia emocional (*parezhvaniya*) o vivencia” (Vygotski, 1935, p. 8). Hay que aclarar que en su concepción la vivencia incluye no solamente la emoción y los aspectos afectivos, sino que es la unión de estos con los cognitivos e intelectuales (Esteban, 2011). La vivencia determina entonces desde su punto de vista “de qué modo influye sobre el desarrollo del niño uno u otro aspecto del medio” (1984/1996, p. 383) y cómo se articulan ambos:

Vemos, pues, que en la vivencia se refleja, por una parte, el medio en su relación conmigo y el modo que lo vivo y, por otra se ponen de manifies-

to las peculiaridades del desarrollo de mi propio “yo”. En mi vivencia se manifiestan en qué medida participan todas mis propiedades que se han formado a lo largo de mi desarrollo en un momento determinado. (1984/1996b, p. 383)

Vygotski concluye afirmando que “si tuviéramos que formular una tesis formal, un tanto generalizada, será correcto decir que el medio determina el desarrollo del niño a través de la vivencia de dicho medio” (1984/1996, p. 383) y poniendo de relieve el papel activo de la persona en este proceso:

El niño es una parte de la situación social, su relación con el entorno y la relación con éste se realiza a través de la vivencia y de la actividad del propio niño; las fuerzas del medio adquieren significado orientador gracias a las vivencias del niño. (1984/1996, pp. 383-384)

Posteriormente en *Pensamiento y lenguaje* (1982/1993), vuelve sobre estas ideas, en esta ocasión para señalar en el inicio del trabajo donde aborda cuestiones metodológicas que “la primera cuestión que se plantea cuando hablamos de la relación entre el pensamiento y el lenguaje y los restantes aspectos de la conciencia es la de la conexión entre *el intelecto y el afecto*” (1982/1993, p. 24).

La relevancia de los aspectos afectivos y motivacionales para la comprensión de la construcción de significados como vínculo entre mente y cultura -para comprender en definitiva el paso de lo interpsicológico a lo intrapsicológico-, ha despertado también el interés entre los autores que trabajan en la perspectiva sociocultural, conscientes como Vygotski de la necesidad de integración de lo cognitivo y afectivo en la teoría y en la investigación. Esta inquietud se manifiesta desde hace un tiempo, por ejemplo, haciendo referencia al *sentido* en los planteamientos teóricos (Coll, 1988; Vila, 1995, 2013; Solé 1993) y más recientemente en el análisis de la práctica educativa en relación a la identidad (De la Mata y Santamaría, 2010; Coll y Falsafi, 2008, 2010; Falsafi y Coll, 2011; Kolb y Kolb, 2009; Ramírez, 2011; Rebollo y Hornilla, 2010; Rivas et al., 2010; Vila et al., 2010; Zarandona, 2015). De todas formas, tanto en tiempos de Vygotski como hoy en día, siguen siendo los aspectos menos estudiados, aunque hoy como entonces haya empezado a plantearse la necesidad de abordarlos.

Problema, Objetivo y Preguntas de Investigación

Lo que se presenta es una investigación en curso con la que se pretende contribuir al estudio de los contextos de psicoterapia como contextos de desarrollo abordando el siguiente problema de investigación: ¿de qué manera contribuye el estudio de la interacción social de las sesiones de psicoterapia organizada en base a los métodos relacionales de la Psicoterapia Integrativa en un contexto de formación experiencial de psicoterapeutas al estudio y la comprensión del desarrollo humano?

El objetivo de la investigación es hacer un análisis de la teoría y de la práctica de la Psicoterapia Integrativa en los seminarios observados que permita desvelar de qué manera contribuye al estudio y comprensión del desarrollo humano. Las

preguntas de la investigación son las siguientes: ¿en qué confluyen, si es que lo hacen, la Psicoterapia Integrativa y la perspectiva constructivista sociocultural del desarrollo? esto es: ¿qué aspectos de la Psicología Evolutiva, y en concreto de la perspectiva constructivista y sociocultural de esta disciplina, se encuentran en los postulados teóricos y en la interacción social de la práctica clínica de la Psicoterapia Integrativa en el contexto de formación estudiado? ¿Qué aporta la Psicoterapia Integrativa a la investigación sobre el desarrollo humano desde dicha perspectiva?

Metodología

Diseño de la Investigación

Este trabajo se ha llevado a cabo desde un enfoque nombrado de distintas maneras –cualitativo/constructivista, etnográfico, estudio de casos– y al que aquí, siguiendo a Erickson (1989), se denominará interpretativo. Esta denominación incluye todo el conjunto de enfoques de la investigación observacional participativa. La aproximación empírica de esta investigación se centra, por tanto, en el análisis de documentos y en la observación, registro y análisis en distintos niveles de profundidad de, por una parte, un número reducido de eventos interactivos de psicoterapia y, por otra, de todas las actividades desarrolladas en el seminario en las que se insertan éstos.

Participantes

Las personas de la investigación han sido los participantes en los seminarios experienciales de formación en Psicoterapia Integrativa (15 seminarios residenciales de 4 y 5 días de duración) y didácticos (4 didácticos también residenciales y de la misma duración). El número de participantes ha sido entre 20-25 personas incluidos los coterapeutas. Cabe destacar que estos últimos tienen una amplia y reconocida experiencia en la práctica de la Psicoterapia Integrativa. Han sido en todos los casos Richard Erskine (creador de esta línea de psicoterapia) y Amaia Mauriz (directora del Instituto BIOS de formación en Psicoterapia Integrativa y del máster en Psicoterapia Relacional Integrativa de la Universidad de Deusto).

En los seminarios experienciales se trabaja fundamentalmente a partir de las sesiones de terapia individual dentro del grupo que plantean los participantes, seguidas de discusión teórica y metodológica. En los seminarios didácticos priman las explicaciones teóricas si bien se intercala alguna sesión de terapia como ejemplificación de lo explicado.

Herramientas de Selección y Recogida de Datos

Éstas han sido la observación participante, análisis de documentos (libros y artículos sobre conceptos y métodos de la Psicoterapia Integrativa ejemplificados con transcripciones de casos) y el registro literal de sesiones de terapia en las que se han recogido, además de lo que dicen y hacen los participantes, notas sobre

los elementos no verbales de la comunicación (risa, llanto, gestos, movimientos, postura corporal, tono y velocidad de la voz, uso del espacio). El hecho de trabajar con traducción sucesiva ha permitido poder anotar fielmente todas las emisiones de los participantes cuando no se han tomado registros de audio.

Tratamiento y Análisis de Datos

Las notas recogidas se han organizado por fecha y temática de las mismas, en un texto digital; transcripción de los registros de audio de las sesiones y elaboración de un texto digital con todas las transcripciones. En cuanto al análisis: análisis de contenido de los documentos en base a las preguntas de la investigación y análisis de las pautas de actuación de los participantes en la interacción terapéutica a partir de las categorías conceptuales de la perspectiva constructivista sociocultural.

Resultados

Lo que se presenta es el resultado de una primera aproximación al tratamiento y análisis de los datos. En cuanto a los aspectos de la perspectiva constructivista y sociocultural presentes en la teoría y la práctica de la Psicoterapia Integrativa se ha encontrado lo siguiente:

La Conceptualización del Desarrollo

Tanto en los documentos como en la práctica clínica se observa que el proceso evolutivo se considera, al igual que en la perspectiva constructivista sociocultural explicada más arriba, fruto tanto de la acción del sujeto, como de las interacciones y de los contextos de desarrollo en los que ha participado y/o participa. Esta comprensión se aprecia especialmente en la visión no patologizante de los problemas que presenta la persona que acude a psicoterapia: para la Psicoterapia Integrativa, la carencia o patología se encuentra en los contextos y formas de interacción en los que las personas han participado, las cuales han tenido que desarrollar como solución de supervivencia un determinado funcionamiento psicológico que puede ser disfuncional y fuente de sufrimiento en la actualidad, una visión que aparece repetidamente en las explicaciones teóricas y análisis de casos de los seminarios. Esta visión puede apreciarse igualmente en las explicaciones de los conceptos básicos de la Psicoterapia Integrativa en diferentes documentos, por ejemplo, en Erskine et al. (1999/2012, p. 36) al hablar sobre “La relación y el hacerse humanos” y que se traduce expresamente en los métodos: en el uso de la validación, -“reconocimiento de la importancia de la experiencia del cliente” (Erskine et al., 1999/2012, p. 145) y de la normalización, -“el propósito de la normalización [...] es ayudar a los clientes a darse cuenta de que sus comportamientos y sus experiencias internas son respuestas normales y predecibles a su situación vital, a su entorno y a su composición genética” (p. 149). En los registros de las sesiones de terapia en los seminarios aparecen a menudo en las intervenciones del psicoterapeuta en la interacción en relación al relato de la experiencia de la persona en contextos de

desarrollo violentos o negligentes, expresiones encaminadas a la validación y normalización tales como “¿y qué hiciste para no volverte loco?”, formulación que en sí misma subraya el valor de supervivencia de la experiencia interna de la persona.

La concepción del desarrollo de la que hablamos se aprecia también en el punto de vista evolutivo como guía y referencia de la práctica clínica que propugna esta línea de psicoterapia. Se trabaja en todo momento teniendo en cuenta el conocimiento sobre el desarrollo humano en general: “Los conceptos se emplean desde una perspectiva de evolución humana, en la que cada fase de la vida presenta tareas de desarrollo específicas, sensibilidad hacia ciertas necesidades, crisis y oportunidades de realizar nuevos aprendizajes” (Erskine y Moursund, 1988/2014, pp. 53-54). Y se trabaja teniendo en cuenta también el proceso evolutivo particular de la persona y la fase del mismo en que se encuentra en cada momento del proceso terapéutico: “Es natural que en esta etapa del desarrollo persista un sentido de omnipotencia, aunque difuso. El Chris de cinco años cree...” [en referencia a una intervención psicoterapéutica con un adulto] (Erskine y Moursund, 1988/2014, p. 100). Por otro lado, el énfasis del “contacto en relación” y de los métodos relacionales base del trabajo terapéutico, se apoya en la literatura sobre el desarrollo en la que aparece la importancia de los vínculos para el mismo (Erskine, 2015).

Estudio y Cuidado de la Interacción

Coherente con esta concepción del desarrollo y con los métodos relacionales fundamentados en la misma, se ha podido observar tanto en los seminarios como en los textos publicados para explicar los métodos, una especial atención a las actuaciones de los participantes, -psicoterapeuta y cliente-, en la interacción que se establece entre ambos en las sesiones de terapia. Se potencian los registros de las sesiones tanto en los seminarios de formación como en las sesiones fuera de ese contexto para su posterior análisis, análisis en la que se estudia las pautas de actuación de los protagonistas y su articulación en la interacción (en las discusiones de los seminarios, en los textos publicados), y las actuaciones del terapeuta que sirven de ayuda al cliente (Erskine, 1996, 1997, 2015) al modo de las investigaciones realizadas desde la perspectiva sociocultural del desarrollo sobre el funcionamiento interpsicológico y sobre el paso del funcionamiento interpsicológico al intrapsicológico que hemos visto. Se estudia por ello especialmente la cualidad de la interacción que sirve al proceso terapéutico, especificándose muy concretamente, y elaborando categorías para ello, las características de las actuaciones del terapeuta extraídas de la investigación sobre la práctica clínica, (análisis de casos), a tener en cuenta y ejemplificadas siempre con transcripciones de la interacción de las sesiones de terapia. Así se considera que *indagación, sintonización e implicación* son los “tres aspectos del comportamiento del psicoterapeuta que componen la esencia de una relación terapéutica efectiva” (Erskine et al., 1999/2012, p. 51) y se precisan características de la indagación terapéutica y técnicas para llevarla a cabo, tipos de sintonización y formas de transmitirla así como características de la

implicación y formas de expresarla (Erskine y Moursund, 1988/2014; Erskine et al., 1999/2012). Toda esta profundización en el conocimiento de las actuaciones de los terapeutas en la interacción relevantes para el proceso terapéutico se entiende si tenemos en cuenta que:

Los psicoterapeutas integrativos enfocados a la relación consideran que dicha relación terapéutica ejerce una influencia curativa de varias maneras. Una de ellas tiene que ver con la precisión, la exactitud de la respuesta empática del/la terapeuta y la agudeza de su sintonía con su cliente. (Moursund y Erskine, 2004, p. 11)

Por otra parte, la asunción, de que tal como se sostiene desde los postulados vygotskianos, la estructura del funcionamiento interpsicológico tiene un enorme impacto sobre la estructura del funcionamiento intrapsicológico resultante, se plasma igualmente en afirmaciones de la Psicoterapia Integrativa tales como: “El tipo de relación que los terapeutas crean, y la habilidad con la cual la utilicen, será un determinante primario en el éxito o en el fracaso de la empresa terapéutica” (Moursund y Erskine, 2004, p. 9) y “(...) en el contexto de esta relación podemos aportar un modelo acerca de la clase de proceso en el cual nos gustaría que el cliente se implicase” (p. 11).

En los registros de las sesiones de los seminarios las personas en más de una ocasión expresan el impacto que ha tenido en ellas las actuaciones del terapeuta en su relación.

Finalmente, al igual que en la perspectiva sociocultural, se tiene muy presente la importancia de la acción del propio sujeto: todas las actuaciones del psicoterapeuta en la interacción van encaminadas a potenciar y respetar su iniciativa y a estimular su participación en el proceso.

Ajuste de la Ayuda

La importancia de que la ayuda terapéutica para ser efectiva parta siempre del nivel en que se encuentra la persona en ese momento de su desarrollo se refleja en la importancia que se concede en los métodos de la Psicoterapia Integrativa a la sintonización, insistiendo en que ha de ser tanto cognitiva como afectiva y que ésta última supone sintonización rítmica y sintonización con la etapa evolutiva (Erskine et al., 1999/2012), algo que como hemos visto más arriba, es necesario para que la persona avance en la zona de desarrollo próximo: “Tan sorprendente experiencia [de relación] le permite ir más allá” (Moursund y Erskine, 2004, p. 12). Puede decirse que el terapeuta actúa como el adulto en los procesos de participación guiada en los cuales como nos decía Rogoff (1990/1993, p. 142):

Éste ajusta el grado de apoyo durante la interacción en base a las “pistas” que aparecen en la misma de forma que le hace posible alcanzar “una estructura desafiante y, a la vez, de apoyo, que se ajuste a los cambios en la comprensión del aprendiz. (p. 142)

De forma parecida se expresan en la Psicoterapia Integrativa:

Con el soporte del/la terapeuta puede re-examinar sus formas de ser y estar con otras personas, y de pensar acerca de otros y acerca de sí. Con el respeto y cuidado genuino del terapeuta puede empezar a cambiar algunas de estas formas de “estar con” y de pensar sobre. (Moursund y Erskine, 2004, p. 13)

Especial Atención a la Vivencia

En los seminarios tanto en las sesiones de terapia como en las discusiones teóricas y metodológicas aparece la importancia de considerar sobre todo la experiencia fenomenológica de la persona. Se subraya, para la propia toma de conciencia de la persona y para la formación de los psicoterapeutas, que más determinante para el desarrollo que lo que sucedió, es cómo lo vivió el sujeto. Un planteamiento en la línea de lo que hemos visto sobre la vivencia en el apartado sobre la perspectiva sociocultural. Acorde con él se insiste y se dan pautas precisas para una indagación fenomenológica respetuosa.

En cuanto a las aportaciones de la Psicoterapia Integrativa a la investigación del desarrollo desde la perspectiva constructivista sociocultural:

Investigación sobre Calidad Afectivo Emocional de la Interacción

En los estudios sobre la interacción social desde la perspectiva sociocultural, se ha prestado poca atención a la cualidad afectivo emocional de la interacción y su papel en el paso del funcionamiento interpsicológico al intrapsicológico. Los trabajos de la Psicoterapia Integrativa acerca de las necesidades relacionales y las actuaciones de los psicoterapeutas en la interacción que sirven de ayuda al proceso terapéutico mencionadas más arriba son una aportación para empezar a cubrir esa necesidad que se plantea en la perspectiva sociocultural de integración de lo cognitivo y afectivo en la teoría y en la investigación.

Investigación sobre la Acción y la Vivencia del Sujeto

Si bien como hemos visto, la perspectiva constructivista sociocultural postula la importancia de la acción del sujeto en el paso del funcionamiento interpsicológico al intrapsicológico (proceso de internalización o apropiación) así como la de su vivencia, lo cierto es que la investigación hasta ahora ha estado orientada al estudio del funcionamiento interpsicológico y existen muchas dificultades metodológicas para poder acceder a la acción externa e interna de la persona en el proceso de internalización y a su vivencia. La Psicoterapia Integrativa a través de la indagación histórica y fenomenológica respetuosa y realizada en sintonía y con implicación permite este acceso, no solamente a través del relato de la persona, sino también a la observación de las actuaciones de la misma en la interacción, -en la relación terapéutica- en la que reproduce de forma automática la acción que realizó, así como la forma de vivirla, todo lo cual puede observarse tanto en los registros de las sesiones de terapia que aparecen en las diferentes publicaciones sobre Psicoterapia Integrativa como en las sesiones registradas en los seminarios.

Un rico material sobre el que merece la pena seguir investigando.

Conclusiones

Como conclusiones puede decirse que hay varios aspectos de la perspectiva constructivista sociocultural del desarrollo que están presentes en los postulados teóricos y la práctica clínica de la Psicoterapia Integrativa, a saber, la propia comprensión del desarrollo de las personas; la atención y el cuidado a la interacción en la práctica clínica y en la investigación sobre la misma a partir de registros y análisis de las pautas de actuación de los participantes; el tener en cuenta el ritmo y el desarrollo efectivo de las personas a la hora de intervenir como requisito ineludible para propiciar el avance de las personas en el proceso terapéutico y en su desarrollo (zona de desarrollo próximo); el ajuste de la ayuda que proporciona el psicoterapeuta durante la interacción a lo que necesita la persona; el cuidado de la cualidad de la interacción y, por último, la importancia que se da a la acción del sujeto y a su vivencia.

Por otro lado, puede decirse que los métodos relacionales de la Psicoterapia Integrativa son una aportación a la investigación y comprensión del desarrollo humano en el campo del estudio de la cualidad afectivo emocional de la interacción y su relación con el paso del funcionamiento interpsicológico al intrapsicológico; una aportación igualmente a la investigación sobre la acción del sujeto en dicho paso (proceso de internalización o apropiación) y finalmente, una aportación al estudio de la vivencia del sujeto en dichos procesos.

Referencias

- Arias, G. (2015). Contribuciones de los cubanos a lo Histórico-Cultural. Un debate constituyente. *Alternativas cubanas en psicología*, 3(7), 13-24. <https://www.acupsi.org/articulo/84/contribuciones-de-los-cubanos-a-lo-historico-cultural-un-debate-constituyente.html>
- Brofenbrenner, U. (1985). Contextos de crianza del niño. Problemas y perspectivas (A. Alvarez, Trad.). *Infancia y Aprendizaje*, 29, 45-55. (Trabajo original publicado en 1979)
- Brofenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano* (A. Devoto, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1979)
- Bruner, J. (1986). *El habla del niño* (R. Premat, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1983)
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado* (J. C. Gómez Crespo y J. Linaza, Trad.). Alianza. (Trabajo original publicado en 1990)
- Bruner, J. (1997). *La educación puerta de la cultura* (F. Díaz, Trad.). Visor.
- Bruner, J. (2008). Culture and mind: Their fruitful incommensurability [Cultura y mente: Su fructífera incommensurabilidad]. *Ethos*, 36, 29-45. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2008.00002.x>
- Coll, C. (1988). Significado y sentido en el aprendizaje escolar. Reflexiones en torno al concepto de aprendizaje significativo. *Infancia y Aprendizaje*, 11(41), 131-142. <https://doi.org/10.1080/02103702.1988.10822196>
- Coll, C. y Solé, I. (1990). La interacción profesor/alumno en el proceso de enseñanza y aprendizaje. En C. Coll, J. Palacios y A. Marchesi (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación. Vol. II. Psicología de la educación* (pp. 315-333). Alianza.
- Coll, C. y Falsafi, L. (2010). Learner identity. An educational and analytical tool [Identidad del alumno. Una herramienta educativa y analítica]. *Revista de Educación*, 353, 211-233. http://www.revistaeducacion.educacion.es/re353/re353_08.pdf
- Cubero, R. (2005). *Perspectivas constructivistas*. Graó.

- De la Mata, M. L. y Santamaría, A. (2010). La construcción del yo en escenarios educativos. Un análisis desde la psicología cultural. *Revista de Educación*, 353, 157-186. http://www.revistaeducacion.educacion.es/re353/re353_06.pdf
- Erickson, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En M. Wittrok (Ed.), *La investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos de observación*. (pp. 203-247). Paidós MEC.
- Erskine, R. G. (1996). *Necesidades relacionales*. Instituto de Psicoterapia Integrativa. <https://www.integrative-therapy.com/es/articles.php?id=21>
- Erskine, R. G. (1997). Methods of an Integrative Psychotherapy [Métodos de una psicoterapia integrativa]. En R. G. Erskine (Ed.), *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis. A Volume of Selected Articles* (pp. 28-29). TA.
- Erskine, R. G. (2015). *Attachment, Relational-needs and the child's processes of attribution of meaning and sense making* [Apego, necesidades relacionales y los procesos de atribución de significado y búsqueda de significado en niños] [Manuscrito no publicado].
- Erskine, R. G., Moursund, J. y Trautmann, R. (2012). *Más allá de la empatía* (N. Mestre, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en Acción* (I. Arregui, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Esteban, M. (2011). Una interpretación de la Psicología Cultural: aplicaciones prácticas y principios teóricos. *Suma Psicológica*, 18(2), 65-88.
- Falsafi, L. y Coll, C. (2011). La construcción de identidad de aprendiz. Coordinadas espacio-temporales. En C. Monereo y J. I. Pozo (Ed.), *La identidad en Psicología de la Educación* (pp.77-99). Narcea.
- Fariñas, G. (1999a). Acerca del concepto de Vivencia en el enfoque Histórico-cultural. *Revista Cubana de Psicología*, 16(3), 171-176. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n3/11.pdf>
- Fariñas, G. (1999b). L. S. Vigotsky en la cultura y la subjetividad del psicólogo. *Revista Cubana de Psicología*, 16(3), 235-240. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n3/13.pdf>
- Fariñas, G. (2013). Lo emblemático en el enfoque Histórico Cultural: apuntes para una praxis de rigor. *Amazónica*, 11(2), 102-134.
- Fariñas, G. (2015). Acerca del pensamiento histórico culturalista desde la perspectiva de los psicólogos y pedagogos cubanos. *Alternativas cubanas en Psicología*, 7(3), 25-36. <http://www.alfepsi.org/alternativas-cubanas-en-psicologia-vol-3-num-7-2015/>
- Kaye, K. (1986). *La vida mental y social del bebé* (D. Roesenbaum, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1982)
- Kolb, A. y Kolb, D. (2009). On Becoming a Learner: The Concept of Learning Identity [Convirtiéndose en un alumno. El concepto de la identidad del aprendizaje]. En D Bamford-Rees, B. Doyle, B. Klein-Collins y J. Wertheim (Eds.), *Learning never ends: Essays on adult learning inspired by the life and work of David O. Justice* (pp. 5-13). CAEL Forum and News.
- Leontiev, A. (1983). *El desarrollo del psiquismo* (3ª ed., E. Calatayud, Trad.). Akal.
- Marcos, B. (2005). Estudio del desarrollo de la identidad profesional del maestro. Un enfoque teórico y una propuesta de intervención (Tesis doctoral, Universidad de La Habana). <http://www.biblioteca.uh.cu/servicios/deposito-tesis>
- Martí, E. (2005). *Desarrollo, cultura y educación*. Amorrortu editores.
- Mercer, N. (2001). *Palabras y mentes* (G. Sánchez Barberán, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 2000)
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy. Art and science of relationship* [Psicoterapia integrativa, arte y ciencia de las relación]. T Books.
- Ramírez, D. (2011). La identidad en tiempos de cambio. Una aproximación sociocultural. En C. Monereo y J. I. Pozo (Eds.), *La identidad en Psicología de la Educación* (pp. 27-45). Narcea.
- Rebollo, M. A. y Hornilla Gómez, I. (2010). Perspectiva emocional en la construcción de la identidad en contextos educativos: discursos y conflictos emocionales. *Revista de Educación* 353, 235-263. http://www.revistaeducacion.educacion.es/re353/re353_09.pdf
- Rivas, J. I., Leite, A. E., Cortés, P., Márquez, M. J. y Papua, D. (2010). La configuración de identidades en la experiencia escolar. Escenarios, sujetos y regulaciones. *Revista de Educación*, 353, 187-209. http://www.revistaeducacion.educacion.es/re353/re353_07.pdf
- Rogoff, B. (1993). *Aprendices del pensamiento* (P. Lacasa, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1990)
- Rogoff, B. (1997). Los tres planos de la actividad sociocultural: apropiación participativa, participación guiada y aprendizaje (F. Blanco Trejo y M. J. de Tiena Dávila, Trad.). En J. V. Wertsch, P. del Río y A. Álvarez (Eds.), *La mente sociocultural* (pp. 111-128). Fundación Infancia y Aprendizaje.

- Rogoff, B. (2012). Learning without lessons: Opportunities to expand knowledge [Aprendizaje sin lecciones: Oportunidades para ampliar el conocimiento]. *Infancia y Aprendizaje*, 35(2), 233-252. <https://doi.org/10.1174/021037012800217970>
- Santamaría, A. (2004). ¿Es posible el diálogo entre la mente y la cultura? Hacia una psicología cultural de la mente. *Suma Psicológica*, 11(2), 247-266.
- Solé, I. (1993). Disponibilidad del aprendizaje y sentido del aprendizaje. En C. Coll, E. Martín, T. Mauri, M. Miras, J. Onrubia, I. Solé y A. Zabala (Eds.), *El constructivismo en el aula* (pp. 25-47). Graó.
- Vila, I. (1995). *Psicología de la Educación. Proyecto docente para Concurso-Oposición de Cátedra de Psicología Evolutiva y de la Educación* [Manuscrito no publicado]. Departament de Psicologia, Facultat de Psicologia, Universitat de Girona.
- Vila, I. (1996). La idea de los orígenes sociales de las funciones psicológicas no es antitética con la noción de construcción personal. *Anuario de Psicología*, 69, 82-92. <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61314/88948>
- Vila, I. (2013). *Presentación proyecto de investigación sentido e identidad de aprendiz en el proceso de escolarización del alumnado extranjero en Cataluña* [Manuscrito no publicado]. Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Girona.
- Vila, I., Esteban, M. y Oller, J. (2010). Identidad nacional, lengua y escuela. *Revista de Educación*, 353, 39-65. http://www.revistaeducacion.educacion.es/re353/re353_02.pdf
- Vygotski, L. S. (1935). El problema del entorno [Manuscrito no publicado]. Catedra de Vygotski, Facultad de Psicología de La Habana, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Vygotski, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (S. Firió, Trad.). Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1978)
- Vygotski, L. S. (1991a). El método instrumental en psicología (J. M. Bravo, Trad.). *Obras Escogidas Vol I* (pp.65-71). Visor y MEC. (Trabajo original publicado en 1982)
- Vygotski, L. S. (1991b). El significado histórico de la crisis de la psicología (J. M. Bravo, Trad.). *Obras Escogidas Vol I* (pp.257-413). Visor y MEC. (Trabajo original publicado en 1982)
- Vygotski, L. S. (1993). Pensamiento y lenguaje (J. M. Bravo, Trad.). *Obras escogidas, Vol II* (9-287). Visor y MEC. (Trabajo original publicado en 1982)
- Vygotski, L. S. (1995). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores (L. Kuper, Trad.). *Obras Escogidas Vol III* (pp.11-341). Visor y MEC. (Trabajo original publicado en 1983)
- Vygotski, L. S. (1996). La crisis de los siete años superiores (L. Kuper Trad.). *Obras Escogidas Vol IV* (pp. 377-386). Visor y MEC. (Trabajo original publicado en 1984)
- Wertsch, J. (1988). *La formación social de la mente* (J. Zanón y M. Cortés, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1985)
- Wertsch, J. (1989). Semiotic mechanisms in joint cognitive activity [Mecanismo semióticos en la actividad cognitiva conjunta]. *Infancia y Aprendizaje*, 47, 3-36. <https://doi.org/10.1080/02103702.1989.10822239>
- Wertsch, J. (1993). *Voces de la mente* (A. Silvestre, Trad.). Aprendizaje Visor. (Trabajo original publicado en 1991)
- Wertsch, J. (1997). La necesidad de la acción en la investigación sociocultural (F. Blanco Trejo y M. J. de Tiena Dávila, Trad.). En J. Wertsch, P. Del Río y A. Alvarez, (Eds.), *La mente sociocultural* (pp. 50-62). Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Wertsch, J. (1999). *La mente en acción*. Aique. (Trabajo original publicado en 1998)
- Wood, D., Bruner, J. S. y Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving [El rol del tutor resolviendo un problema]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89-100. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x>
- Zarandona, E. (2007). *De la espontaneidad a la repetición: análisis empírico de la interacción social en un aula de Educación Infantil*. VI Congreso Iberoamericano de Psicodrama y conflictos culturales. Editorial Congrega.
- Zarandona, E. (2011). ¿Necesita límites la espontaneidad? *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 29, 35-63.
- Zarandona, E. (2015). *La construcción del escenario en la interacción social como transformación específica de la actividad en Educación Infantil* [Tesis doctoral, Universidad del País Vasco]. <http://hdl.handle.net/10810/16414>

DIAGNOSIS RELACIONAL: UNA EVALUACIÓN DINÁMICA Y TRANSTEÓRICA ENFOCADA EN LA PERSONA A TRAVÉS DE LA RELACIÓN

RELATIONAL DIAGNOSIS: A DYNAMIC AND TRANSTHEORETICAL ASSESSMENT FOCUSED ON THE PERSON THROUGH RELATIONSHIP

Bibiana Martín Corcuera

Hogar Izarra, Comunidad Terapéutica Integrativa para Personas con Trastorno Mental,
Bilbao, Bizkaia, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7649-5298>

Mar Gómez Masana

ARETÉ psicología-psicoterapia, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8818-0303>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martín Corcuera, B. y Masana, M. (2021). Diagnóstico relacional: Una evaluación dinámica y transteórica enfocada en la persona a través de la relación. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 25-45.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.483>

Resumen

Partiendo del significado general del concepto de Diagnóstico, el presente trabajo se centra en el Psicodiagnóstico y, desde ahí, profundiza en la forma y el fondo de un psicodiagnóstico en el campo de la Psicoterapia Relacional Integrativa, cómo un modelo transteórico y transdiagnóstico. O lo que es lo mismo, la diagnosis relacional, como visión global de la persona, desde las dimensiones fisiológica, emocional, cognitiva, relacional, conductual y espiritual. En el desarrollo de este artículo, se revisa la historia de rechazo del concepto clásico de diagnóstico, desde diferentes escuelas psicoterapéuticas, entre ellas las Psicoterapias Humanistas. Se reflexiona sobre los efectos del diagnóstico en los clientes. Y se describe, a modo de ejemplo, una forma particular de llevar a cabo, de poner en práctica, el proceso de Diagnóstico Relacional.

Palabras clave: psicoterapia integrativa relacional, diagnosis relacional, psicodiagnóstico, transdiagnóstico, transteoría

Abstract

Starting from the general meaning of the concept of Diagnosis, this work focuses on Psychodiagnosis and, from there, delves into the form and substance of a psychodiagnosis in the field of Integrative Relational Psychotherapy, as a transtheoretical and transdiagnostic model. Or what is the same, relational diagnosis, as a global vision of the person, from the physiological, emotional, cognitive, relational, behavioral and spiritual dimensions. In the development of this article, the history of rejection of the classic diagnostic concept is reviewed, from different psychotherapeutic schools, among them Humanistic Psychotherapies. It reflects on the effects of the diagnosis on clients. And it describes, by way of example, a particular way of carrying out, of putting into practice, the process of Relational Diagnosis.

Keywords: integrative relational psychotherapy, relational diagnosis, psychodiagnosis, transdiagnosis, transtheory

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 14 de noviembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: bibianamartin64@gmail.com

Dirección postal: Bibiana Martín. Calle Iparraguirre 6 - 4º B. 46910 Sestao, Bizkaia, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



El concepto de diagnóstico es extensible a los más diversos campos. Hace referencia a la acción y efecto de diagnosticar, que “es el proceso de reconocimiento, análisis y evaluación de una cosa o situación para determinar sus tendencias, solucionar un problema o remediar un mal” (Significados.com).

En el campo de la Psiquiatría y Psicología el término Psicodiagnóstico, aparece por primera vez en la obra de H. Rorschach, publicada en 1921, con el título *Psychodiagnostik*. Este término tiene su origen etimológico en un compuesto de tres vocablos griegos: «psikhé», «diá» y «gignosko», que se puede traducir como *conocer a fondo el alma* o *conocer a fondo la mente* (Wikipedia).

Un psicodiagnóstico es un proceso de evaluación en el que a través de la recogida de información por diferentes vías (entrevistas, autoinformes, observación directa, registros, test o técnicas proyectivas, información de personas de su entorno...), se evalúan las distintas áreas del funcionamiento psicológico de un sujeto (fisiológica, afectiva, cognitiva, conductual y relacional), y se intenta definir su estado de salud mental, las características de su personalidad y conflictos que subyacen al motivo de consulta que la persona trae consigo, con la finalidad de alcanzar un objetivo (selección de personal, orientación, cambiar comportamientos, etc.).

Dependiendo del modelo teórico desde el que se sitúe el profesional se enfocará en recoger, principalmente, una información u otra:

- a. Modelo psicométrico: Rasgos de personalidad.
- b. Modelo médico: Enfermedades mentales. La identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y la observación de sus signos o síntomas.
- c. Modelo psicodinámico: Mecanismos internos, lo inconsciente.
- d. Modelo cognitivo conductual: Conductas.
- e. Modelo integrativo relacional: Funcionamiento específico del individuo en todas sus dimensiones interrelacionadas.

Si bien el psicodiagnóstico puede realizarse con estilos y duraciones variables, su objetivo principal será lograr una comprensión profunda y completa de la personalidad total del cliente, y resulta fundamental para una orientación del plan de tratamiento, a ajustar según el proceso dinámico activo.

Conviene recordar, que al representar el psicodiagnóstico una “foto” de la personalidad, sus conclusiones son válidas para el “aquí y ahora” de ese sujeto dado, esto es: la personalidad es dinámica y los resultados obtenidos por una misma persona pueden variar a lo largo del tiempo.

Por eso, aunque convencionalmente, esta psicodiagnos (inicial) tiene distintas etapas -pre-entrevista, entrevista psicodiagnóstica, batería psicodiagnóstica, informe clínico-, en realidad, la evaluación clínica, es un proceso dinámico y continuo, puesto que la persona y sus circunstancias son cambiantes, van evolucionando.

En esta línea, la Psicoterapia Relacional Integrativa propone, en su Teoría de los Métodos, mantener una actitud de interés y apertura en acompañar al cliente al descubrimiento de sí mismo en todas las dimensiones, sin dar por hecho que el

terapeuta conoce lo que le pasa al sujeto. De esta manera, el terapeuta se encontrará “evaluando” (recogiendo información, haciendo y contrastando hipótesis...) a lo largo de todo el proceso de tratamiento y de la relación terapéutica.

En Psicoterapia Integrativa, nuestra indagación empieza con la suposición de que el terapeuta no sabe nada sobre la experiencia subjetiva del cliente (...) “El propósito final de la indagación es ayudar a los clientes a descubrir los modos en que han aprendido a interrumpir el contacto interno y el contacto externo (...)” (Erskine et al., 1999/2012, p. 56).

El Psicodiagnóstico y las Psicoterapias Humanistas

Desde una visión retrospectiva, “durante varias décadas la Psicoterapia de la *Gestalt*, al igual que el resto de las Psicoterapias Humanistas, consideró que el psicodiagnóstico era malsano por el etiquetaje rígido que comportaba, prescindiendo de lo idiosincrático” (Gimeno-Bayón, 2012, p. 146).

Tal y como recoge Gimeno-Bayón (2012), Sugarman (1987) realizó una síntesis de la crítica al psicodiagnóstico desde las Psicoterapias Humanistas, considerando la evaluación reduccionista, artificial, sin prestar atención a la relación entre terapeuta y paciente, juzgando al paciente y resultando demasiado intelectual. Pero, con el paso del tiempo, “El psicodiagnóstico fue evolucionando por diferentes factores, entre ellos las críticas recibidas. El mismo autor (Sugarman) defiende que hoy en día las críticas mencionadas solo se justifican en evaluadores poco sofisticados” (Gimeno-Bayón, 2012, p. 148).

Continuando con Gimeno-Bayón (2012), para Fagan (1973) “el psicodiagnóstico es la observación e identificación de las estructuras o patrones recurrentes de una persona a la hora de enfrentar los problemas, algunos de esos patrones que tiende a utilizar son disfuncionales, por su cronicidad o anacronismo” (Gimeno, 2012, p. 147).

El diagnóstico es inevitable, aunque algunas corrientes teóricas lo disfracen con diferentes terminologías. En modelos teóricos como la Psicoterapia de la *Gestalt* y el Análisis Transaccional, por ejemplo, tras el rechazo inicial del psicodiagnóstico convencional, recurrieron a traducir los términos del psicodiagnóstico clásico al vocabulario de su propio modelo, para facilitar el diálogo con los profesionales ajenos al mismo.

Es inevitable, porque los seres humanos necesitan darle un significado a la experiencia. En la relación terapéutica, tanto cliente como terapeuta están comprometidos en la comprensión del proceso del cliente y el psicodiagnóstico fenomenológico puede resultar una herramienta, un lenguaje comprensivo de los procesos del cliente y para el cliente. Por consiguiente, el interrogante no sería si diagnóstico sí o diagnóstico no, sino cómo realizarlo.

No cabe duda, que la tarea diagnóstica tiene también sus aspectos positivos, que resulta interesante reseñar.

Desde la perspectiva del cliente, el poner un nombre a lo que está experimen-

tando le ayuda a darle sentido y, con frecuencia, el sentir que el otro le comprende y puede entender por lo que está pasando y cómo ayudarlo en sus dificultades y vulnerabilidades, le ofrece cierta sensación de seguridad. Una muestra de ello son los testimonios de tantas y tantas personas con algún trastorno psicosomático (fibromialgia...), que hasta que no pudieron poner nombre a sus dolencias y se sintieron reconocidas y entendidas por un profesional confiable, vivieron su sintomatología, como una experiencia vergonzante, culpabilizadora y traumática.

Desde la perspectiva del terapeuta, un buen diagnóstico le ayuda a orientar a su cliente: le ayuda a planificar el tratamiento, cuando éste es preciso, a elegir los métodos y las técnicas de intervención y adaptarlas a la persona. El hablar en un lenguaje común facilita el entendimiento y simplifica la transmisión de información de unos profesionales a otros. Ofreciendo al cliente la sensación de un proceso continuo cuando tiene que pasar por diferentes profesionales. En lugar de vivirlo como experiencias independientes y desconectadas, que en absoluto fomentan la integración personal.

Entre las observaciones realizadas por las autoras desde su experiencia clínica, respecto al efecto del psicodiagnóstico, tanto en personas con trastorno psicológico como en aquellas personas que consultan por circunstancias o crisis vitales (problemas en el trabajo, en la pareja, síndrome de nido vacío, relación con los padres...) destacarían:

a) Algunos clientes se sienten asustados, desconcertados, perdidos y muy vulnerables ante las manifestaciones de guion (o síntomas) que presentan y necesitan que les ayuden a poner nombre y a encontrar el sentido a lo que les está aconteciendo, o confirmar el sentido que ellos han dado, con otra persona que perciben como confiable y más sabia o experta, sobre todo en etapas iniciales de consulta.

b) Para otros, el diagnóstico puede resultar limitador, por el riesgo de que el sujeto se identifique con la etiqueta del mismo y comprometa su evolución, renunciando a su auténtico yo y viviendo una vida sobreadaptada. En estos casos, a través de la experiencia contratransferencial, el terapeuta puede percibir la sensación de estar ante alguien artificial, vacío de contenidos propios, que repite estereotipos o definiciones ajenas sobre quiénes son.

c) La connotación negativa de la etiqueta y el estigma social, en ocasiones, conlleva que algunos sujetos no acepten el diagnóstico y adopten una actitud de pelea (lucha interna y/o externa) o negación, que les impide asumir su vulnerabilidad e implicarse en su tratamiento. Una forma de manejar esta situación, para facilitar la implicación del interesado, es proponer al cliente la intención de dejar de lado la etiqueta y de enfocarse en hablar de las dificultades que presenta y cómo le afectan en su vida cotidiana y en su proyecto de futuro.

d) No faltan los que sacan beneficio secundario a la etiqueta y la utilizan de justificación para hacer lo que les apetece, para recibir ayudas económicas o para no asumir sus responsabilidades. En estos casos, el estigma social que se suele denunciar es más un autoestigma.

e) En ocasiones, como se recoge desde la visión sistémica (Linares et al., 2001), asumir el rol de enfermo permite mantener la homeostasis al sistema familiar. Y no resulta extraño ser testigos de que cuando el paciente designado mejora, algún otro miembro de la familia empeora o comienzan a surgir conflictos relacionales o bien, de alguna manera, empiezan a boicotear el tratamiento de nuestro cliente.

f) El tener una impresión diagnóstica permite al terapeuta orientarse sobre cómo relacionarse con una persona concreta, facilita el establecimiento del vínculo y puede evitar errores. Por ejemplo, ante un cliente con un estilo o trastorno paranoide, le permite calcular acertadamente la distancia que necesita el otro para no sentirse invadido y amenazado y facilita al terapeuta la posibilidad de ofrecer una respuesta emocional recíproca sintónica.

g) También, la comprensión de los procesos en los que está inmersa facilita que la persona se haga cargo de sí misma, empoderándose y responsabilizándose más de su propio tratamiento. Contando así, el terapeuta, con un aliado en el proceso terapéutico.

h) En ocasiones, los diagnósticos que se incluyen en el informe clínico de un cliente, más que ayudar a conocerlo y entenderlo, desorientan. Bien porque no son acertados, porque se asignaron en un momento determinado y no se han vuelto a revisar, porque en algunos informes se añaden tantos diagnósticos que confunden...

Diagnóstico en la Psicoterapia Relacional Integrativa

Si algo ha quedado claro de estos años de controversias es que, ya no es útil el diagnóstico desde las categorías del DSM, en sus diferentes versiones, incluida la última (5 ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (10 ed.; CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 2010) que suelen complicar más que facilitan la tarea del terapeuta.

Desde esta realidad surge el movimiento transdiagnóstico y transteórico con autores como Livesley (2018), que plantea la importancia de un cambio de mirada para centrarse en el *enfoque de factores comunes* para la integración en psicoterapia.

Dado que estos mecanismos representan la mayor proporción de cambios en los resultados, existen poderosas razones para hacer de estos mecanismos la base de la terapia transteórica. Esta idea parece especialmente pertinente para tratar el trastorno de personalidad, porque el especial énfasis en los factores relacionales que conlleva un enfoque de factores comunes resulta especialmente pertinente para tratar un trastorno que se caracteriza por una disfunción interpersonal crónica (Livesley, Jackson, y Jang, 1994; Livesley, 1998, 2003b). (Livesley, 2018, p. 97)

E incluso, más allá de los factores comunes, la integración teórica es de suma importancia si realmente se quiere dar una atención psicoterapéutica que ayude al cliente a la comprensión en profundidad del sí mismo, de sus relaciones y del mundo, tal y como señala Mirapeix (2018), otro de los representantes del movimiento transteórico y transdiagnóstico.

En esta dirección de mi visión centrada en la personalidad y, por ende, en el *self* y las relaciones interpersonales, subyace una concepción puramente transdiagnóstica sustentada en la detección e intervención focal sobre mecanismos transdiagnósticos. Estos, siendo importantes como lo son, adquieren su auténtica dimensión ideográfica cuando son referidos a la identidad del individuo y al como éste se relaciona con los demás y con el mundo. (Mirapeix, 2018, p. 112)

En esta línea, la propuesta de la Psicoterapia Relacional Integrativa, desde la visión de las autoras, encajaría en la búsqueda de la coherencia entre transdiagnóstico, transteoría y transmetodología. Una coherencia que también se puede identificar en otras Psicoterapias Humanistas, como por ejemplo la Psicoterapia Integradora Humanista desarrollada por Gimeno-Bayón y Rosal (2001).

Para aproximarse al concepto de diagnóstico, tal y como se entiende desde la Psicoterapia Relacional Integrativa, conviene tener en cuenta el significado de la palabra integrativa, que constituye la esencia de este modelo teórico.

Tal y como señalan Erskine y Moursund (1988/2014), el término “*integrativo*” se refiere tanto a la síntesis de teorías y métodos de la psicoterapia a nivel fisiológico, afectivo, cognitivo y conductual, así como, al resultado de la psicoterapia: la integración o la asimilación en el interior de la persona de los aspectos de su personalidad fragmentados o fijados. Es la integración de los diferentes modelos teóricos, de una forma coherente y consistente lo que permite que el enfoque Relacional Integrativo sea un sistema comprensivo del ser humano.

El modelo de la Psicoterapia Relacional Integrativa (Erskine, 1997; Erskine, 2010; Erskine, 2015; Erskine y Moursund, 1988/2014; Erskine et al., 1999/2012; Moursund y Erskine, 2004; O’Reilly-Knapp y Erskine, 2003), se centra en las características humanas únicas y el valor único de cada individuo. Incorporando dentro de su enfoque, las aportaciones de múltiples teorías, es decir, un modelo transteórico: el concepto de Autorrealización y Autoactualización de Abraham Maslow (las personas están motivadas por la necesidad de convertirse en lo mejor que pueden llegar a ser); la Psicoterapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers (cuya cura consiste en restaurar las condiciones de crecimiento: comprensión, aceptación incondicional y autenticidad en la relación); los conceptos y el modo del trabajo emocional de la Psicoterapia de la *Gestalt*, de Fritz y Laura Perls (la calidad del contacto en las relaciones humanas. La capacidad para el contacto, es salud, la ausencia de dicha capacidad, es no-salud); los conceptos del modelo del Análisis Transaccional de Eric Berne (la forma en que las personas estructuran sus identidades -sus distintos yoes-, las transacciones -la comunicación- entre las personas y por su manera de organizar el curso de sus vidas, o lo que es lo mismo, el guion de Vida); las perspectivas psicoanalíticas contemporáneas -la Psicología del *Self* de Heinz Kohut, la escuela británica de psicoanálisis de las Relaciones Objetales (la necesidad de relaciones en la vida y qué le ocurre a la persona cuando esas relaciones no funcionan de acuerdo a sus necesidades) y la perspectiva intersubjetiva en el

psicoanálisis; las teorías e investigación sobre el desarrollo humano centrado en el desarrollo evolutivo infantil de Piaget, Erickson, Bowlby, Margaret Mahler, Daniel Stern (ayudan a entender en qué Estado del Yo y en qué edad está una persona); conceptos de la Terapia Conductual, para la parte más funcional; y la atención al cuerpo y el trabajo corporal de los modelos de las Psicoterapias Corporales.

Una vez aclarada su naturaleza transteórica y transmetodológica, para continuar explorando el concepto de psicodiagnóstico, conviene revisar los principios filosóficos en los que este modelo basa su teoría (Erskine, 2016) y, a su vez, de forma congruente, representan una guía para la práctica clínica.

Erskine (2015/2016), propone 8 principios filosóficos que influyen en la perspectiva, la actitud y en las interacciones del terapeuta con los clientes:

1. Todas las personas son igualmente valiosas; de forma que al establecer un diagnóstico hay que evitar que se convierta en un acto de poder o de descuento.
2. Toda experiencia humana se organiza fisiológica, afectiva y/o cognitivamente; es importante observar a la persona en su globalidad.
3. Toda conducta humana tiene significado en algún contexto. Es importante mantener una perspectiva evolutiva que ayude a entender síntomas, comportamientos, actitudes..., que tal vez en el hoy no tengan sentido, pero en otra etapa evolutiva sí.
4. El contacto interno y externo es esencial para el funcionamiento humano, por lo que las alteraciones, en este sentido, orientan a la hora de elaborar las impresiones diagnósticas.
5. Todas las personas buscan relaciones y son interdependientes a lo largo de la vida; la cantidad y la cualidad de estas ofrecen una información valiosa para la tarea diagnóstica.
6. Los seres humanos tienen el impulso innato de crecer y desarrollarse; uno de los peligros del diagnóstico es que el individuo adopte como su identidad propia e inamovible la foto estática, el reflejo de sí, que le muestra y quede estancado su desarrollo personal.
7. Los seres humanos sufren perturbaciones relacionales, no “psicopatología”.
8. El proceso intersubjetivo en psicoterapia es más importante que el contenido de la psicoterapia.

De todos ellos, hay dos principios que se encuentran especialmente conectados con el concepto de la diagnosis relacional, porque conducen a replantearse lo patológico y la normalidad.

El primero: “Toda conducta humana tiene significado en algún contexto”. Si se acepta que todas las personas tienden a buscar estructura, a organizar y dar sentido a la experiencia (Berne, 1973/1974), resulta coherente deducir que cualquier conducta, desde las más razonables o esperables a los comportamientos más extraños y problemáticos, tienen un significado en algún contexto, presente o histórico, aunque el terapeuta, y en ocasiones su cliente, no conozcan ese significado.

Si se asume que esto es así, cualquier conducta o cualquier síntoma sería una reacción natural de supervivencia, y un intento adaptativo en el contexto en que se adoptó inicialmente. Por ejemplo, para un niño que vive en una familia muy controladora e invasiva, que critica y castiga todos sus intentos de autodefinición, puede ser protector y adaptativo comportarse de forma sumisa y desarrollar un estilo de apego aislado, ocultando su auténtico yo de manera autoprotectora, para evitar ser dañado.

El problema llega cuando el sujeto deja de ser consciente de la conexión de esos síntomas, de esas reacciones adaptativas, con el contexto inicial y de las funciones que cumplían y cumplen. Sacadas de contexto resultan incoherentes, extrañas y carentes de sentido. De manera que se podrían calificar de locas o patológicas.

Consecuentemente, la labor del psicoterapeuta será enfocar el tratamiento para facilitar:

- a. Que sus clientes sean conscientes de los diversos significados de sus conductas, creencias y fantasías.
- b. Que aprendan a reconocer y apreciar su función en un contexto y época determinada, así como su efecto en el presente, es decir, volver a encontrar la motivación arcaica y el hilo que une esa estrategia con el presente.
- c. Normalizar sus comportamientos facilitando la comprensión de los contextos de los que derivan sus conductas, creencias o fantasías.

De esta manera, estará colaborando en qué diagnóstico y tratamiento, en interrelación, le proporcione al individuo una visión de sí mismo más normalizadora y humanizada.

El segundo principio filosófico, especialmente conectado con la diagnosis relacional es “Los seres humanos sufren perturbaciones relacionales, no “psicopatología”.

En palabras de Erskine:

Una PI centrada en lo relacional enfatiza una perspectiva no psicopatológica a la hora de entender la conducta de las personas. Los molestos síntomas fisiológicos y emocionales, los arraigados sistemas de creencias, las obsesiones y las conductas compulsivas, la agresión o el retraimiento social son todos ellos ejemplos de intentos creativos de satisfacer necesidades relacionales y de resolver interrupciones en el contacto interpersonal. (2016, p. xxxv)

Haciendo un paréntesis, una de las autoras comparte sus reflexiones a propósito de esta cita:

“Esta visión no patologizante resonaba con mi vivencia en el contacto directo con mis clientes y, a la vez, me confundía. Teniendo en cuenta que he desarrollado mi experiencia profesional en instituciones con un marco de referencia médico, en el que a los usuarios se les ve y se les define como enfermos, desde el supuesto conocimiento de los expertos profesionales. Y que, por otra parte, la mayoría de los clientes con los que he trabajado presentaban manifestaciones características

de lo que clásicamente se denomina Trastorno Mental severo, tal y como recoge el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (5 ed.; DSM-5):

Un Trastorno Mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa, del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, que subyacen en su función mental. Habitualmente los Trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (p. 20)

Efectivamente, mis clientes podían ser diagnosticados como obsesivos-compulsivos, pasivo-agresivos, tener conductas manipuladoras, jugar a juegos psicológicos, podían estar fuera del contacto con la realidad...

Entonces me cuestionaba ¿cómo podía integrar mi marco de referencia médico con mi experiencia clínica de que, con frecuencia, mis prejuicios teóricos, el presuponer que sé lo que le pasa a mi cliente y el definirle anticipadamente con una categoría diagnóstica, más que ayudarme a conocerle y, sobre todo, más que ayudarle a hacerse consciente de lo que conoce de sí mismo, me inducía a error y me alejaba de una relación de pleno contacto con el yo auténtico de la persona que tenía enfrente?

Podía ser que la persona se adaptara y aceptara lo que yo dijera, pero que luego se escondiera (ocultara su yo real) y ya no hubiera una relación auténtica. O que se rebelase y entrase en pelea, afectando igualmente a la alianza terapéutica.

Al mirar al otro como enfermo, como “patológico”, perdía de vista la acomodación creativa, única de esa persona y sus intentos de manejarse en situaciones de negligencia, humillación y/o abuso, es decir, perdía la clave para comprender cómo el sujeto había llegado a esa situación, que condicionaba tanto su presente.

También perdía la oportunidad de establecer una relación interpersonal con un contacto auténtico. En el que apreciamos y valoramos la vulnerabilidad emocional del otro, sus necesidades relacionales y sus intentos desesperados de autorreparación, autorregulación o automejora, posibilitando la cura de heridas psicológicas arcaicas.

Me ayudó a encajar las piezas el enfocarme en explorar qué había más allá de la etiqueta diagnóstica, para poder mirar de frente al otro y verle como un ser humano valioso, único, vulnerable y con capacidad de desarrollar un sistema de afrontamiento creativo, que con frecuencia me maravillaba al descubrir cómo le ayudó a sobrevivir en un ambiente negligente o destructivo. Y me pregunto ¿cómo hubiera afrontado yo esa situación? Y ¿cómo estaría yo ahora si hubiera pasado por esa experiencia?

También fue clarificador la distinción entre los conceptos de Estilo-Patrón-Trastorno.

Estilo - Patrón - Trastorno/Desorden

“Un rasgo es una propiedad o peculiaridad distintiva”, que permite identificar a algo o alguien (Pérez Porto y Merino, 2014). Las personas son seres complejos y, por tanto, tienen muchos rasgos comunes como especie, comunes a todos los seres humanos y es la combinación de estos rasgos unido a la intensidad de los mismos lo que les permite diferenciarse y marcar su identidad como individuo.

De manera que todos -por ser humanos- pueden ser perfeccionistas, obsesionarse, aislarse, mostrarse muy activos y expresivos emocionalmente... en alguna medida. Todas estas formas de sentirse y de mostrarse podrían representarse en un *continuum* (de menos a más) para ayudar a describir la intensidad con que un rasgo está presente en un sujeto en un momento dado o como característica general en su personalidad. Representado en un *continuum* de menor a mayor intensidad, que va desde la expresión leve, a otra moderada y a otra más severa, Erskine (2011, 2015/2016) describe tres categorías:

- a) **Estilo:** cuando la persona manifiesta una serie de rasgos, que en mayor intensidad podrían describir una categoría diagnóstica, sólo cuando está bajo estrés o sienta amenazada su integridad física o psicológica por alguna razón (una pérdida, presión de las circunstancias vitales, exceso de intimidad, etc.). El resto del tiempo no resulta problemático para ella ni para otros. Por ejemplo, una persona con estilo *borderline*, como diría Erskine sería un “*borderline* en reserva” (Erskine, 2012), no todo el tiempo, pero sale de la reserva y lo actúa cuando aumenta la presión, el estrés... Se puede inferir el estilo de los clientes, cuando hablan de su sistema de afrontamiento en momentos de crisis, de sus sueños, de sus fantasías de futuro o cuando lo actúan sutilmente en transacciones transferenciales.
- b) **Patrón:** cuando la persona repite una serie de rasgos de comportamiento y de relación de una manera predecible, no sólo en momentos de estrés, sino también en momentos o relaciones de mayor intimidad, como por ejemplo en familia. Puede que no lo actúe en terapia, o al menos inicialmente, hasta que la alianza y la percepción del terapeuta como alguien dependible esté más establecida. En todo caso, la familia y los más allegados pueden informar al respecto. Son precisamente los que le rodean, especialmente los más cercanos, los que suelen presentar las quejas, porque lo viven como algo incómodo, aunque frecuentemente el sujeto lo ve como algo normal. Así pues, representa un nivel más problemático de funcionamiento.
- c) **Trastorno / Desorden:** cuando la persona actúa los rasgos en cualquier contexto, continuamente, no sólo bajo estrés o en intimidad e interfiere en casi todos los aspectos de su vida. Por eso, cuando el desorden es obvio, es fácil apreciarlo desde la primera o segunda sesión.

Son patrones de funcionamiento disfuncionales, que en algún contexto y momento tuvieron sentido y cumplieron alguna función protectora, pero que en la actualidad influyen e interfieren en las relaciones interpersonales que establece y

en su proceso de desarrollo y autorrealización.

La evidencia de la gravedad del guion puede manifestarse a través del problema actual que presenta, a través de sus gestos físicos y en la reacción contratransferencial generada en el psicoterapeuta física y emocionalmente.

En este *continuum*, es el concepto de Trastorno / Desorden el que corresponde a las clasificaciones y descripciones clasificados y descritos en el CIE-10 y en el DSM-5.

Fijaciones, Anhelos y Necesidades Arcaicas

Quizá pueda traer algo de luz a este tema la reflexión sobre el proceso de formación de patrones relacionales fijados, en el contexto de la vivencia reiterada de fallos relacionales de figuras significativas.

Eric Berne (1973/1974) ya planteaba tres impulsos o apetitos humanos presentes en las personas a lo largo de toda su vida. Estos apetitos o impulsos los describe como la necesidad de estímulo o sensación, la necesidad de reconocimiento o relación y la necesidad de estructura o significado. La Psicoterapia Relacional Integrativa, recoge este planteamiento en su teoría de la motivación (O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003), así como, en el principio filosófico “Todas las personas buscan relaciones y son interdependientes a lo largo de toda la vida” (Erskine, 2016). El contacto es el medio de satisfacer las necesidades relacionales. La relación, por consiguiente, se convierte en una fuente de motivación.

De la misma manera que nuestro cuerpo necesita nutrientes (proteínas, agua, vitaminas...) para que cada célula y cada órgano físico y psíquico funcione correctamente, también la relación (Erskine, 2011) puede aportar una serie de componentes o “nutrientes” indispensables para mantener la salud (seguridad, validación, aceptación, reciprocidad, autodefinición, experiencia de hacer impacto, iniciativa ajena, expresión de amor o gratitud). Estos nutrientes, en su conjunto, se denominan necesidades relacionales.

Cuando las relaciones interpersonales son de calidad, con un contacto interno y externo que permite satisfacer estas necesidades, el sujeto experimenta una vida satisfactoria, con sensación de plenitud de conexión interpersonal e integración personal.

Cuando las interrupciones del contacto impiden satisfacer algunas de estas necesidades, la calidad de la existencia se ve afectada. Si las interrupciones son frecuentes, el individuo pasa de vivir a sobrevivir y esto se manifiesta física, mental, emocional y conductualmente, en restricciones fisiológicas, desarrollo de creencias limitantes en relación a sí mismo, los otros, el mundo, patrones relacionales...

Tomando como referencia el ciclo gestáltico contacto-retirada (Perls, 1973/1976), se describe la dinámica de funcionamiento de las necesidades humanas, en este caso, de las necesidades relacionales:

1. Se inicia con la presencia de un estímulo que agita el organismo del individuo.

2. Aparece la percepción de una necesidad, que pasa a primer plano.
3. Experimenta una incomodidad.
4. Busca la satisfacción manifestando ese malestar (llanto, solicitando presencia...).
5. Cuando hay un contacto externo que posibilita la satisfacción de esta necesidad, el sujeto integra la experiencia y esa necesidad pasa a 2º plano, pasa al fondo y aparece otra necesidad, que se convierte en figura.

Cuando existe una interrupción del contacto, cuando ese contacto no se produce de acuerdo a las necesidades relacionales de la persona, entonces:

- a) Las necesidades no son satisfechas.
- b) Se mantienen en primer plano (en forma) y su organismo se mantiene alerta en la búsqueda de satisfacción, anhelando, deseando intensamente, una experiencia relacional reparadora que le permita integrarla y pasar a otra.
- c) Como necesita dar sentido (estructura) a la experiencia del fallo relacional, para manejar la incomodidad generada por la insatisfacción de la necesidad, se produce una *gestalt* inacabada que presiona para completarse (Perls et al., 1994/2006), que podríamos entender como un cierre artificial o secundario. Entonces, elabora una serie de estrategias que le permiten cerrar artificialmente la *gestalt* -desarrollando, por ejemplo, patrones de relación, como puede ser un patrón de relación evitativo y se convence de que no necesita al otro; o se esconde y aísla... Este cierre artificial es la base de reacciones de supervivencia, conclusiones tempranas y decisiones de guion.
- d) Pueden llegar a convertirse en patrones relacionales fijados, cuando se utilizan frecuentemente, que operan fuera de la consciencia del individuo, como patrones pre-reflexivos del *self* en relación: estilo de apego, autorregulación, necesidades relacionales, creencias de guion e introyección.

Los intensos afectos y necesidades pueden permanecer como memorias implícitas fijadas, hasta que las experiencias de cambio vital o una relación terapéutica eficaz faciliten la integración, tal y como describe Erskine refiriéndose al proceso terapéutico.

El objetivo se encuentra en la disolución de las defensas fijadas en la interrupción del contacto, que interfiere en la satisfacción de las necesidades presentes y en el pleno contacto con uno mismo y con los demás en la vida actual. Esto se logra, a menudo, trabajando dentro de la transferencia, para permitir que el conflicto intrapsíquico sea expresado dentro de la relación terapéutica y sea respondido con transacciones empáticas apropiadas. (Erskine, 2015/2016, p. 23)

Ajuste Creativo y Estrategias de Afrontamiento

Si no hay patología ¿cómo entendemos las conductas y manifestaciones disfuncionales? La psicosis, la obsesión..., la enfermedad no existe, son conceptos abstractos, sin identidad propia. Lo que existen son las personas que manifiestan una serie de síntomas o reacciones defensivas, como parte de un sistema de afrontamiento, para gestionar las emociones y adaptarse a un entorno en el que no puede cubrir sus necesidades relacionales, ante los fracasos ocurridos en las relaciones de dependencia significativas a lo largo de la vida.

Reacciones que, con el paso del tiempo y el cambio de contexto relacional, se convierten en disfuncionales e incluso destructivas para sí mismo o para los que le rodean, al no actualizarse y ajustarse a las circunstancias presentes.

Algunos de estos intentos desesperados de autorregulación y ajuste creativo son: las interrupciones del contacto (como la negación, desapropiación, despersonalización, retroflexión, introyección, desapego emocional); las creencias de guion; los patrones de apego; y los guiones de vida.

Diferencia entre un Diagnóstico Clásico y una Diagnosis Relacional

A modo de resumen, en la tabla 1 se recogen algunas de las diferencias que se pueden observar entre el diagnóstico clásico y una diagnosis relacional.

Tabla 1. *Diagnóstico Clásico versus Diagnosis Relacional*

	DIAGNÓSTICO CLÁSICO	DIAGNOSIS RELACIONAL
Objeto	La enfermedad Clasificación de un síndrome o cuadro psicológico	La persona en su globalidad en todas sus dimensiones
¿Qué destaca?	Lo patológico	Los recursos creativos y adaptativos del sujeto en contextos problemáticos
¿A quién empodera?	Al terapeuta Experto en la solución	Al cliente (Sintonía rítmica, un paso por detrás del cliente)
	Establecido unilateralmente	Co-creado
Enfoque	En las manifestaciones o síntomas presentes	Mirada evolutiva, procesual
Metodología	Interpretación Clasifica clichés en categorías generales	Indagación Cuenta una historia descriptiva y personalizada
Tipo de Procedimiento y Tratamiento	Ofrece procedimientos <i>standares</i> para cada diagnóstico Soluciones y recetas externas	Proceso no <i>standard</i> . Terapia relacional: dos personas uniendo sus personalidades para co-crear un proceso de sanación interna, desde una relación de pleno contacto

Diagnóstico Relacional Integrativo en Acción

El marco teórico de la Psicoterapia Relacional Integrativa sirve de guía, a modo de mapa conceptual, desde donde moverse a la hora de hacer psicoterapia.

El diagnóstico, desde este modelo, se podría definir como Diagnóstico Relacional y se caracteriza, por ser un proceso de evaluación de la personalidad y del sistema de afrontamiento y adaptación de una persona, para identificar pautas de funcionamiento (afectivo, cognitivo, fisiológico y conductual) y patrones relacionales inconscientes, a veces disfuncionales, fijados en etapas evolutivas en que tuvieron lugar rupturas de contacto con personas significativas, que subyacen al motivo de consulta que la persona trae consigo con la finalidad de alcanzar un objetivo.

Es un proceso de evaluación dinámico, que se desarrolla a lo largo de todo el proceso terapéutico, a modo de diferentes aproximaciones cada vez más precisas, en la medida en que se va recopilando información y confirmando o descartando hipótesis en el marco de la relación co-creada entre psicoterapeuta y cliente.

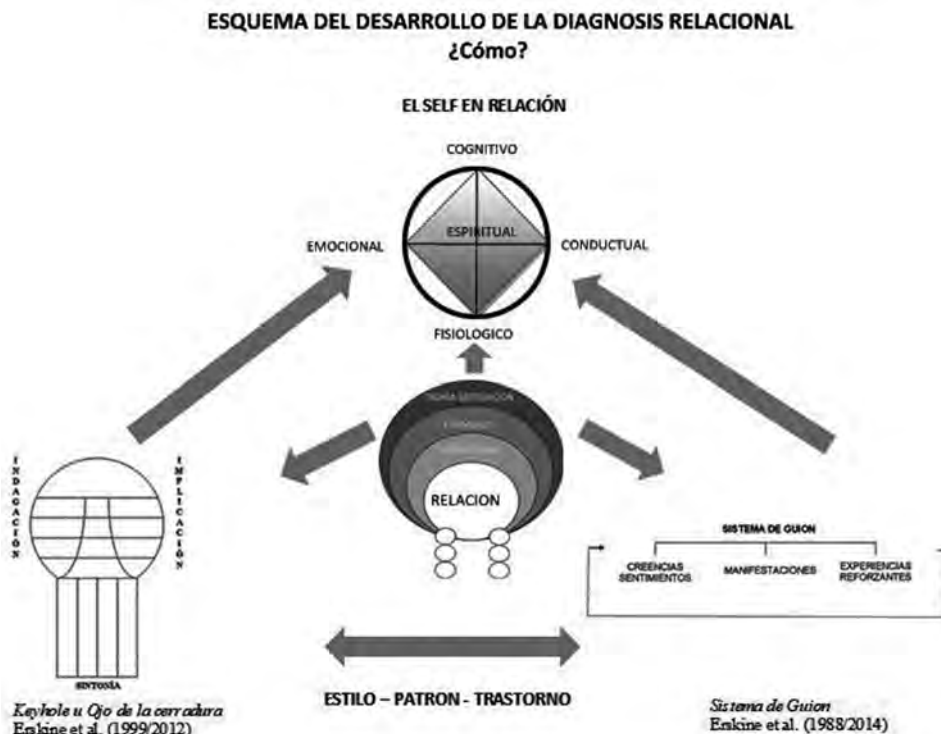
Por lo tanto, de la misma manera que se diferencia entre un contrato inicial y contratos de proceso, también se puede distinguir entre un diagnóstico inicial, que es con frecuencia a lo que se refieren en la literatura cuando hablan de hacer un diagnóstico, y diagnóstico de proceso.

Se trata de un proceso de recogida de información en la relación, a través de la indagación sintónica en la que el terapeuta va a seguir al cliente, va ir por detrás de la persona, respetando su ritmo, para que vaya descubriendo y dándose cuenta por sí misma, de la información que va emergiendo a través de las indagaciones del terapeuta. En algún momento tal vez se le ofrezca un resumen recopilatorio, una devolución de la información, que ha ido surgiendo, para facilitarle una visión de conjunto o para subrayar lo que han ido descubriendo en diferentes sesiones y que eso le sirva para seguir avanzando. Entonces, de alguna manera, se combinan contrato y diagnóstico de proceso, con tratamiento.

Tomando como referencia los diferentes esquemas elaborados por representantes de la Psicoterapia Relacional Integrativa, para explicar las teorías de la personalidad y los métodos desde esta corriente, y el *continuum* entre Estilo – Patrón – Trastorno /Desorden (que aporta la diferencia entre normalidad y trastorno, fundamentada en nociones cuantitativas más que cualitativas) se irán recopilando los datos para realizar el psicodiagnóstico del cliente (figura 1).

Así pues, cuando alguien viene a consulta, el terapeuta empieza a establecer una relación en la que se compromete con el bienestar del cliente, escuchando lo que éste desea y necesita del terapeuta y de la relación. Y comienza la evaluación (desde las primeras impresiones, incluso desde la primera toma de contacto antes de venir), con la intención de entender al cliente e identificar los “asuntos clave” (Clarkson, 1992, citada en Mazzetti, 2012) que necesita y/o desea trabajar, para finalmente valorar si puede ofrecerle ayuda y en qué modo.

La relación co-creada va a ser la base desde la que hará la diagnosis, con la información que progresivamente vaya facilitando y facilitándose, tomando

Figura 1. Desarrollo de la Diagnósis Relacional

conciencia el cliente, a medida que se va estableciendo la alianza terapéutica, la seguridad y confianza necesaria para que la persona se atreva a enfrentarse a sus miedos, dificultades y explorar aspectos de sí que, por alguna razón, mantiene fuera de la consciencia. Es decir, crear una relación terapéutica lo suficientemente confiable y segura para poder acompañar a la persona cogida de la mano, a esos lugares oscuros que forman parte de su historia.

Gracias a esta dinámica de interacción intersubjetiva, co-creada y única con cada cliente, éste va a ir ampliando su autoconocimiento en todas sus dimensiones (esquema del *self* en relación, figura 1) fisiológica, afectiva, cognitiva, conductual y espiritual y, el terapeuta tomará nota de la calidad del contacto y el tipo de apego que presenta. Lo cual le va a permitir ir haciendo hipótesis que, en su momento, irá corroborando o descartando.

Describirá el efecto en el presente, a nivel interno y externo, de las experiencias traumáticas (tanto agudas como acumulativas), que el cliente ha ido atravesando a lo largo de su vida como consecuencia de fallos relacionales con figuras significativas.

Las autoras prefieren utilizar el término de “impresión diagnóstica”, porque se ofrece al cliente la oportunidad de aceptarlo o no y, sobre todo, entrar en un diálogo con sus matices, contrastes...

El terapeuta, sirviéndose del diagrama del Keyhole (figura 1), utilizará los

diversos tipos de indagación para facilitar al cliente su autoconocimiento y la integración de los aspectos escindidos de sí, a la vez que va conociéndole como objetivo secundario.

En este punto describirá:

- a) su experiencia fenomenológica (emociones, sensaciones...)
 - b) cómo elabora el sentido de su experiencia vital, que le orientará sobre lo que necesita para construir una narrativa histórica integrada. Así como, el o los contextos iniciales que dieron lugar a la elaboración del guion de vida (origen histórico)
 - c) sus estrategias de afrontamiento (apreciando los recursos disponibles)
 - d) su experiencia de la relación transferencial y la contratransferencia elicitada
- Para guiarse en la indagación, buscará mantenerse en sintonía y prestar atención:
- a) a las necesidades relacionales que presenta en cada momento;
 - b) a su ritmo de elaboración y procesamiento de las experiencias;
 - c) a sus afectos;
 - d) a su forma de dar sentido y crear significados desde su marco de referencia cognitivo;
 - e) a la etapa del desarrollo evolutivo en la que se manifiesta en cada momento.

El Esquema del Sistema del Guion (figura 1) es otro poderoso elemento de autoconocimiento, al representar la organización inconsciente de la experiencia del sujeto, además de ser una herramienta útil de diagnóstico y tratamiento en el trabajo psicoterapéutico profundo. Provee al terapeuta de comprensión, impresión diagnóstica y le aporta una dirección de tratamiento.

Enfocándose en este esquema, desde las manifestaciones del guion, teniendo en cuenta que en los síntomas está encriptada una historia que tiene un significado y un sentido (tanto en el presente, como en el pasado), intentará llegar a las creencias de guion (sobre sí mismo, sobre los otros y sobre la cualidad de la vida o el mundo) que subyacen a esas manifestaciones y que influyen selectivamente en la forma de percibir, en la manera de dar significado a la experiencia y en los sentimientos generados.

A través del trabajo con las manifestaciones y las creencias de guion puede acceder también a los sentimientos reprimidos y las necesidades no cubiertas, en el tiempo de la formación del guion de vida.

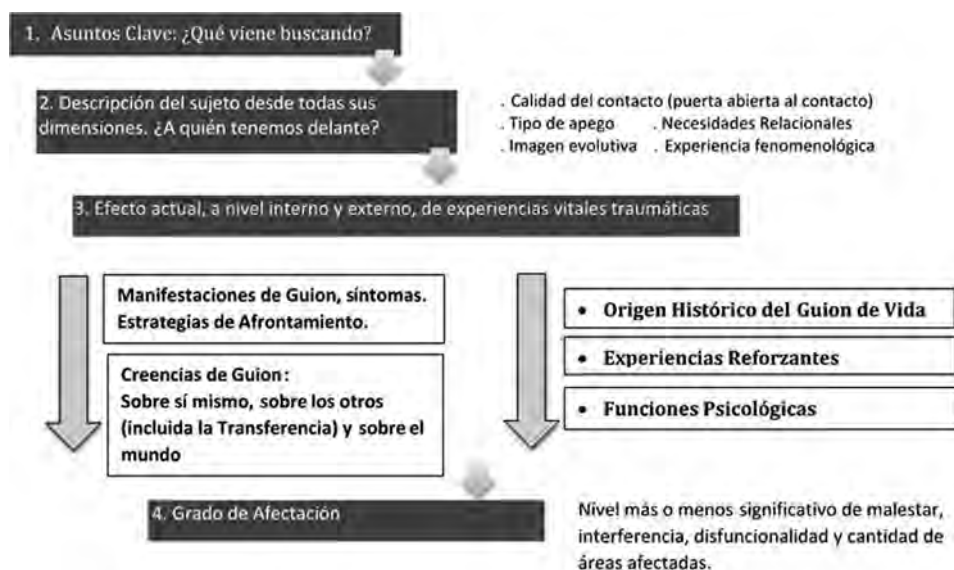
Pero la impresión diagnóstica no será completa hasta no identificar cuáles son las experiencias reforzantes que mantienen activo el guion y resistente al cambio de las creencias, las manifestaciones y los afectos. Especialmente, identificar las funciones psicológicas específicas para este individuo. Finalmente, será relevante considerar el grado de afectación, el nivel más o menos significativo de malestar, interferencia y disfuncionalidad, así como la cantidad de áreas de su vida que se encuentran afectadas.

Y es en esta manera interactiva en que contrato, diagnosis relacional y tratamiento psicoterapéutico, se van entrelazando de forma dinámica, tejiendo un tapiz: el

diagnóstico orienta el plan de tratamiento y, a su vez, cada intervención terapéutica aporta relevante información para refinar el diagnóstico y ajustar el tratamiento, todo ello enmarcado en los límites del contrato terapéutico, que otorga protección y seguridad a ambas partes implicadas.

El objetivo final sería elaborar de forma conjunta con el protagonista, una imagen diagnóstica descriptiva (global) del cliente y su contexto presente y pasado. Este proceso queda representado en la figura 2.

Figura 2. Diagnósis Relacional



Caso Jota

Presentamos a continuación el caso de Jota como ilustración de la diagnosis relacional. Aunque por motivos de espacio no lo haremos de una manera exhaustiva.

Jota es un varón de 47 años. Soltero. Vive solo en la ciudad. Trabaja como funcionario. Es el 3º de 4 hermanos.

Acude a consulta por sus dificultades de relación, especialmente con las mujeres. Presenta diversas quejas y manifestaciones somáticas (insomnio, cistitis recurrentes...). Lleva 10 años en tratamiento psicofarmacológico (ansiolítico y antidepresivo) y terapéutico con un médico-psiquiatra. Relata que no ha conseguido los cambios que él esperaba. “El psiquiatra me dice lo que tengo que hacer, pero no me funciona”. No sabe identificar lo que espera del tratamiento, pero sí manifiesta su anhelo de tener su propia familia. Acordamos, como contrato psicoterapéutico, trabajar juntos enfocados en el objetivo de conocerse y entenderse mejor, comprender el posible significado de sus manifestaciones somáticas, así como sus dificultades de relación para, de ese modo, ser más consciente de sí mismo y de sus relaciones y poder elegir el manejo de las diferentes situaciones.

Información Recogida

En el desarrollo de las sesiones, se observa, la dificultad de Jota en el contacto visual sostenido, y su tensión corporal. Habla de sí mismo en segunda y tercera persona, muestra dificultad para identificar su proceso interno, especialmente, su mundo emocional. Parece abierto al contacto en la dimensión cognitiva. Percibe al terapeuta con ambivalencia, por una parte, espera que se le diga qué tiene que hacer, y por otra, con desconfianza, “yo no creo en estas cosas” refiriéndose a la psicoterapia, con un tono arrogante y desde una postura de superioridad.

Relata una vida solitaria, centrada en el estudio y en su familia de origen. Tiene muy pocas relaciones, que describe con poco contacto interpersonal “yo mantengo las distancias”. Pasa la mayor parte del tiempo en que no está trabajando, centrado en el estudio, y visitando a su familia de origen que vive en otra localidad.

Mientras vamos tejiendo la relación terapéutica, apreciamos que en el relato de su historia falta el recuerdo de interacciones de dependencia con sus cuidadores. en su infancia, niñez y adolescencia. Recuerda un ambiente familiar de mucha tensión y muchos reproches “callados” entre los padres. Tanto el padre como la madre no estaban disponibles emocionalmente, incómodos al contacto físico. Jota no encontraba una respuesta emocional, ni el contacto que necesitaba en ellos. Sólo conseguía sentirse visto cuando presentaba, en casa, el resultado de sus estudios. Sin embargo, justifica y protege a sus progenitores.

En la actualidad, aunque expresa su deseo de relación, devalúa la importancia de las relaciones, mostrándose frío, anticipando el rechazo por parte de los demás, suele enfadarse e indignarse con las personas con las que se relaciona evitando la intimidad. Llena el vacío de soledad con preocupación y fantasías repetitivas. Para calmar el dolor, puede oscilar entre el autoengrandecimiento y la autodevaluación. Teme mostrarse necesitado y vulnerable.

Impresión Diagnóstica

Podemos identificar en Jota las manifestaciones del trauma acumulativo, que tiene su origen en esa falta de unos progenitores disponibles, demasiado inmersos en su propio conflicto e incómodos con el contacto físico, para acompañarlo, calmarlo, ayudarle a identificar su mundo interno de sensaciones y emociones, y poder articularlo en pensamientos, palabras, en acciones, todo ello dentro de una relación sólida y confiable.

Esta falta de contacto no permitió que Jota pudiera cubrir sus necesidades relacionales de seguridad, ser validado, autodefinirse, hacer un impacto en los otros. Y también, llevó a mantener fuera de su conciencia, el enfado, la tristeza, el dolor y la vitalidad, lo que puede conducir a la hipótesis de una posible depresión subyacente.

Como resultado, presenta un patrón de apego inseguro, de tipo evitativo. Un desapego emocional, que cognitivamente justifica con las creencias “estar cerca es peligroso”, “los otros me rechazarán”, “la vida es peligrosa”. Y una

percepción de sí mismo de que “no importo”, “algo está mal en mí”. Creencias que se ven reforzadas por sus fantasías y que condujeron a la decisión temprana de “lo haré solo”.

Asimismo, Jota muestra un patrón obsesivo, con el que llena el vacío y la soledad con preocupación y fantasías repetitivas. Unido a un patrón narcisista, para calmar su dolor emocional, oscilando entre el autoengrandecimiento y la autodevaluación.

Durante el proceso terapéutico, en ocasiones se muestra como un niño de 8 años, con un tipo de pensamiento concreto, que busca ser visto y valorado a través del estudio, y en otras ocasiones, la imagen evolutiva que muestra es de un niño de 2 años aislado y solo, anhelando contacto y calidez.

Jota ha ido desarrollando, en soledad, estrategias de afrontamiento, para manejar todo aquello que le estaba ocurriendo; aprendió a tensar sus músculos para no sentir (retroflexión); a permanecer en aislamiento social evitando la intimidad y las relaciones en general, por temor al rechazo anticipado y a la vulnerabilidad; a desapegarse emocionalmente para no sentir el dolor de no sentirse visto, ni valorado, y manejar también su soledad; y a repetir internamente, esas creencias en relación a sí mismo, los otros y el mundo. Refugiándose en fantasías de ser envidiable, así como fantasías de venganza y castigo a otros.

Como experiencias reforzantes encontramos: falta de relaciones de intimidad. En el trabajo, espera un ascenso y se lo dan a otro compañero. Viejas memorias emocionales: el recuerdo del sentimiento de soledad en brazos de su madre. En la adolescencia, el mensaje de la madre: “cualquier palabra o acción tuya se puede convertir en un daño para ti”; y el mensaje del padre: “calla y piensa sobre lo que pasa”.

Entre las funciones psicológicas de su conducta y sus manifestaciones de guion, observamos el uso del estudio y el aislamiento como una manera de autostabilización, regulación y reparación.

Apreciamos una afectación significativa en el área personal, en la relación consigo mismo y con los demás, que condiciona su día a día, resultando el área profesional la más conservada.

Una vez presentado el caso desde la diagnosis relacional, pasamos a presentar el diagnóstico de Jota desde el diagnóstico clásico, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-5)

Eje I	F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
Eje II	F60.5	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]
	F60.81	Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]
		Frecuente uso de la negación y la idealización
Eje III	Ninguno	
Eje IV	Ninguno	
Eje V	EEAG=55	

Después de la exposición de estos dos procedimientos diagnósticos, podemos

apreciar la diferencia entre el grado de conocimiento de Jota, tanto para sí mismo como para el terapeuta.

Comparativamente, el diagnóstico clásico desde DSM-5 y CIE-10 es más sintético y rápido, mientras que desde la Psicoterapia Relacional Integrativa es más extenso, pero a la vez más descriptivo, personalizado y concreto. Desde el diagnóstico clásico, tenemos una visión muy general de una tipología de personas, con unas características comunes. En la diagnosis relacional, podemos ver a la persona, tenemos esa imagen tridimensional y holográfica del cliente, un cuadro impresionista que nos permite ver a través de las pinceladas, la persona en su conjunto, en acción dinámica y evolutiva, en el contexto en que se desenvuelve.

Conclusión

Como conclusión de este trabajo se define la evaluación clínica como un proceso dinámico y continuo, dado que la persona y sus circunstancias son cambiantes, van evolucionando. El terapeuta se encontrará “evaluando” (recogiendo información, haciendo y contrastando hipótesis...) a lo largo de todo el proceso de tratamiento y de la relación terapéutica.

Contrato, diagnosis relacional y tratamiento psicoterapéutico, se van entrelazando de forma dinámica e interactiva: el diagnóstico orienta el plan de tratamiento y, a su vez, cada intervención terapéutica aporta relevante información para refinar el diagnóstico y ajustar el tratamiento, todo ello enmarcado en los límites del contrato terapéutico, que otorga protección y seguridad a ambas partes implicadas.

El objetivo final sería elaborar de forma conjunta con el protagonista, una imagen diagnóstica descriptiva, global, del cliente y su contexto presente y pasado.

El diagnóstico es inevitable. El interrogante es cómo realizarlo. Y siempre produce un efecto, en la persona que lo recibe, dependiendo del significado que le dé.

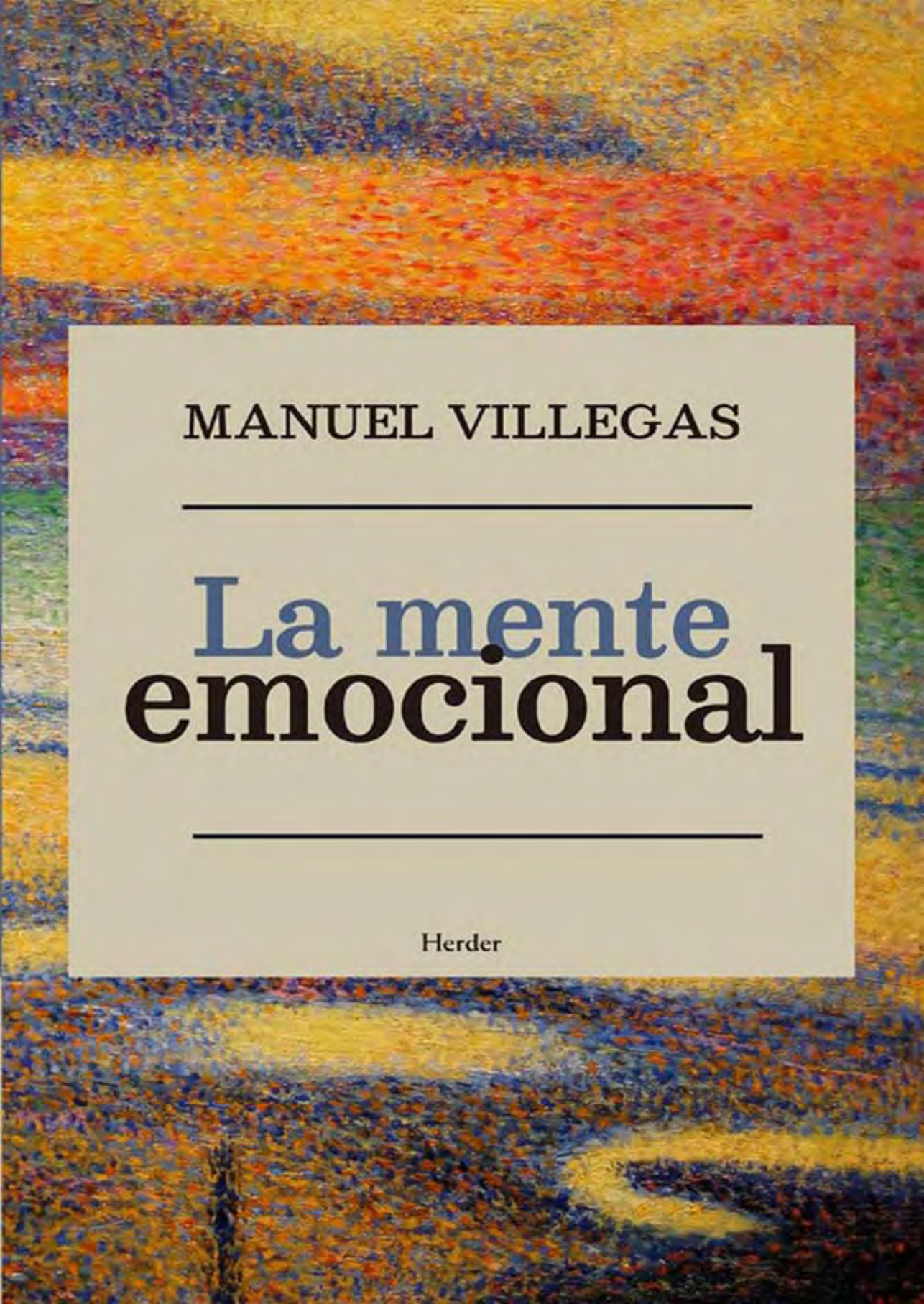
En este artículo se apuesta por la coherencia entre transdiagnóstico, transteoría y transtetodología de la Psicoterapia Relacional Integrativa.

Teniendo en cuenta los principios filosóficos, el psicodiagnóstico en Psicoterapia Relacional Integrativa debiera ser un proceso igualitario, no un acto de poder, enfocado en la globalidad de la persona, con una perspectiva evolutiva, prestando atención a las rupturas del contacto interno y externo y a la cantidad y la cualidad de las relaciones interpersonales que mantiene, de forma orientativa, evitando confundir a la persona con la etiqueta diagnóstica.

Es desde esta perspectiva que podemos ir comprendiendo la personalidad, el sistema de afrontamiento, los patrones relacionales inconscientes y las etapas evolutivas en que se desarrollaron.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5 ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Berne, E. (1974). *¿Qué dice Usted después de decir Hola?* (N. Daurella, Trad.). Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1973)
- Diagnóstico (n.d.). En *Significados.com*. Recuperado el 14 de agosto de 2020 <https://www.significados.com/diagnostico/>
- Erskine, R. G. (1997). *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles [Teorías y métodos del análisis transaccional integrativo: un volumen de artículos seleccionados]*. TA.
- Erskine, R. G. (2010). *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns [Guiones de vida: un análisis transaccional de patrones relacionales inconscientes]*. Karnac Books.
- Erskine, R. G. (febrero 2011). *Trastornos del apego, Patrones Relacionales e Implicación Terapéutica*. [Seminario presencial] Instituto Bios de Psicoterapia Integrativa, Murguía. Álava, España.
- Erskine, R. G. (2015). *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy*. Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez Burgos, Trad.). Karnac Books. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en Acción* (I. Arregui, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación* (N. Mestre, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Erskine, R. G. (septiembre, 2012). *El tratamiento de las personalidades borderlines. El paciente borderline, la confusión temprana del afecto* [Seminario]. Vilanova Barcelona, España.
- Fagan, J. (1973). Las tareas del terapeuta. En J. Fagan y I. Sheperd (Eds.), *Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica* (pp. 93-111). Amorrortu.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. (2012). *Comprendiendo la Psicoterapia de la Gestalt*. Milenio.
- Linares, J. L., Castelló, N. y Colilles, M. (2001). La terapia familiar de las psicosis como un proceso de reconfirmación. *Revista Redes*, 8, 9-29. <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/121/60>
- Livesley, W. J. (2018). Terapia transdiagnóstica y transteórica para el trastorno de personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 89-110. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.249>
- Mazzetti, M. (2012). Supervisione in Analisi Transazionale. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale*, 25(62), 1-24. http://rivista.simpat.org/dett_articolo.php?id_articolo=738
- Mirapeix, C. (2018). Un modelo transdiagnóstico guiado por el Self: Una visión ampliada de la psicoterapia cognitivo analítica. *Revista de Psicoterapia*, 29(100), 111-133. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.250>
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Thomson: Brooks/Cole.
- O'Reilly-Knapp M. y Erskine R. G. (2003). Core concepts of an Integrative Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 168-177. <https://doi.org/10.1177/036215370303300208>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10 ed.). Ministerio de Sanidad de España.
- Pérez Porto, J. y Merino, M. (2014). Rasgo. En *Definición.de*. Recuperado (FECHA) <https://definicion.de/rasgo/>
- Perls, F. (1976). *El enfoque guesáltico. Testimonios de terapia* (F. Huneus, Trad.). Cuatro Vientos. (Trabajo original publicado en 1973)
- Perls, F., Hefferline, R. F. y Goodman P. (2006). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana* (C. Vázquez Bandin, M. C. García de Enterría, Trad.). Sociedad de cultura Valle-Inclán. (Trabajo original publicado en 1994)
- Psicodiagnóstico (15 agosto 2020). En *Wikipedia*. <https://es.wikipedia.org/wiki/Psicodiagn%C3%B3stico>



MANUEL VILLEGAS

La mente
emocional

Herder

LA PERSPECTIVA DE UN TERAPEUTA GESTÁLTICO SOBRE LA INDAGACIÓN TERAPÉUTICA

A GESTALT THERAPIST'S PERSPECTIVE ON THERAPEUTIC INQUIRY

Fermín González Cuellar

Psicólogo especialista en psicología Clínica ANO-02475, en
Centro Sanitario Escuela Sevilla de Terapia Gestalt Jera en Sevilla. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0809-2398>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González-Cuellar, F. (2021). La perspectiva de un terapeuta gestáltico sobre la indagación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 47-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.484>

Resumen

Es de vital importancia que el terapeuta en el proceso de indagación de la historia y la experiencia fenomenológica del cliente muestre interés, respeto, implicación y disponibilidad por y para él/ella. Por ende, el terapeuta ha de evitar las interpretaciones, los juicios y los prejuicios y las confrontaciones críticas sobre las respuestas, formas de ser y estar de la persona. Es un proceso para conocer la historia y a la vez sintonizar con el ritmo, los afectos, los aspectos evolutivos y las necesidades relacionales de la persona. De este modo, se crea un vínculo dotado de seguridad y validación que permite descubrir cómo la persona cimienta el contacto consigo y con los demás. En síntesis, esta actitud llevada con conciencia continua por parte del terapeuta es relevante en el proceso de indagación para que este se convierta en una puerta de entrada a la reparación de daños psicológicos.

Palabras claves: actitud, indagación, terapia gestalt, psicoterapia integrativa, respeto

Abstract

It is of utmost importance that the therapist shows interest, respect, involvement, and availability by and for the client, during the process of inquiry into his/her history and phenomenological experience. Therefore, the therapist has to avoid interpretations, judgments and prejudices, and critical confrontations regarding the person's responses and ways of being. It is a process to get to know the story and at the same time to attune to the client's rhythm, affects, developmental aspects, and relational needs. In this way, a bond endowed with security and validation that allows discovering how the client establishes contact with himself/herself and with others is created. In summary, this attitude taken with an ongoing awareness by the therapist is relevant in the inquiry process so that it becomes a gateway to repair psychological damage.

Keywords: attitude, inquiry, gestalt therapy, integrative psychotherapy, respect



En *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana* los autores describen la vital importancia de la actitud del psicoterapeuta a partir de la cual indaga la historia y la experiencia fenomenológica del cliente (Perls et al., 1951; Rosenfeld, 1978). En el libro *Más allá de la empatía: una terapia de contacto en la relación*, los autores afirman que la indagación terapéutica implica interés, respeto, disponibilidad, apertura para escuchar la historia y la experiencia del cliente sin dar nada por sentado y dejarse impactar (Erskine et al., 1999/2012). Tanto la Terapia Gestalt como la Psicoterapia Integrativa, hacen hincapié en la importancia de la indagación terapéutica (Perls y Baumgardner, 1975; Moursund y Erskine, 2003).

Erskine y sus coautores aplican esta perspectiva filosófica cuando afirman que es necesario evitar interpretaciones, juicios y prejuicios sobre las maneras de comportarse del cliente, sus actitudes y el estilo de contacto interpersonal que aportan a la relación terapéutica. La indagación efectiva incluye la sincronía del terapeuta con su ritmo, la sintonía con su afecto, la comprensión de cómo se desarrollaron y el interés en cómo se relacionan con las personas en su vida (Erskine, 2015). Perls (1969) utilizó la indagación para desafiar las formas fijas de pensar y comportarse de los clientes.

La indagación terapéutica es una puerta de entrada para reparar el daño psicológico de nuestros clientes, daño que puede ser emocional, físico, o en cómo se valoran a sí mismos. El terapeuta se convierte en una persona importante en el proceso terapéutico porque la actitud que mantiene durante su comunicación interpersonal tiene una influencia significativa en el resultado de la psicoterapia del cliente (Erskine, 2013).

El verbo “inquirir” proviene del latín y se utiliza para nombrar la intención de saber algo a través de la investigación o de las preguntas (Pérez Porto y Gardey, 2019). En el contexto terapéutico, la indagación trata de ir más allá de conocer algo; trata de conocer a alguien de una manera interpersonal profunda, una búsqueda de lo que le sucede internamente así de cómo lo vivencia y lo expresa. La indagación terapéutica implica aprender sobre la otra persona, llegar a conocer realmente su narrativa personal, tanto explícita como implícitamente. Es una forma de hacer preguntas basadas en un interés genuino en la otra persona, un interés libre de prejuicios, suposiciones y críticas.

En relación a las aportaciones de Perls (1944, 1969, 1973), se describen los objetivos de la Terapia Gestalt que ilustra cómo la indagación terapéutica ayuda a enfocar la conciencia del cliente en el proceso de descubrirse a sí mismo mientras que, al mismo tiempo, el terapeuta trata de conocer la historia de vida y la situación actual del cliente. Cuando se utiliza la indagación terapéutica la intención es sentir al otro, conocerlo plenamente sin avergonzarlo o retraumatizarlo y, además, explorar los procesos cognitivos, emocionales, corporales y conductuales del cliente y llevarlos plenamente a su conciencia.

Erskine (2021), describe cómo la indagación es una vía de entrada a la participación interpersonal y a la sintonía con el otro. No sólo estimula al cliente, sino

que también desarrolla la creatividad, la espontaneidad y la sana curiosidad del terapeuta para conocer y comprender al otro. La indagación terapéutica es un arte de sutileza y cuidado del terapeuta hacia el cliente desarrollando una comunicación terapéutica efectiva. Es nuestra tarea profesional entender el aprendizaje de las perspectivas únicas de los clientes, para sentir sus emociones, y responder a las dificultades del cliente a medida que se van presentando en la relación terapéutica.

Yontef (1993/1995), un muy respetado terapeuta gestáltico, señala que la indagación es “un arte basado en el darse cuenta fenomenológico, en el contacto dialógico dentro del modelo relacional Yo-Tú, donde no hay presión para que renuncien a su realidad” (p. 221). Para muchas personas es una experiencia nueva y única y cuando se respetan sus respuestas, sin dudar o cuestionarlas, el proceso de indagación refleja un interés auténtico, libre de prejuicios, validando el proceso de introspección de nuestro cliente. En resumen, la indagación terapéutica implica una apertura a conocer a las personas por lo que son y por la historia personal que aportan a nuestras sesiones de terapia; implica también, ayudarles a descubrir las funciones psicológicas de sus sensaciones, sentimientos, pensamientos y comportamientos corporales (Erskine, 2015; Yontef, 1993/1995; Zinker, 1978).

Finalidades de la Indagación Terapéutica

Conocer y comprender plenamente a nuestros clientes lleva un tiempo considerable. Hay que crear un clima de respeto y confianza para que ellos tomen conciencia de quiénes son y cómo se manejan y eventualmente asumir la responsabilidad de lo que él o ella piensa y cómo actúa (Fagan y Shepherd, 1970; Perls, 1969). Además, la indagación del terapeuta debe ser:

Empática con la experiencia subjetiva del cliente para ser eficaz en el descubrimiento y la revelación de los fenómenos internos (sensaciones físicas, sentimientos, pensamientos, significados, creencias, decisiones, esperanzas y recuerdos) y en el descubrimiento de las interrupciones internas y externas del contacto (Erskine et al., 1999/2012, p. 56).

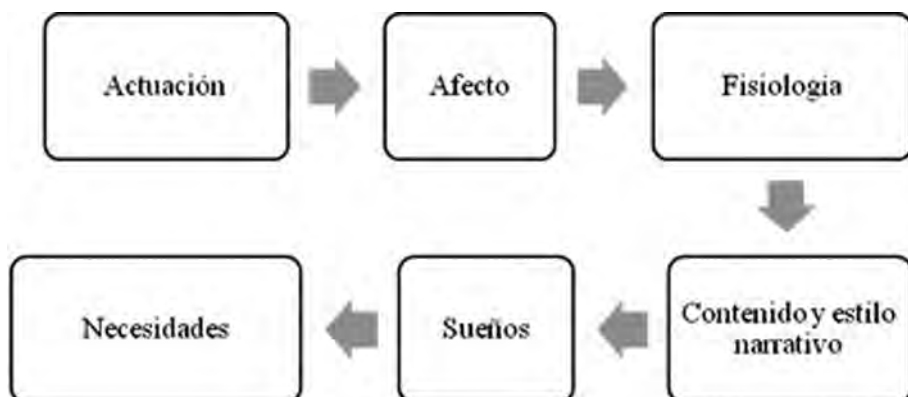
Estas mismas ideas se repiten en el escrito de Hycner y Jacobs (1995) sobre las condiciones necesarias para crear una relación curativa en la Terapia Gestalt.

Es esencial que la indagación atienda a las necesidades relacionales de los clientes y si sus diversas necesidades han recibido respuestas adecuadas o no (Erskine, 2004). Hay que enfocar tanto las necesidades del aquí y ahora, como las necesidades relacionales que no fueron satisfechas debido a la negligencia acumulada o a los traumas en la infancia del cliente. Yontef (1993/1995) lo dice de esta manera: “la indagación tiene que dirigirse hacia el cliente que la experimenta como un proceso de atención a sus necesidades relacionales, a la necesidad dominante; la conciencia (si la persona no sabe lo que necesita, la conciencia pierde significado)” (p. 171).

La relación terapéutica en sí misma puede generar conciencia de los procesos internos en los que surgen las necesidades relacionales, y se expresan a través del proceso de diálogo Yo-Tú (Buber, 1958).

La indagación terapéutica ayuda a revelar la historia inconsciente y los conflictos de desarrollo de los clientes. En la figura 1, se resume cómo visualizo las diversas áreas de indagación: actuación, afecto, fisiología, contenido y estilo narrativo, sueños y necesidades.

Figura 1. Aspectos de la indagación en el cliente. (Adaptado de Erskine, 2015)



Tanto el contenido como el estilo del proceso de respuesta de los clientes revela los conflictos emocionales que hay en su vida, tales como: abandono emocional, abuso, miedo, preocupaciones, ira, desesperación y tensiones corporales. En el proceso se enfoca continuamente las experiencias sensoriales y motoras de los clientes, como la forma en que respiran, tensan sus músculos y mantienen su postura. Se presta mucha atención a los sueños y fantasías del cliente porque a menudo revelan cómo el cliente se define a sí mismo, lo que anticipa de los demás y cómo se imagina su calidad de vida. Y se presta atención a la forma en que el cliente mantiene o interrumpe el contacto tanto interno como externo (Perls et al., 1951).

Se abre un camino para que la persona descubra los aspectos ocultos de sí mismo, aspectos importantes de sí mismo que no han sido desarrollados. A través de una indagación respetuosa que incluye el reconocimiento, la validación y la normalización, los clientes son cada vez más capaces de descubrirse a sí mismos.

En resumen, la indagación terapéutica efectiva se basa en la capacidad del terapeuta de expresar respeto, honestidad, sintonía, validación e implicación: estos son algunos de los factores centrales que crean una relación de curación (Erskine, 2021).

Características de la Indagación

La indagación terapéutica tiene varios niveles: fenomenológico, histórico, estrategias de adaptación y el valor del yo. En los comienzos de la psicoterapia con un cliente es conveniente entretejer la indagación fenomenológica con la histórica mientras se observa las interrupciones del cliente en el contacto interno o externo,

que revelan las estrategias adaptativas del cliente y la historia inconsciente que se revela en la transferencia con el psicoterapeuta.

Yontef (1993/1995) enfatiza que cada cliente necesita ser escuchado, reconocido y que su experiencia fenomenológica sea respetada. Esto requiere que el psicoterapeuta confíe y respete las experiencias emergentes y las necesidades relacionales de los clientes. Erskine está de acuerdo con la perspectiva de Yontef que define la indagación fenomenológica como una “indagación del aquí y ahora de la experiencia interna del cliente” (2015, p. 29). Esta pues, requiere que uno se sintonice con los ritmos de los clientes y que permanezca sensible a ellos.

La indagación fenomenológica incluye hacer preguntas a los clientes sobre las siguientes áreas de experiencia interna:

- a) Sensaciones físicas y reacciones corporales.
- b) Afectiva: conciencia de los afectos y como el cliente los expresa.
- c) Cognitivo: recuerdos explícitos, conclusiones, decisiones, significados, expectativas, esperanzas, fantasías y deseos.
- d) Necesidades: satisfacción o no satisfacción de las necesidades relacionales.
- e) Comportamiento: comportamientos aceptados o comportamientos evitados.
- f) Relacional: la calidad del contacto interpersonal; la capacidad de ser auténtica y plenamente presente. (Adaptado de Erskine et al., 1999/2012, pp. 76-84)

La indagación histórica es una investigación de los eventos claves del pasado del cliente que pueden haber formado su personalidad. Incluye un enfoque en las interrupciones o satisfacciones relacionales que pueden haber ocurrido en varias edades. Y a menudo, se transforma en una exploración sobre cómo el niño se las arregló para estabilizar y regular su afecto, de cómo enfrentó los factores estresantes en su vida, las fantasías, deseos y repulsiones de la infancia de los clientes; y las necesidades relacionales que pueden o no haber sido satisfechas.

También incluye preguntas de: quién, qué, cuándo, dónde y por qué. Estas son preguntas de hecho, diferentes a las que se utilizan en la indagación fenomenológica que es sobre la experiencia interna de los clientes, de sus sensaciones corporales, afectos, fantasías, recuerdos y pensamientos. Cuando preguntamos sobre cómo un niño puede haber enfrentado las alteraciones relacionales, a menudo entrelazamos preguntas factuales sobre su historia con otras fenomenológicas sobre sus experiencias subjetivas.

La historia del cliente se revela a menudo tanto en la transferencia como en la contratransferencia del psicoterapeuta. Por ejemplo, un posible deseo de rescate, irritación o aburrimiento, o el deseo de criticar puede ser una reacción contratransferencial a las historias inconscientes de los clientes sobre las alteraciones relacionales en sus vidas. Utilizando sus reacciones internas, el terapeuta puede tomar estas reacciones contratransferenciales y convertirlas en una serie de indagaciones fenomenológicas que ayuden al cliente a descubrir su historia relacional.

La indagación efectiva implica sintonizarnos con el ritmo de los clientes

(Moursund y Erskine, 2003). Una metáfora que describe la sintonía rítmica necesaria que acompaña a la indagación está en la historia del remolcador y el barco. Un remolcador está unido a un gran barco para guiarlo hasta el puerto y atracar de forma segura. Un atraque seguro requiere que el capitán del remolcador sienta el ritmo del barco, el flujo de las corrientes y los ajustes necesarios en el movimiento a medida que el barco se desliza hacia un lugar seguro. De manera similar, el ritmo del psicoterapeuta, los tonos de voz, la consistencia y la fiabilidad, son aspectos importantes de la indagación efectiva que guía al cliente hacia el autodescubrimiento. El silencio también puede ser parte del ritmo de la indagación al proporcionar el tiempo para la introspección del cliente. Y la mirada apreciativa que refuerza la indagación y el acceso a las partes profundas e íntimas donde se muestra la verdad de la persona, su historia sin censura. Si la indagación es agresiva en términos de tono, palabras, posturas corporales o mirada inquisitiva, el cliente puede reaccionar huyendo, atacando o adormeciéndose.

Recorrido Experiencial

Este artículo está basado en mi experiencia profesional de muchos años como psicoterapeuta. Representa mi interés en el concepto de indagación terapéutica y en cómo podemos implementar estas ideas en varios escenarios como la psicoterapia individual, la psicoterapia de grupo, o las sesiones de procesos de grandes grupos relacionales. Descubrí que la indagación terapéutica no es sólo sobre mis clientes, sino que también se aplica a mí mismo. Hay momentos en los que debo hacerme preguntas sobre mi contratransferencia. Por ejemplo: “¿Qué está pasando dentro de mí que no me concentro en lo que mi cliente está diciendo?”; “¿Qué quiero que el cliente piense de mí?”; o, “¿Cuáles son mis expectativas y necesidades relacionales?”. Me hago este tipo de preguntas por respeto, interés e implicación con el proceso terapéutico. Me recuerda a Perls diciendo, “la otra persona no está ahí para satisfacer mis expectativas” (citado por Peñarrubia, 1998, p. 165).

Para algunos clientes la indagación puede resultar incómoda, en particular si tienen un historial de haber sido definido por otros o haber sido objeto de burlas, acusaciones o interrogatorios. Vienen a la terapia anticipando que tal desatención relacional vuelva a ocurrir, y responden con vergüenza y pueden censurarse aquello que tienen por decir. Es en momentos como este que necesitamos practicar el arte de la psicoterapia, un arte relacional basado en una filosofía que honra las experiencias afectivas de los clientes, que encuentra sentido en las fantasías y expectativas de los clientes, y una actitud que es la comprensión de los conflictos internos de los clientes en lugar de ver al cliente como patológico (Erskine, 2013).

En algunas ocasiones, los clientes han mostrado síntomas o me han contado historias que me han confundido o perturbado. Mi experiencia reactiva a menudo ha reflejado los intentos de los clientes de distraerse del contacto interno con los sentimientos y recuerdos; son un tipo de “desviación” (Polster y Polster, 1973, p. 89-92), “estrategias de afrontamiento para situaciones conflictivas y generadoras

de estrés” (Macías et al., 2013, p. 125).

Encuentro que algunos clientes responden a mis preguntas sobre su historia o proceso interno con un inmediato “no sé”. Según el cliente, se puede escuchar el “no sé” como si tuviera una variedad de significados: la frase puede transmitir una sensación abrumadora de vergüenza, puede significar que no tienen las palabras para expresar sus sensaciones, las palabras pueden significar que no tienen curiosidad por descubrir su propia experiencia interna, puede significar que no pueden traducir un recuerdo implícito a uno explícito; o estas palabras pueden transmitir una expresión de desesperanza o ira.

Los clientes usan otras palabras que expresan una variedad similar de significados: “¿Por qué?”; “¿Para qué?”; o “es inútil”. He encontrado que estas frases son, a menudo, una expresión inconsciente de una creencia fundamental “Algo está mal en mí”, la creencia que es central para la experiencia de la vergüenza (Erskine, 1995). Estas frases interrumpen el contacto interpersonal, pero su propósito es mitigar la incomodidad interna, para evitar el dolor y la ira. Estas interrupciones del contacto interno proporcionan un alivio temporal; reducen la conciencia y la angustia del trauma o el abandono acumulado.

Perls (1969) describió la importancia de indagar cómo se recrean repetidamente viejos recuerdos de experiencias humillantes para mantener la homeostasis con las creencias de guión y la negación de las necesidades y sentimientos originales, tal y como recoge Erskine, (2015). Para ello el niño olvida, se desconecta de su sensación interna y busca ajustarse a las necesidades de su cuidador. Esta acomodación genera conclusiones basadas en experiencias que servirán para distraer a la persona de la memoria implícita de soledad, vacío y desajuste que puede haber experimentado.

Van der Kolk (2014/2015) describe su propio descubrimiento de lo doloroso que puede ser enfrentarse a la realidad del trauma relacional. En el mismo trabajo cuenta como su gran maestro Elvin Semrad enseñaba que “la mayor parte de nuestro propio sufrimiento son las mentiras que nos decimos a nosotros mismos” (citado en Van der Kolk, 2014/2015, p. 28). Incluso con una indagación respetuosa, los clientes tienden inconscientemente a engañarse a sí mismos, temen sentir el dolor y evitan hablar de su experiencia real. En consecuencia, hay muchas personas que, sin darse cuenta, se mienten a sí mismas, se cuentan a sí mismas un mito y luego le cuentan esa misma historia al terapeuta. Si el terapeuta desapueba su propia vergüenza o dolor, no es probable que preste una atención seria a la angustia interna de los clientes. En situaciones como ésta, es más útil centrarse en las sensaciones corporales del cliente y luego en su afecto, que en los detalles de su historia.

Una indagación dirigida a que el cliente descubra sus sensaciones corporales debe estar basada en una seguridad terapéutica sutil que se dirija al nivel físico y emocional. A menudo, es adecuado animar al cliente a entrar y salir de su experiencia emocional intensa con un proceso terapéutico de apoyo, para que experimente un contacto emocional intenso durante un breve período de tiempo, y luego salga de nuevo con una sensación de confianza en que puede manejar la intensidad de sus

emociones (Erskine y Mauriz-Etxabe, 2016). Se acompaña al cliente a manejar la intensidad de sus recuerdos llenos de afecto, y al mismo tiempo, a recuperar la información sensorial que existía en su cuerpo como resultado de un trauma o negligencias acumulativas. En este sentido, Erskine (2015) justifica la responsabilidad del terapeuta de centrarse en los procesos corporales, las retroflexiones, las reacciones fisiológicas de supervivencia y las estrategias de afrontamiento en la primera infancia (parálisis, agitación, retraimiento relacional).

Algunos clientes confían en su capacidad cognitiva para manejar su experiencia interior, están llenos de ideas o grandes planes como una desviación de sus memorias llenas de afecto. Estos clientes requieren mucha paciencia y una cuidadosa atención a cómo estas historias pueden ser metáforas para expresar el desánimo, la vergüenza o la soledad no expresadas. En resumen, la decodificación de las experiencias internas de nuestros clientes se logra a través de la indagación de la experiencia fenomenológica del cliente y de la formación de una narrativa histórica, lo que le ofrece la oportunidad de experimentarse así mismo de una manera nueva.

Limitaciones de la Indagación

A lo largo de la historia de la psicoterapia hay varios autores que afirman la importancia de la indagación en el proceso terapéutico. En general, están de acuerdo en que el vínculo, la confianza y las posibilidades de que el cliente pueda mejorar su calidad de vida se fomentan durante la misma, si esta se hace con respeto y sintonía con el afecto y el ritmo del cliente. Me pregunto si una de las limitaciones de la indagación se expresa en el siguiente poema:

No voy a la terapia para saber si soy raro.

Voy y encuentro una respuesta cada semana.

Y cuando hablo de terapia, sé lo que la gente piensa.

Que te vuelves egoísta y te enamoras de tu psicólogo.

Pero oh cómo amé a todos los demás cuando finalmente

Logré hablar tanto de mí mismo. (Van der Kolk, 2015, p. 229)

En la tabla 1, se presentan respuestas en la delimitación de obstáculos o barreras por parte del terapeuta que dificultan la indagación, impidiendo la escucha activa y el desarrollo del vínculo. Sin embargo, las respuestas 9 y 10 pueden ser nutritivas, ya que el terapeuta puede simpatizar, confirmar, consolar..., como forma de responder a las necesidades relacionales tanto arcaicas transferencialmente proyectadas sobre él/ella, como actuales. Y también hacer uso de la técnica de la indagación interpretativa o uso de la inferencia para ayudar a construir la narrativa del cliente.

Tabla 1. *Respuestas obstaculizadoras del Proceso de Indagación (adaptado de Gordon, 1970; citado por García, 2018, p. 24)*

Respuestas	Explicación
1	Ordenar, dirigir, o encargar.
2	Alertar o amenazar
3	Dar consejo, realizar sugerencias, o sugerir soluciones.
4	Persuadir con lógica, discusión, o enseñanza
5	Moralizar, sermonear, o decir a los pacientes lo que «deberían» hacer.
6	Estar en desacuerdo, juzgar, criticar, o culpabilizar.
7	Estar de acuerdo, aprobar, o rogar.
8	Culpabilizar, ridiculizar, o etiquetar.
9	Interpretar o analizar.
10	Reafirmar, simpatizar, o consolar.
11	Cuestionar o poner a prueba.
12	Retirarse, distraerse, hacer broma, o cambiar de tema.

Cuando la indagación terapéutica se hace en un tono de voz áspero o en un estilo de confrontación agresivo, las preguntas pueden ser recibidas por el oyente como crítica y avergonzante. Al ocurrir este hecho, la persona le da a exploración del psicoterapeuta un significado diferente al deseado. Por ejemplo, el cliente puede sentir vergüenza e interpretar la pregunta en el sentido de “no sabes”; “estás equivocado”; “deberías haberlo entendido tú mismo”. En muchas situaciones el cliente se siente avergonzado e incapaz de responder. En otras situaciones, el cliente puede repetir las diversas formas de hacer frente a la interrupción de las relaciones que aprendió en la infancia, como dar una respuesta superficial, endurecer su cuerpo o enfadarse en silencio. En otros momentos, interpretar los hechos que nos narran o hacer señalamientos o preguntas que despiertan la desconfianza pueden invalidar el darse cuenta original. Es importante que el cliente sea capaz de expresar lo que piensa y siente en esos momentos.

La indagación relacional se hace necesaria cuando hay una interrupción de contacto entre el cliente y el psicoterapeuta. La indagación relacional se compone de preguntas respetuosas sobre cómo el cliente experimenta la actitud, el comportamiento o las reacciones emocionales del psicoterapeuta. Estas preguntas son sobre el tono de voz, la velocidad y las diversas implicaciones que el cliente imagina mientras escucha la indagación. Es importante que facilitemos la capacidad del cliente para hablar sobre cualquier impacto que tengamos en él. La investigación relacional es sobre “tú y yo... y cómo nos relacionamos entre nosotros”. Se trata de

nuestra interacción interpersonal. Como psicoterapeutas tenemos que preguntarnos a menudo “¿Cuál es el efecto de mi afecto y comportamiento en mi cliente?” (Erskine, 1995). A menudo aspectos significativos de la psicoterapia de un cliente surgen de una indagación relacional. Esta forma de diálogo nos lleva a asumir la responsabilidad de hacernos cargo de las posibles rupturas en la relación terapéutica.

Conclusiones

A lo largo de este artículo he descrito algunos de los aspectos de la indagación terapéutica que han sido importantes en mi trabajo como psicoterapeuta de orientación gestáltica y en psicoterapia relacional integrativa.

La indagación, en el proceso terapéutico, es un proceso flexible que requiere un ritmo único con cada cliente. Es necesario hacer nuestra indagación respetando la historia particular del cliente, en lugar de someterlo a la imposición de teorías psicológicas. Este proceso debe adaptarse a las necesidades del cliente.

La indagación terapéutica abre, para el cliente, posibilidades de experimentación que no han sido contempladas antes; y a medida que avanza, la conciencia y la espontaneidad se amplían en el cliente. Parte de la tarea, es utilizarla para apoyar el proceso y la creación del vínculo terapéutico entre el cliente y el psicoterapeuta. De esta manera, se convierte en una forma de aprender y entender los procesos intrapsíquicos e interpersonales del cliente. Este aprendizaje permite al terapeuta investigar el presente, lo que está sucediendo en el aquí y ahora, así como lo que ha ocurrido en la infancia del cliente y cómo se enfrentó a las diversas rupturas y traumas relacionales.

Al indagar en las historias de vida de cada uno de nosotros, encontramos recuerdos del pasado, que contienen mucha información, información registrada en el cuerpo, en el plano emocional, en la memoria cognitiva y en la forma en que nos comportamos. Estos recuerdos se construyen sobre la base de experiencias vividas de manera significativa para el niño. Cuando estas experiencias, son repetitivas o forman parte de una experiencia impactante o traumática, generan en el niño conclusiones sobre sí mismo, sobre los demás y sobre la vida. Conclusiones como “nadie me escucha”, “no les gusto” o “soy inútil” se convierten en decisiones como “no voy a hablar”, “no voy a amar a nadie” o “no estoy involucrado en lo que estoy viviendo”. Saber esto, facilita la comprensión, la ternura y la compasión hacia el cliente.

Hasta cierto punto, “la indagación comienza con la suposición de que el terapeuta no sabe nada sobre la experiencia del cliente y por lo tanto debe esforzarse continuamente por comprender el significado subjetivo de su comportamiento y proceso intrapsíquico” (Erskine, 2015, p. 17). En el mismo sentido, el terapeuta debe estar interesado en descubrir el sentimiento, el pensamiento y la actuación de su cliente a través de preguntas que estimulen la reflexión y el contacto del cliente. Una actitud de respeto, interés e implicación, como principales valores para y por nuestro cliente, anima al cliente a que las experiencias y necesidades insatisfechas,

que en su momento se ocultaron, vuelvan a tener una base para poder llevarlas, otra vez, a su conciencia. La estimulación de los procesos cognitivos negados en base a recuerdos, sueños e ilusiones, entre otros, hace que recuperen el valor que tuvieron en su día y que probablemente se olvidaron o se convirtieron en indiferentes.

A modo de cierre de este artículo, subrayamos que el trabajo de la indagación terapéutica desde la bondad, la honestidad, el interés por la persona, la afectividad y otros valores que ofrecen seguridad, validación y protección brindan al cliente la oportunidad de alcanzar un estado de bienestar emocional y psicológico.

Referencias

- Buber, M. (1958). *I and Thou* [Yo y Tú]. Scribner's.
- Erskine, R. G. (1995). A Gestalt therapy approach to shame and self-righteousness: Theory and methods [Un enfoque de la terapia Gestalt para la vergüenza y la justicia propia: teoría y métodos]. *British Gestalt Journal*, 4(2), 107-117.
- Erskine, R. G. (2004). Necesidades Relacionales. *Instituto de Psicoterapia Integrativa*. <https://www.integrative-therapy.com/es/articles.php?id=21>
- Erskine, R. G. (2013). Vulnerability, authenticity, and inter-subjective contact: Philosophical principles of integrative psychotherapy [Vulnerabilidad, autenticidad y contacto intersubjetivo: Principios filosóficos de la psicoterapia integrativa]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4(2), 1-9. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/78>
- Erskine, R. G. (2015). *Relational patterns, therapeutic presence: Concepts and practice of integrative psychotherapy* [Patrones relacionales, presencia terapéutica: Práctica y conceptos de la psicoterapia integrativa]. Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2021). *A healing relationship: Commentary of therapeutic dialogues* [Una relación sanadora: Comentario de diálogos terapéuticos] [material no publicado]. Phoenix Publishing House.
- Erskine, R. G. y Mauriz-Etxabe, A. (2016). Inference, re-experiencing, and regression: psychotherapy of Childegos states [Inferencia, re-experimentación y regresión: Psicoterapia de los estados de ego del niño]. En R. G. Erskine (Ed.), *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy* (pp. 139- 159). Karnac Books.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía* (N. Mestre, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Fagan, J. y Shepherd, I. L. (1970). *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications* [Terapia Gestalt ahora: teoría, técnicas y aplicaciones]. Science & Behavior Books.
- García, A. (Anfitrión). (2018-presente). *Los 12 obstáculos de Thomas Gordon* [Podcast]. <https://alexgarcia.eu/podcast/los-12-obstaculos-de-thomas-gordon/>
- Hycner, R. y Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy* [La relación curativa en terapia Gestalt]. The Gestalt Journal Press.
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Moursund, J. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship* [Psicoterapia integrativa: El arte y la ciencia de la relación]. Brooks/Cole.
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.
- Pérez Porto, J. y Gardey, A. (2019). Indagar. En *Definición.de*. Recuperado el 22 de agosto de 2020. <https://definicion.de/indagar/#:~:text=Indagar%20es%20un%20verbo%20que,una%20investigaci%C3%B3n%20o%20mediante%20preguntas.>
- Perls, F. (1944). *Ego, hunger and aggression: A revision of Freud's theory and Method* [Ego, hambre y agresión: una revisión de la teoría y el método de Freud]. The Knox Publishing Co.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy Verbatim* [Terapia de la Gestalt palabra por palabra]. Real People Press.
- Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy* [Enfoque de la Gestalt y testimonio ocular de la terapia]. Science and Behaviour Books.
- Perls, F. y Baumgardner, P. (1975). *Gifts from Lake Cowichan: Legacy from Fritz* [Regalos del lago Cowichan: Legado de Fritz]. Science and Behavior Books.

- Perls, F., Hefferline, G. y Goodman, P. (1951). Gestalt therapy [Terapia Gestalt]. *New York*, 64(7), 19-313.
- Polster, E. y Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory and Practice* [Terapia Gestalt integrada: Contornos de la teoría y práctica]. Brunner/Mazel.
- Rosenfeld, E. (1978). An oral history of Gestalt therapy: I. A conversation with Laura Perls [Una historial oral de la terapia Gestalt; I. Una conversación con Laura Perls]. *Gestalt Journal*, 1(1), 8–31.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (M. Foz, Trad.). Eleftheria. (Trabajo original publicado en 2014)
- Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia Gestalt* (E. Olivos, Trad.). Cuatro Vientos. (Trabajo original publicado en 1993)
- Zinker, J. (1978). *Creative Process in Gestalt Therapy* [Proceso creativo en terapia Gestalt]. Knopf Doubleday.

EL PROCESO ESQUIZOIDE A TRAVÉS DE LA MIRADA DE R. ERSKINE: “DIÁLOGOS Y REFLEXIONES”

THE SCHIZOID PROCESS THROUGH R. ERSKINE'S REGARD: “DIALOGUES AND REFLECTIONS”

Amaia Mauriz Etxabe

Bios Instituto de Psicoterapia Integrativa, Bilbao, Bizkaia, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2318-7421>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mauriz-Etxabe, A. (2021). El proceso esquizoide a través de la mirada de R. Erskine: “Diálogos y reflexiones”. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 59-80. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.485>

Resumen

El concepto de Proceso Esquizoide es uno de los más innovadores y complejos de la teoría y práctica de la Psicoterapia Integrativa. Fue desarrollado por el Dr. Erskine (1999, 2020) en su búsqueda por comprender las dificultades emocionales y las perturbaciones adaptativas desde una visión no patologizante. Ofrece una fórmula diagnóstica de los procesos psíquicos que resulta operativa para el tratamiento y el establecimiento del trabajo clínico y aporta una visión que permite acercarnos a la persona que a menudo vive, según palabras de Mary O'Reilly-Knapp (2017), en una “desesperanza tranquila” con una mirada de respeto y profundidad. Nos enseña a escuchar sus fases y, sobre todo, a escuchar las palabras no pronunciadas del silencio (O'Reilly-Knapp, 2001). Este artículo entrelazará extractos de las entrevistas con el Dr. Erskine con viñetas clínicas de mi propia experiencia para resaltar la importancia central de la posición interna de la mirada del o de la psicoterapeuta para el resultado de la psicoterapia.

Palabras Clave: *psicoterapia integrativa, proceso esquizoide, relación terapéutica, métodos relacionales, etapa evolutiva*

Abstract

The concept of Schizoid Process is one of the most complex and new concepts that Integrative Psychotherapy brings to the psychotherapy world. It was developed and described by R. Erskine (1999, 2020) in his way of comprehending and looking to the human being's emotional disturbances from a non-pathological point of view and also from his commitment on establishing a way of diagnosing the psychological processes in a useful way in terms of treatment plans and to organise the different stages of the clinical work. This concept gives us the opportunity to approximate at - what Mary O'Reilly-Knapp (2017) calls “the quiet despair” - with a deep and respectful look. It teaches us to listen its different phases and above anything else, it teaches us how to listen the never verbalised words that are hidden inside the silence (O'Reilly-Knapp, 2001). In this article, we will approximate to this concept through clinical segments from my own experience as psychotherapist, along with some extracts taken from a series of interviews made to Richard Erskine about the topic. We are going to show here the relevance of the psychotherapist way of looking to the client for the result of the psychotherapy.

Keywords: *integrative psychotherapy, schizoid process, therapeutic relationship, relational methods, developmental stages*

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 6 de noviembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: amaiaauriz@gmail.com

Dirección postal: Bios Instituto de Psicoterapia Integrativa, Calle Bertendona nº 1, planta baja derecha, 48008 Bilbao, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



La Psicoterapia Integrativa Relacional está asentada en un amplio bagaje teórico que incluye aspectos centrales de la teoría Gestalt donde la coherencia de fondo y forma es significativa para la transmisión del mensaje a nivel de meta-comunicación; y tomando en consideración tanto el nivel explícito como implícito (Arnheim, 1972; Bateson, 1972/1976; Granit, 1977; Jaynes, 1977; Masters y Houston, 1972; Miller, 1975; Perls, 1942/1975), está también basada en los principios del aprendizaje experiencial (Kolb, 1984). Este artículo, en consecuencia y por razones de coherencia teórica, alternará el uso de la tercera persona con la primera persona del singular. Otro aspecto fundamental en Psicoterapia Integrativa se refiere a la consideración de la relación terapéutica como un espacio relacional co-creado e intersubjetivo donde ambas partes de la ecuación relacional deben tomar responsabilidad explícita en el proceso terapéutico (Guistolise, 1996; Moursund y Erskine, 2003; Yalom, 2001/2002). Se asienta, en definitiva, en una arraigada tradición de la psicología humanista donde el uso del propio self del psicoterapeuta es un aspecto troncal como un elemento central del proceso y donde el denominado “self-disclosure” (García-Monge, 2017; Gimeno-Bayón, 2017) o **la apertura por parte del psicoterapeuta a mostrarse**, es una herramienta esencial del proceso terapéutico. La implicación (Erskine et al., 1999) calibrada y con un objetivo clínico es por tanto un requisito de la acción en psicoterapia tal como puede verse en todo enfoque humanista en general y en la psicoterapia integrativa en particular. Este artículo por tanto respetará estos principios teóricos a través del uso complementario de la primera y la tercera persona del singular en la presentación de los casos y de los planteamientos teóricos expuestos.

El concepto de Proceso Esquizoide es un enfoque único y novedoso que aporta la Psicoterapia Integrativa y que fue desarrollado por el Dr. Erskine en la década de los 90. Resulta esencial para la comprensión y el tratamiento de diversos procesos psicológicos de difícil abordaje y está en la base de algunos desórdenes de la personalidad; está vinculado, además a la experiencia psíquica de la relación que muchas personas mantienen con el mundo que les rodea. La comprensión y tratamiento de los procesos psicológicos de esta índole ha venido abordándose durante años desde el concepto psicoanalítico de resistencia. Fenómenos que habitualmente han sido considerados como una expresión activa de intensos mecanismos de defensa primarios y arcaicos y que han sido catalogados desde un diagnóstico generalista englobado en el amplio paraguas de la depresión como entidad clínica.

Cuando en los años 90 comencé a acudir a los talleres de formación en Psicoterapia Integrativa que impartía el Dr. Erskine en Madrid, me impresionó lo operativo del enfoque para su aplicación a la práctica clínica y también la visión que ofrecía para la psicoterapia individual.

En aquel entonces yo tenía bastantes pacientes y el trabajo con varios de ellos conllevaba un desafío a las habilidades clínicas y métodos que yo había desarrollado en las diversas formaciones previas: el entrenamiento en métodos psicodramáticos, nociones psicoanalíticas combinadas con una formación extensa en Análisis Tran-

saccional: confrontar, interpretar, ilustrar, clarificar, plantear contratos de cambio, el uso de la introspección a través de diversos recursos, etc. En ocasiones, con algunos de estos clientes, la sensación era de estar comprometida con la búsqueda de nuevas formas de abordar lo que les ocurría, con encontrar nuevos métodos y una mirada clínica que asegurase un trabajo más profundo y eficaz para producir un cambio estable más allá de la mejoría que a menudo conseguíamos. Hoy es posible afirmar que lo que buscaba era la cura del guion de vida (Berne, 1966; Erskine, 1999; Perls, citado en Rosenfeld, 1978) y no el cambio y la mejoría.

En particular, recuerdo a una mujer joven, ingeniera de profesión, soltera, muy inteligente y motivada que acudió en busca de psicoterapia por recomendación de un colega que me conocía de algún encuentro profesional previo.

Susana entró en la consulta con una amable sonrisa, bien vestida y con un aire general de discreción que se mostraba tanto en su forma de vestir, como de hablar o incluso de moverse. Expresó su motivación para abordar la psicoterapia y comentó que le animaban dos objetivos fundamentales: el deseo de conocerse más y de “entender algunas cosas que hacía”, así como de afrontar la ansiedad que “se disparaba de más y sin mucha lógica” en diversas situaciones.

Su forma de presentarse y su buena disposición para una psicoterapia sería me suscitaron interés y una reacción espontánea de simpatía.

Comenzamos las sesiones exploratorias y observé con extrañeza que nada de lo que relataba parecía poder explicar ni el origen ni el posible desencadenante de sus frecuentes reacciones de ansiedad, las cuales, a menudo, iban acompañadas de algunos síntomas digestivos y vasovagales. Estos consistían generalmente en algunas molestias estomacales y sensaciones de mareo, que fueron disminuyendo y que pronto remitieron ya en el periodo inicial de la terapia (Cornell, 2019; Damasio, 2010; Nathanson, 1987). Esto me hizo pensar en que quizás de alguna manera, la terapia regular le estaba ofreciendo un espacio seguro y que el hecho de poder volcar algunos de sus sentimientos, preocupaciones y temores ofrecía al menos un lugar válido donde poner en palabras parte de lo que estaba sintiendo y viviendo. Aunque aún no éramos capaces -ninguna de las dos- de ver el alcance de aquello que le despertaba ese tipo de reacciones ni su función.

Aun así, había otros síntomas que fue narrando más adelante y a los que Susana no había dado importancia al comienzo de la terapia y que “secuestraban” buena parte de su tiempo, su energía y su atención. Ese síntoma era una acción compulsiva y cotidiana que le llevaba a hacer listas y listas de tareas pendientes: listas de lo que ya había hecho, listas de lo que quedaba por hacer, etc. Esa tarea de las listas era diaria, de hecho, varias veces al día y restringía su posibilidad de salir con amigas, descansar o establecer otro uso de su tiempo. Ella lo llamaba “mis manías”.

Cabía preguntarse si sería una resistencia que se expresaba a través de esta forma de comportamiento (Coderch, 1987/2016) o si, en cambio, Susana provenía de un entorno donde esas tareas compulsivas eran parte de la cultura familiar y de su marco de referencia.

Yo no me sentía preparada para dar un sentido significativo a estas “manías” y tampoco podía aún ofrecer un plan de tratamiento mucho más allá de plantear propuestas de control del síntoma a través de contratos de cambio (Berne, 1961, 1966; Steiner, 1974/1991) y del establecimiento de alguna hipótesis y alguna interpretación, en principio, no muy atinada... Sabía cómo confrontar, cómo interpretar (Coderch, 1987/2016) pero no sabía cómo entrar en el escenario mental que, inevitablemente, conllevaban esas “manías”.

En este contexto, comenzó mi formación en Psicoterapia Integrativa con el Dr. Erskine y recuerdo el alivio y la alegría que supuso ese primer taller donde habló de muchas cosas pero, sobre todo, vi cómo él escuchaba: escuchar... escuchar lo que se decía y escuchar lo que no se decía; escuchar también el silencio y acompañarlo, estar ahí, plenamente ahí con la persona sin tratar de cambiar nada... sólo escuchar y estar para la persona y con la persona. Me llevé conmigo el principio de la Psicoterapia Integrativa que afirma que todo lo que no tiene sentido en el hoy, tuvo sentido y fue relevante en algún momento de la vida de la persona. En definitiva, es un trozo de historia en acción; una parte de sus recuerdos en forma codificada, no un recuerdo explícito (Erskine y Mauriz, 2020).

Volví a mi siguiente sesión con Susana con la convicción de acompañarla y la determinación de tomarme el tiempo de escuchar la historia que estaba codificada en la acción y de ayudarle a poner en palabras lo que, de momento, era un trozo de historia pero de narrativa aún desconocida. Así empecé a indagar sobre sus sensaciones al hacer las listas, lo que ella experimentaba y a tener curiosidad por conocer todo lo relativo a su experiencia fenomenológica. Le pregunté qué sentía cuando hacía las listas y ¡entramos juntas en una experiencia fascinante!

Inicialmente Susana me dijo: “No sé, creo que no siento nada”. Su voz se hizo más lenta, su mirada más lejana, como si de alguna manera me estuviese hablando desde un lugar distante. Escuché ese silencio, escuché ese cambio en el ritmo, empecé a hablarle más suave y más lento al mismo compás que ella, con largas pausas y pocos gestos.

Y así, poco a poco fuimos adentrándonos en sus recuerdos... en un tipo de recuerdos que no estaba hecho de palabras sino de sensaciones, de calmas y silencios que se construían al hacer listados y listados de tareas que le permitían encontrar una especie de mantra que le trasladaba a un espacio psíquico distante y calmo que, con el transcurrir del trabajo clínico, se reveló como la huella de un tiempo temprano donde en su familia había tanta tensión, conflicto y locura que solo una tarea reiterativa y sencilla podía acallar el efecto de lo que ocurría alrededor de una niña de ocho años.

En definitiva, tuvimos que poner nuestra atención -la de Susana y la mía-, en solamente escuchar, escuchar y escuchar hasta que la memoria inscrita en sus síntomas pudiese ir encontrando una narrativa más explícita. Ese fue, por muchos meses, nuestro trabajo: desentrañar las memorias de Susana representadas en aquel síntoma que, en realidad, había funcionado a modo de escondrijo donde una niña

pudo retirarse cuando el conflicto externo y su propia soledad le llevaron a encontrar una fórmula creativa que le permitiese manejar la angustia que le provocaba su entorno en aquel periodo.

La Mirada en Psicoterapia: Mirando al Escondrijo

Fue entonces, en aquel taller, donde aprendí a trabajar con lo que más adelante el Dr. Erskine (1999; Erskine y Moursund, 2020) describiría como el proceso esquizoide y que tan relevante resultó para el proceso terapéutico de Susana.

Tomé conciencia de que, en realidad, a través de sus síntomas nos enfrentábamos a la aventura de descifrar su proceso inconsciente y abordar la cura del guion.

Trabajar con el sistema de guion de Susana implicaría tomar en cuenta que “el guion de vida” se mantiene activo en la vida actual de la persona. Más que tomar una perspectiva histórica, el sistema de guion “identifica cómo las decisiones, conclusiones, reacciones y/o introyecciones son expresadas de manera inconsciente en la vida actual de la persona en forma de creencias nucleares, conductas explícitas, fantasías, obsesiones, sensaciones físicas internas y memorias reforzantes” (Erskine, 2015/2016a, p. 114).

¡Sus síntomas serían, por tanto, una guía que nos llevaría a su guion y experiencia previa!

Erskine, en el mismo texto continúa describiendo:

Las dinámicas intrapsíquicas del sistema de guion sirven para mantener las necesidades originales y los sentimientos que estuvieron presentes en el momento de la formación del guion fuera de la consciencia, al tiempo que permiten mantener una apariencia de vinculación con los otros. (Erskine, 2015/2016a; p. 114)

Probablemente, el trabajo terapéutico iba a desafiar esas funciones del guion y suscitar, sin duda, dificultades relacionales que se tendrían que sortear y resolver. Dificultades ante las que mi propia comprensión y mi mirada ante el proceso resultarían esenciales para poder convertirlas en un elemento más del trabajo del guion y que requeriría, por tanto, de buenas dosis de introspección propia, bastante supervisión y probablemente abandonar posiciones conocidas e interpretaciones. Por tanto, sería importante tener claro que:

Cualquier interpretación conlleva señalar patrones y aspectos relacionales que el cliente no ha identificado todavía [...] y uno de los más obvios peligros es que la interpretación puede no ser correcta, pero aún si lo es, la persona puede rechazarla y pensar que el terapeuta no le entiende. O si la acepta, lo haga obviando y no validando su propia percepción sobre su experiencia. En ambos casos, esto no ayuda al proceso terapéutico. (Moursund y Erskine, 2003, p. 95)

Era necesario el abordaje de un camino nuevo y cocreado. Citando una advertencia que el grupoanalista Bion hacía a los psicoanalistas que “acumulaban conocimiento”: “Cuanto más exitosa es la memoria en su acumulación, más cerca

estará de parecer un elemento saturado de elementos saturados. Un analista con este tipo de mente es alguien que resultará incapaz de aprender porque ya está satisfecho” (Bion, 1967, p. 29). Y, por otro lado, hablando de las primeras sesiones, Berne (1966) dice que el terapeuta debe acudir cada día con una energía renovada, con curiosidad y dispuesto a aprender algo nuevo.

Así, el desafío sería recordar en todo momento que la conexión entre cliente y psicoterapeuta es la herramienta más importante de la que este último dispone y las intervenciones deben ser realizadas, principalmente, de tal forma que preserven y apoyen dicha relación. Algunas intervenciones demuestran ser útiles para ayudar a nuestros clientes a acceder y trabajar con creencias sobre sí y con sentimientos ocultos, pero se debe tener en cuenta que sólo resultan útiles en el contexto de la relación terapéutica en la que se producen (Mauriz, 2004; Moursund y Erskine, 2003). Ciertamente, tal y como establecen Moursund y Erskine (2003):

La relación aporta un impacto a la intervención que la hace creíble, que anima al cliente a utilizar su propia forma de experimentación con maneras nuevas de pensar y de sentir acerca de sí mismo y del mundo que le rodea. (p. 162)

Tener todo ello en cuenta resultó ser esencial para acompañar a Susana a resolver tanto la ansiedad como el miedo que la acompañaban de forma constante, tal y como fuimos desvelando pronto. También descubrimos que sus denominadas “manías” le aportaban una estrategia de manejo y distanciamiento emocional aprendida en la infancia para calmar la angustia profunda que para ella iba ligada a cualquier relación significativa.

Mi tarea iba a ser acercarme a aquello que parecía estar cargado de dolor, ayudarle y acompañarle a recordar lo que había vivido y que dio lugar a estas conductas y sentimientos tan automatizados y potentes.

Ayudarle a integrar su experiencia pasada en lugar de revivir codificadamente el drama original (Berne, 1961; Erskine y Mauriz, 2020; Freud, 1914/1930) y seguir sintiéndose limitada e indefensa, manteniendo creencias de que “la relación trae dolor”, “querer a otra persona y tener intimidad es peligroso” y que “algo falla en mí”. Estas eran creencias que le prevenían de cualquier relación de intimidad real más allá de amistades para practicar algún deporte o “salir de copas de vez en cuando”.

Si queríamos hacer una terapia seria habría que construir una relación de confianza y por mi parte, acompañarle con humildad, profundo respeto y sintonía con su ritmo y su estilo personal... algo que en su casa nunca existió puesto que solo la exigencia constante y el exceso de responsabilidad temprana habían tenido cabida en el estilo de parentalización recibida, junto con la negación de su experiencia de agresión y actitudes de locura y violencia por parte de su padre que siempre fueron negadas en la familia.

Me dispuse a escuchar la sensación de silencio interno que Susana describía sentir al hacer listas y listas de tareas, a acompañarle a experimentarlo y a descubrir qué puertas abría a su memoria.

En una sesión Susana relató:

SUSANA: *Ayer domingo fui a comer a la casa de mis padres.*

A: *Humm... (asintiendo) ¿sueles ir los domingos?*

SUSANA: *Sí, siempre me cuesta, esa casa me da una sensación de oscuridad.*

A: *¿Oscuridad? Te había oído comentar que tus padres tienen una casa preciosa.*

SUSANA: *Y lo es... Soy yo que lo siento oscuro.*

A: *Humm, humm (asintiendo lentamente, como alentándole a proseguir).*

SUSANA: (su voz se va haciendo más lenta, su respiración más pesada) *No sé... No sé... (con una mirada distante, como si estuviese en otro lugar).*

A: (respirando a su ritmo, en silencio por un rato) *Estoy aquí contigo... Tómate tu tiempo Susana.*

SUSANA: (con la respiración más pesada, el silencio más denso) *Es como... Es como... Oscuro...*

A: (con voz muy suave y lenta): *Hummm, hummm (asintiendo para acompañar y validar la relevancia de la experiencia que comenzaba a desgranar). Estoy aquí Susana, no hay prisa.*

SUSANA: (de nuevo en silencio por un largo tiempo) *Es como... Como... Adormecerse... Como que todo se para.*

A: *Hummm, hummm... Quizás es una sensación que ya conoces... quizás es una sensación que experimentabas en algún lugar...*

SUSANA: (pausa muy larga, cierra espontáneamente los ojos, la respiración aún más lenta).

A: (respira en silencio y de vez en cuando dice “hummm, hummm” para que Susana recuerde, sienta que no está sola con sus recuerdos).

De pronto, cae una lágrima lenta por su rostro.

A: *Susana, debe de ser doloroso. Estoy aquí contigo. No estás sola.*

SUSANA: *Estoy en mi habitación, en la que dormía cuando tenía 7 años. Mis padres han discutido en el salón y luego mi padre se ha puesto a chillar... Yo creo que va a pegar a mi madre... Le oigo pegar a la pared... Estoy aterrorizada... Mi hermano es tan pequeño; está en la cuna y mamá llora... No me puedo mover...*

A: *Sigue, puedes contarme lo que ves... (Susana tiembla, el gesto es como un escalofrío). Estoy aquí contigo y nada malo te va a ocurrir. (Suavemente) Puedes recordar; puedes contármelo.*

SUSANA: (se queda de nuevo muy quieta, en silencio por un largo tiempo) *No quiero oír, no quiero... Luego me dirán... Como siempre... Que no ha pasado nada... (con voz muy suave, hablando muy, muy bajo).*

A: *¿Dicen que no ha pasado nada?*

SUSANA: *Sííí. Si pregunto a mamá dice que estaban charlando, que no ha pasado nada. (Su voz cambia, como si estuviese enfadada pero aún muy bajito).*

A: Y... *¿qué ocurre entonces en ti?* (hablando suave también).

SUSANA: *Naadaaa... Me vuelvo a mi cuarto.*

A: *¿Y qué sientes?*

SUSANA: *Naaadaaa* (con largos silencios y pausas intercaladas).

A: *¿Nada?... ¿Y qué haces en tu cuarto?*

SUSANA: *Lo que me ha mandado papá.*

A: *¿Lo que te ha mandado papá?* (pausa).

SUSANA: *Síííí. Que me ponga a escribir.*

Posteriormente, tras varias sesiones en las que hubo largas pausas y silencios, finalmente apareció el recuerdo de una Susana de siete años que refugiada en su habitación, intenta escribir, hacer las tareas escolares y no logra concentrarse pero descubre la calma de escribir las tareas, concentrarse en la caligrafía y repetir, repetir y repetir lo que escribe como un refugio de la soledad y el miedo, y que le ofrece una especie de muralla donde, si está escribiendo, nadie (papá) se meterá con ella ni tampoco notará su sensación profunda de desamparo y soledad.

Estas sesiones, seguidas por tiempos de silencio, sirvieron para que ella pudiera decirme qué significaban para ella esos recuerdos, para tomarnos tiempo en apreciar lo importante que había sido para estabilizarse, para poder regular todo lo que estaba viviendo, para entender la gran confusión que esa niña sentía -con un papá estupendo a veces y que se convertía en un loco violento otras- y no tenía con quién compartir. De esta forma, sólo adormecerse haciendo una tarea rutinaria podía ofrecerle un tipo de calma que resultaba de ayuda y regulación, en la ausencia de adultos que protegiesen, explicasen y reparasen el efecto del trauma que toda esa situación conllevaba.

Recordar para no Revivir: Reorganizando la Experiencia Recordada

En psicoterapia siempre se pone atención en los procesos relativos a la memoria: ¿Cómo aparecen las memorias en la mente de la persona? ¿Cómo son? ¿Son recuerdos que resultan de ayuda o son memorias intrusivas en la vida actual de la persona?

¿Son recuerdos que aparecen de una forma constructiva? O ¿son las huellas, una forma de reminiscencia del trauma o la negligencia que la persona experimentó en el pasado? Y si ese es el caso, ¿acaso son recuerdos que se utilizan para fortalecer la resiliencia o aparecen en las reacciones de la persona como una especie de sombra que no le permite ver el aquí y el ahora sin la contaminación de los afectos, de los sentimientos, las conclusiones y las fórmulas procedimentales que había desarrollado en el pasado para manejarse con aquel trauma?

En resumen, a menudo, estas memorias no aparecen en forma de imágenes o pensamientos ni en ninguna otra forma de recuerdos explícitos y en ellas, el trauma antiguo suele manifestarse “mucho más allá de las palabras” (Lanyado y Horne, 2009, p. 307).

Estas memorias aparecen con mayor frecuencia en forma de sentimientos,

comportamientos estereotipados o respuestas automáticas, gestos o incluso sensaciones vagas pero que ejercen una intensa influencia en los patrones reactivos de la persona ante el mundo (Erskine, 2015/2016a; Siegel, 1999; Van der Kolk et al., 2007).

Este tipo de recuerdos y memorias son importantes en el curso de un proceso real de psicoterapia porque tienen una gran influencia en la forma en que la persona percibe y se relaciona con su entorno y también consigo misma; asimismo, tienen una gran influencia en las decisiones que toma y en el manejo de su salud, su autonomía y sus actitudes ante todo tipo de eventos y vínculos (Berne, 1961; Erskine, 2010, 2015/2016a; Van Der Kolk et al., 2007).

Dado que en la mayor parte de los casos estamos hablando de diversos tipos de memoria implícita, lo probable es que la persona no lo describa como recuerdo o memoria, sino que lo describa como síntomas, reacciones inapropiadas, “inundaciones” emocionales o que incluso sean los miembros de la familia los que requieran que se resuelvan al verlos como conductas o reacciones inadecuadas; cuando lo que en realidad representan es una parte de su pasado, una huella concreta de su historia.

La cuestión relevante es entonces cómo ayudar a la persona a que

- Adquiera consciencia del proceso real que está expresándose de forma no obvia;
- pueda apropiarse de dichas reacciones;
- comprenda su significado;
- pueda elaborar los sentimientos y emociones no resueltos;
- pueda elaborar las necesidades relacionales no satisfechas y que por lo tanto, resultaron fijadas; y deseablemente;
- pueda integrar todo ello en su personalidad y contexto actual.

Esto es, por supuesto, un proceso que debe producirse más allá de la mera comprensión cognitiva, más bien debe tratarse de una especie de “metabolización” de aquello que ocurrió, de lo que debió de haber ocurrido pero no pasó, y de los efectos que aquellas experiencias dejaron en la persona y en su percepción del mundo que le rodea.

Diferentes autores proponen formas varias de trabajar a través de todo ello en función del marco de referencia teórico que representan. Aun así, es obvio que comparten la idea de la relevancia de observar y comprender el proceso de formación y actuación de dichas memorias y por supuesto, del trauma no resuelto que subyace a ellas.

De este modo, los psicoanalistas, por ejemplo, suelen proponer que se facilite la toma de conciencia y la comprensión de la historia subyacente, sus significados y la comprensión de la forma en que la persona manejó todo ello, así como de los consecuentes mecanismos de defensa que se articularon en torno a lo vivido (Bronstein, citado en McGinley y Varchevker, 2013; Erskine, 2016b. Por otra parte, los terapeutas cognitivo-conductuales suelen proponer un control de las reacciones, la comprensión de las funciones y orientarse hacia el cambio en acción, tanto de

la conducta como de las variables intervinientes, de tal forma que un cambio de acción finalmente propulse un cambio de la mente (Bravo, 2019; Echeburúa, 2019).

Los psicoterapeutas de la Gestalt ponen su atención en los afectos ligados a estas memorias, en el manejo activo y emocional del conflicto psíquico emergente y en las diversas formas de trabajar activamente con las emociones no integradas y las decisiones arcaicas (Perls, 1942/1975; Perls et al., 1977).

En esta misma dirección, el Análisis Transaccional pondría el foco en trabajar con contratos de cambio, identificar y comprender los mandatos parentales inconscientes que estén en la base de todo ello y en identificar y trabajar las decisiones tempranas (Berne, 1961, 1966; MacNeil, 1985; Steiner, 1974/1991).

Desde la perspectiva de la Psicoterapia Integrativa, la tarea implica tomar en consideración todos estos métodos de abordaje previamente citados pero poniendo el énfasis en la centralidad de la relación terapéutica y en la importancia de abordar el significado y contenido emocional de estas memorias en diferentes etapas, teniendo siempre en cuenta los niveles evolutivos y los periodos en los que se produjo el trauma. De esta forma, la psicoterapia se convierte en un proceso intersubjetivo e implicado, sintónico y dinámico que se va ajustando a los diferentes Estados del Yo donde se produjo la “huella psíquica” tan relevante que aún da forma a la vida de la persona en el presente (Erskine y Moursund, 1988/2014; Erskine et al., 1999).

En definitiva, cabe subrayar que, en un proceso profundo, lo que la Psicoterapia Integrativa propone es:

- Ayudar a la persona a crear una narrativa que sea significativa y que le facilite poder comprender qué es lo que está sucediendo en su mundo interior y de qué manera esto se manifiesta a nivel externo.
- Ayudar a la persona a darse cuenta y a aceptar las diferentes formas en las cuales se expresan las memorias, así como a acompañarle a tolerar el *arousal* de afectos que se está produciendo en este proceso de “revivir” como forma de expresar los recuerdos (de manera tal que reacciones bizarras y desproporcionadas tienden a disminuir e integrarse, bien por efecto del trabajo terapéutico activo, o bien por la presencia sólida e implicada de la psicoterapeuta).
- Identificar los significados que acompañan a estas memorias y ayudar a la persona a “darles la bienvenida” con el acompañamiento y el apoyo del psicoterapeuta en lugar de justificarlos, negarlos o actuarlos; de tal forma que pueda abrirse a nuevos y más actualizados significados acordes al aquí y ahora real de la persona.
- Identificar las necesidades relacionales reprimidas, aquellas que no resultaron satisfechas en el tiempo en que se produjo la represión y la consecuente fijación.

Y, de esta manera, ayudar a la persona a identificarlas, aceptarlas y a hacer el duelo de lo que hubiese debido ocurrir pero no ocurrió. Deseablemente, a continuación, acompañarle a tomar el riesgo de explorar nuevas formas

de expresar sus necesidades relacionales, utilizando inicialmente el propio marco de la relación terapéutica individual y/o grupal como laboratorio relacional seguro, donde se pueda experimentar un encuentro intersubjetivo nuevo para simultánea y progresivamente llevar esta nueva fórmula al mundo exterior (Erskine y Moursund, 2020).

- Comprender las funciones que esta repetición de recuerdos en forma de reacciones pueda estar cumpliendo y encontrar formas nuevas más allá de la compulsión de repetición (Erskine y Mauriz, 2020; Freud, 1914/1930).
- Expresar y experimentar con los afectos desapropiados y negados, sentimientos y afectos vinculados a la escena original, ayudando así a la persona a sentir lo que siente, identificando la experiencia interna reprimida y reconociendo sin miedo la necesaria externalización a través de gestos, protestas o expresiones que fueron bloqueadas y prohibidas y que representan aspectos negados o incluso disociados de la personalidad. En definitiva, trabajar en los diferentes Estados del Yo que hayan resultado reprimidos (Berne, 1961; Erskine et al., 1999) con el objetivo de facilitar que la persona pueda integrar lo vivido más allá de las palabras y procesarlo en un nivel experiencial.

Todo ello implica estar ahí con la persona y acompañarle a enfrentarse con los diferentes recuerdos, con las diferentes emociones y con los diferentes Estados del Yo que vaya a traer a la psicoterapia. Significa estar dispuestos a inferir la historia que hay tras cada transacción transferencial y a manejar nuestra propia contra-transferencia como un instrumento para indagar histórica y fenomenológicamente, incluso para abrir un proceso de indagación basado en el uso de la inferencia que nos permita ir creando un mapa impresionista (Erskine y Mauriz, 2020) cada vez más detallado a través de las diferentes etapas de la relación psicoterapéutica. Esto implica estar ahí para la persona y sintonizar con las necesidades y estilos cognitivos de los diferentes Estados del Yo (Erskine y Moursund, 1988/2014), cada uno de ellos constituido por una mirada de experiencias traumáticas acumuladas de diversa índole (Bronstein, citado en McGinley y Varchevker, 2013).

El resultado de este proceso será una capacidad de enfocar la vida con una energía nueva ya que, previamente, una parte de la energía de la persona estaba ocupada en la represión de sentimientos, de recuerdos, necesidades, represión de Estados del Yo arcaicos pero aún activos o incluso introyecciones reguladoras (Erskine y Moursund, 1988/2014) y toda esa energía quedará ahora a disposición de la persona para sus objetivos actuales y su presente (Berne, 1961). La cura de las conclusiones y fijaciones arcaicas será experimentada como libertad para pensar, libertad para decidir, y libertad para relacionarse con otros y con la vida cotidiana de formas nuevas y más saludables (Erskine y Moursund, 1988/2014).

Para alcanzar con éxito los objetivos antes descritos, será necesario un variado repertorio de métodos, en particular, será central el uso de los métodos relacionales:

- La indagación, para que la persona pueda saber lo que sabe, para que

sea capaz de reconocer lo que siente, se atreva a identificar y aceptar sus necesidades. Una indagación que le permita identificar sus recuerdos y apropiarse de sus fantasías y de sus sueños; una indagación que le permita ver el significado y la relevancia afectiva de lo vivido y reconocer el valor de su propia vulnerabilidad; una indagación que le permita descubrir las formas de autoprotección que una vez desarrolló para cubrir su vulnerabilidad y... tantos otros descubrimientos que la persona puede encontrar en el camino de la psicoterapia a través de una indagación fenomenológica e histórica bien enfocada.

- La sintonía que facilita que la persona obtenga el soporte, la guía y el acompañamiento para que pueda, en definitiva, comenzar a sintonizar consigo misma: con sus necesidades, con sus reacciones evolutivas fijadas y con sus estilos cognitivos y afectos propios. Incluso para poder sintonizarse con su propio ritmo personal, el cual, a menudo, se pierde en el intento de la niña o el niño de adaptarse a los requisitos del entorno y muy especialmente a los requisitos parentales.
- La implicación, la única manera a través de la cual la persona puede afrontar todo este camino sin la soledad que lo convertiría en un proceso retraumatizante; la única fórmula con la que la aceptación puede oponerse a la intensa crítica interna que, a menudo, acompaña a la persona. La implicación es la base donde la persona puede apoyarse para enfrentarse a saber lo que sabe, reconocer lo que siente o que le permite recordar lo que constituyó la experiencia interna real.

La potencia de estos métodos relacionales (indagación, sintonía e implicación) puede verse en el caso de una cliente con la que trabajé años atrás; juntas abordamos el desafío de identificar y reconocer las necesidades más primarias de una niña que muy pronto tuvo que vivir rápido y eficazmente en un mundo dirigido por un padre impaciente, expeditivo y sobreexigente. Una niña que olvidaba ir al baño, que olvidaba comer y que olvidaba descansar... Una adulta que acudió a psicoterapia por recomendación de su médico que le dijo “que si no hacía terapia, el pronóstico era la enfermedad puesto que nunca paraba en sus tareas hasta que el dolor o el agotamiento extremo no la hiciesen parar”. Una niña que desde muy pequeña aprendió a responder a un papá que preguntaba diariamente: “¿Cómo tiene que ser mi niña?” y ella respondía, invariablemente para satisfacer a su padre: “¡Como una vela papá, como una vela!”.

Igualmente, parte de lo que me motivó a escribir este texto es el recuerdo de otro caso, el caso de Isabel. Una mujer que vino a mi consulta solicitando terapia y que cuando trató de empezar a narrar su historia, quedó muda, se quedó “en blanco” y decía no recordar y no poder hablar. Más adelante, en la terapia, cuando le pregunté por el silencio sostenido de las primeras sesiones a pesar de estar muy claramente motivada para el proceso terapéutico, Isabel me dijo: “de pronto era imposible hablar, era como si al contar los recuerdos que me atenazaban, de repente,

todo lo ocurrido fuese más terrible y peor. Ya no podía contarle, me fallaban las fuerzas incluso para oírlo yo misma”.

Sí, los métodos relacionales son instrumentos poderosos pero, a menudo, cuando la persona -como en el caso de Isabel- queda en el silencio o en el bloqueo, cuando la persona dice que no recuerda nada pero que sólo sabe que se encuentra mal, deprimida o profundamente estancada, entonces además de estos métodos relacionales podemos necesitar establecer hipótesis, construir preguntas y plantear intervenciones para atravesar procesos intrapsíquicos de difícil comprensión, procesos que necesitan “mapas líquidos”, flexibles y que se construyen en base a la inferencia de lo que pudo haber ocurrido, de lo que esos gestos, esos bloqueos, ese silencio o ese “quedarse en blanco” puede estar comunicándonos. Lo que cuenta aquello que no ocurre, lo que cuenta aquello en que no se piensa y abordar así, con un proceso inferencial el mapa impresionista de lo que pudo haber ocurrido. La inferencia es un instrumento necesario allá donde no tengamos mapas -ni cliente, ni psicoterapeuta- para extrapolar lo que pudo haber ocurrido y guiar así nuestra indagación (Erskine, 1999; Erskine y Moursund, 2020).

Erskine define la inferencia como una “habilidad terapéutica relevante que resulta necesaria en varias formas de trabajo con los Estados Niños del Yo” y afirma que “nuestra indagación histórica está constantemente enfocada a trabajar hacia atrás en el tiempo” (Erskine, 2016b, p. 139). Dice, además que:

A menudo, comenzamos con preguntas acerca del periodo de la adolescencia, después seguimos con los años de la escuela. A menudo entrelazamos nuestra indagación histórica con indagación fenomenológica y con indagaciones acerca de cómo el cliente manejó aquellas situaciones. Para cuando llega el momento de preguntar sobre los años preescolares, posiblemente el cliente responderá “No lo sé” o “No lo recuerdo”. Entonces les pedimos que imaginen su experiencia y que hagan una historia impresionista, dado que ellos ya conocen la personalidad de aquellos que eran significativos y cómo hubiesen respondido en tales situaciones. Estamos siempre trabajando con sensaciones, fragmentos de imágenes, impresiones e historias familiares, a todo lo cual llamamos “inferencia terapéutica”. Es como si estuviésemos co-creando un *collage* de narrativa acerca de la historia de vida de nuestro cliente. (Erskine, 2016b, p. 143)

La inferencia, por tanto, se describe como un método que aplica el o la psicoterapeuta para profundizar en las vivencias y recuerdos de sus clientes. Pero lo que yo aprendí en aquellos primeros talleres con el Dr. Erskine es que tanto la capacidad de indagar como la inferencia terapéutica tienen su base en la experiencia interna del psicoterapeuta, en su curiosidad por conocer realmente a su cliente. Para ello, dejaremos de lado la interpretación convirtiéndola en una serie de indagaciones. En este sentido, la inferencia terapéutica comienza en el cuestionamiento interno que los psicoterapeutas nos hacemos cuando tratamos de imaginar el mundo en que nuestro cliente creció, las escenas que vivió, el estilo de cuidados que recibió,

etc. (Moursund y Erskine, 2003). Esta inferencia tiene sentido cuando dejamos que nuestra imaginación e intuición nos guíen, materializándola en preguntas cuyo objetivo no es encontrar respuestas sino ayudar a la persona a imaginarse, a descubrirse y a recordarse desde un ángulo nuevo y más revelador.

Las preguntas que yo planteaba al escuchar a Isabel sobre su imposibilidad de hablar eran tales como: “Debe de ser muy atemorizante lo que estabas viendo” o “debía de haber mucho caos en tu familia cuando eras niña”; a lo que Isabel con los ojos anegados en lágrimas respondía: “sí, mamá bebía y papá también; muchas noches terminaban golpeándose pero... no sé si lo soñé porque por la mañana todo estaba en calma, parecía no haber ocurrido nunca”.

Cuando le dije con empatía: “Debe de ser difícil recordar todo esto...”, Isabel respondió:

ISABEL: *¡Hace tanto tiempo...! Ahora se llevan bien y nadie habla de aquel tiempo... A veces pienso que quizás estoy exagerando.*

A: *¿Podías hablar con alguien de lo que estaba ocurriendo?*

ISABEL: *No había nadie más en la casa. Yo era hija única y recuerdo que algunas veces cuando les pregunté por las peleas, se enfadaron y me instaron a no decir más tonterías. Decidí olvidar y no pensar más en ello... Quizás eran cosas mías...*

ISABEL: (continuó) *En adelante, cuando oía ruidos fuera, yo me iba adentro, a un lugar lejano y cantaba, cantaba y cantaba en mi mente para mecarme y poder dormir.*

Quizás algunas personas se preguntarán, ¿por qué retraerse al dolor, a esos recuerdos tan difíciles...? La respuesta es sencilla: las estrategias de afrontamiento de entonces, a menudo se activan en el hoy; y así, Isabel tiene muchas quejas de su marido porque, cuando algo le duele o no le gusta, aún hoy, se pone a tararear y esta conducta, en la actualidad, está siendo motivo de conflictos de pareja y quejas laborales.

Isabel se distancia, se va a su mundo y se calma con formas arcaicas y se aleja del hoy y de los recursos que la mujer que es en la actualidad tiene. Es nuestra tarea juntas, convertir esas canciones y ese tarareo en emociones y en las frases que necesitó decir, hablar de las conversaciones que necesitó mantener; pero, antes de nada, ella misma debe poder escuchar la historia que su silencio guarda. Mi tarea es acompañarle a construir esa narrativa para que en lugar de revivir el trauma podamos enfrentarnos a recordar. Inevitablemente, tendremos que trabajar con métodos activos tales como dejar que la canción que hay tras el silencio se exprese, que se pueda mecer si eso es el gesto que inició, que pueda decir “tengo miedo” o lo que sea que aquella niña sentía y no pudo expresar... Mi tarea es facilitar que todas esas acciones amagadas en ese tararear puedan llevarse a cabo y así, cerrar la Gestalt incompleta (Erskine, 2015/2016a; Perls, 1942/1975; Perls et al., 1977;) para que la vivencia fijada tenga un cierre diferente y reparador (Erskine, 2015/2016a; Mauriz-Etxabe, 2004, 2016; Moreno, 1946/1974).

En definitiva, diferentes personas con diferentes historias han encontrado una solución creativa a su dolor, su miedo y su angustia en un proceso de retirada interna y en ocultar su propio *self* vital y natural y necesitan ayuda para recordar y no revivir, para reorganizar la experiencia recordada.

Retazos de una Conversación:

El Proceso Esquizoide a través de la Mirada de Richard Erskine

El enfoque y aprendizaje con Richard Erskine ha sido y es determinante en mi forma de abordar hoy estos procesos de retirada esquizoide. En mayo y junio de 2020, realizamos una serie de conversaciones sobre el abordaje del trabajo esquizoide en las que habla de diversos aspectos que cubren tanto sus primeras aproximaciones al tema, como su experiencia interna, sus dilemas clínicos e influencias de autores previos.

En la entrevista que expongo a continuación, el Dr. Erskine ofrece una perspectiva menos centrada en un objetivo teórico y afirma que su objetivo reside en tratar de ofrecer una descripción basada en la experiencia y en las palabras del cliente más que en adaptarse a una perspectiva teórica.

Se presenta aquí una pequeña parte transcrita de estas conversaciones con Richard Erskine, la cual puede ilustrar su posición y filosofía de trabajo en este complejo tema:

A: ¿Qué recuerdas de los inicios de tu trabajo con el proceso esquizoide?

RICHARD: No había visto a nadie trabajar con este tema, pero mi propio psicoanalista era muy respetuoso con mis momentos de retirada y de silencio y eso me ofreció un cierto modelo. Al mismo tiempo, yo estaba experimentando todo ello con diferentes clientes que me hablaban de “ir a un lugar escondido” y de tener que hacer una retirada esquizoide para manejar el intenso miedo, la crítica interna o incluso una profunda vergüenza. Mi entrenamiento en la terapia centrada en la persona de Carl Rogers, en escuchar muy cuidadosamente, fue importante. Pero hubo largo proceso de experimentación con diversos clientes.

A: ¿Cómo encontrabas el ritmo para escuchar a la persona suficientemente para respetar su ritmo y al mismo tiempo mostrarte suficientemente presente y saber cuándo ayudar con alguna inferencia de modo que la persona no se sintiese de nuevo sola en el proceso?

RICHARD: Déjame leer una nota que yo usaba como guía. En ella digo “cuando tengo la impresión de que la persona se asusta, me digo: aunque no puedo observar directamente el aumento de la adrenalina o si se dispara el cortisol, puedo observar nuevos cambios en los gestos, cambios en la dilatación de las pupilas, cambios en la tensión de varios músculos de la mandíbula o de los hombros. Eso me dice que estoy yendo demasiado rápido y que debo crear una pausa”. Una pausa que está guiada por estos signos corporales y es paradójico, pero tengo que estar totalmente

presente y simultáneamente no estar completamente presente para que mi ritmo no sea excesivo tal como lo describe Henry Guntrip en su libro “El compromiso esquizoide”.

A: *¿Cuándo fue la presentación inicial sobre este tema?*

RICHARD: En 1999, presenté este tema en un simposio con otros colegas y lo que compartí fue en primer lugar mi intento de ser eficaz con este tipo de clientes.

Me había dado cuenta con un primer paciente de que, si en lugar de tratar de cambiarlo, lo escuchaba, tomaba en serio su retirada e incluso le animaba a descubrir cuál era su experiencia, resultaba de mucha mayor utilidad. Lo fui explorando con otros clientes y demostró ser una fórmula muy valiosa. Me encontré con un problema porque hay una parte simple en el proceso esquizoide que consiste en esta división entre la parte retirada y la parte social, entre el *self* vital (figura 1) y la máscara (figura 2) que tendrá que ir desarrollando.

Figura 1. *El self vital (Erskine, 2017b), ilustración (Landa, 2020a)*



Este *self* natural y espontáneo es el que se va retirando y se esconde a causa del miedo.

Por otra parte, desarrolla una máscara social que está ahí porque está necesitando alguna conexión, aunque esa conexión en realidad no satisface al *self* natural porque está escondido.

Figura 2. Primera ruptura: la máscara social o el falso self (Erskine, 2017b), ilustración (Landa, 2020b)



Luego empecé a observar otras dinámicas, tales como la dinámica de la crítica interna (figura 3).

Figura 3. Segunda ruptura: crítica introyectada (Erskine, 2017b), ilustración (Landa, 2020c)



Me di cuenta de que algo que mantiene a mucha gente en esa retirada es

la crítica interna (figura 4) la cual anticipa la crítica externa potencial. Así: si me critico yo primero, ¡tú ya no tendrás la posibilidad de criticarme! Por tanto, está la introyección como una fórmula autoprotectora.

Figura 4. Tercera ruptura: crítica autogenerada (Erskine, 2017b), ilustración (Landa, 2020d)



La crítica interna autogenerada viene después y tiene de alguna forma el objetivo de disminuir el efecto de las voces introyectadas. Así, si me critico duramente, ¡esas voces ya no tienen tanto efecto! Y después se produce la retirada esquizoide: me escondo y así no estoy tan controlado por la introyección y no estoy en peligro (figura 5).

Figura 5. Retirada esquizoide (Erskine, 2017b), ilustración (Landa, 2020e)



Así cada una de estas dinámicas corresponde a partes de la persona y hay que trabajar sobre ellas.

El proceso esquizoide es bastante complejo; me encantaría que fuese más

sencillo para poder escribir mejor sobre ello... porque son dinámicas tan comunes a tantas personas en diferentes grados y modos que... ¿cómo escribir sobre el proceso esquizoide sin escribir sobre la gente en general? ¡Lo que es significativo en el proceso esquizoide es que la persona desatiende aspectos de su personalidad!

En 1992, Henry Yontef, Alan Jacobs, Ray Little, Mary O'Reilly y yo presentamos este tema en un congreso de Análisis Transaccional abordándolo desde diferentes perspectivas.

A: ¿Qué es lo que te parece más importante y específico desde tu forma de trabajar con estas dinámicas?

RICHARD: Yo espero acercarme más desde la experiencia fenomenológica del cliente que desde la teoría. Realmente escuchar las palabras del cliente, su descripción fenomenológica y no tanto hacer interpretaciones desde una perspectiva teórica. Una de las cosas que dicen tantos clientes es lo importante que es el mantenerse presente, el estar ahí, relajado, plenamente presente acerca de crear un tono de voz que sea tranquilizador y que esté plenamente ahí observando lo que pasa de manera plena, sin tratar de hacer que pase nada. Tantos clientes dicen lo importante que es dejar a un lado mi deseo de que pase algo y observar lo que sí pasa; monitorizarme a mí mismo y preguntarme... “¿es mi conducta controladora? o ¿es invasiva de alguna manera?”.

Pero cuando estoy trabajando con la crítica interna es diferente: tengo que ir a por ella. La crítica interna está escondida a menudo por efecto de la vergüenza y hay que preguntar y buscarla. La persona puede que me diga: “sí, yo me critico a mí misma” y ya está. Así que tengo que decirle “¿qué quiere decir que te criticas?, dame un ejemplo”. Y responde: “bueeenooo... ya sabes, me rebajo”. Y le digo: “venga, ¿qué te dices?” o “quiero conocer el tono o la velocidad”. En definitiva, quiero que esa crítica interna se externalice, que se conozca su intensidad y finalmente, quiero escuchar esa voz interna e incluso implicarme en un diálogo con ella, eventualmente y más adelante, conocer su función. A menudo, esa voz ha tenido una función protectora que le ha protegido de recordar humillaciones o fallos o lo que fuese. Pero a menudo tiene tantos años de funcionamiento que el propósito se ha olvidado ya y se ha convertido en algo dañino. Querré saber también si es una voz autocreada o es la reminiscencia de figuras que despreciaban o desatendían al niño o niña que el cliente fue una vez. El abordaje de esos Estados del Yo introyectados será otra parte del trabajo; hacer terapia con esos Estados del Yo, que Berne denominó Estados del Yo excluidos.

En resumen, tras estas reflexiones de Erskine, vemos que el trabajo con el proceso esquizoide tiene tantas etapas y posibles caminos que es la posición interna de la psicoterapeuta lo que lo hace único y lo hace posible, porque requiere de nuestra profunda introspección y disponibilidad completa para responder a los

diferentes niveles del tratamiento sin forzar los ritmos ni buscar atajos clínicos, para trabajar con la humildad de renunciar a nuestros objetivos y dejar que sea el descubrimiento de quién es nuestro cliente, qué historia o historias tiene para contar y qué es lo que realmente necesita. Eso es lo que debe guiarnos en todo momento en nuestro trabajo y presencia.

Conclusión

El proceso esquizoide y sus diversas fases en su formulación desde la Psicoterapia Integrativa requiere por parte del psicoterapeuta una capacidad de estar con y para su cliente de una forma tal que desafíe a sus objetivos clínicos. Nuestro cliente se enfrentará a la paradoja de salir de su refugio al permitirle explorarlo y vivirlo plenamente en nuestra presencia. Esto, sin duda, puede resultar aterrador pero, simultáneamente para el psicoterapeuta se presenta un dilema similar: ha de confiar plenamente en la relación terapéutica, en su valor curativo y en su importancia central porque aquí la tarea no es ayudar a la persona a cambiar sino aceptar plenamente quién es, qué siente, cómo manejó su mundo y descubrir y honrar sus mecanismos de autoprotección. En esto, más que en ningún otro proceso, confiar en la teoría paradójica del cambio (Erskine, 2017a) y saber que si aceptamos al cliente sin invadir ni controlar y si descubrimos la experiencia tal y como es, cliente y psicoterapeuta habrán construido un espacio intersubjetivo, único, seguro y reparador.

Ambos -juntos- tendrán que desafiar su punto de partida y sus certezas para creer en la magia de la relación y la implicación y poder así atravesar todas y cada una de las rupturas internas que van dejando vacíos y van excluyendo aspectos nucleares y vitales de uno mismo; todo ello en un viaje compartido donde la persona podrá reparar poco a poco la relación dañada consigo misma. Esto lo hará a través del vínculo seguro y de la presencia terapéutica implicada y sólida que le presta una mirada y un estar que serán la base del reencuentro con el otro y después, consigo mismo.

Referencias

- Arnheim, R. (1972). *Visual thinking [Pensamiento visual]*. University of California Press.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente* (R. Alcalde, Trad.). Lohlé. (Trabajo original publicado en 1972)
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry [Análisis transaccional en Psicoterapia: una psiquiatría sistemática individual y social]*. Grove Press. <https://doi.org/10.1037/11495-000>
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment [Principios de tratamiento grupal]*. Grove Press. <https://doi.org/10.1080/00207284.1967.11643038>
- Bion, W. R. (1967). *Attention and interpretation: container and contained transformed [Atención e interpretación: contenedor y contenido transformado]*. Jason Aronson. <https://doi.org/10.4324/9780429472107-12>
- Bravo, R. (21 de marzo, 2019). *Jornada: Claves y retos de las terapias psicológicas en la sociedad actual [ponencia]*. Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia, Bilbao. https://copbizkaia.org/actualidad/noticia_des.php?id_not=321
- Coderch, J. (2016). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Herder. (Trabajo original publicado en 1987)

- Cornell, W. F. (2019). *At the interface of Transactional Analysis, Psychoanalysis, and Body Psychotherapy: clinical and theoretical perspectives* [En la interfaz del análisis transaccional, psicoanálisis y psicoterapia corporal: perspectivas clínicas y teóricas]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429464430>
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Ediciones Destino. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a9>
- Echeburúa, E. (21 de marzo 2019). *Jornada: Claves y retos de las terapias psicológicas en la sociedad actual* [Ponencia]. Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia, Bilbao. https://copbizkaia.org/actualidad/noticia_des.php?id_not=321
- Erskine, R. (20 de agosto, 1999). *El proceso esquizoide* [Ponencia]. Congreso Anual de la Sociedad Internacional de Análisis Transaccional, San Francisco, Estados Unidos.
- Erskine, R. (2010). *Life scripts: A Transactional Analysis of unconscious relational patterns* [Guión de vida: Un análisis transaccional de los patrones relacionales inconscientes]. Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429476686-1>
- Erskine, R. (2016a). *Presencia terapéutica y patrones relacionales. Conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez, Trad.). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429203565> (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. (2016b). *Transactional Analysis in contemporary psychotherapy* [Análisis transaccional en psicoterapia contemporánea]. Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429484179>
- Erskine, R. (25 de marzo, 2017a). *Conferencia de clausura* [ponencia]. Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa. Milán, Italia.
- Erskine, R. (2017b). *Seminario sobre 'Proceso esquizoide'* [ponencia]. Seminario Psicoterapia Integrativa. Lyon, Francia.
- Erskine, R. y Mauriz-Etxabe, A. (2020). Inferencia, re-experimentación y regresión: psicoterapia de los Estados Niño del Yo. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 205-226. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.362>
- Erskine, R., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy. A therapy of contact-in-relationship* [Más allá de la empatía. Una terapia de contacto en relación]. Brunner Mazel. <https://doi.org/10.4324/9780203778036>
- Erskine, R. y Moursund, J. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en acción* (I. Arregui, Trad). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. y Moursund, J. (2020). Relational withdrawal, attunement to silence: psychotherapy of the schizoid process [Retiro relacional, sintonía con el silencio: psicoterapia del proceso esquizoide] [manuscrito presentado para publicación]. Institute for Integrative Psychotherapy.
- Freud, S. (1930). Recordar, repetir, reelaborar (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (L. López-Ballesteros, Trad.). Amorrotu. (Trabajo original publicado en 1914)
- García-Monge, J. A. (2017). De la necesidad al deseo. La psicoterapia humanista: “laboratorio”, y experiencia de humanidad. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 75-84. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.170>
- Gimeno-Bayón, A. (2017). Experiencia y existencia en las Psicoterapias Humanistas. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 207-229. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.177>
- Granit, R. (1977). *The purposive brain* [El cerebro intencional]. The MIT Press.
- Guistoli, P. G. (1996). Failures in the therapeutic relationship: inevitable and necessary? [Fallos en la relación terapéutica: ¿inevitable y necesario?]. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 284-288. <https://doi.org/10.1177/036215379602600403>
- Jaynes, J. (1977). *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind* [El origen de la consciencia en el colapso de la mente bicameral]. Houghton Mifflin.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development* [Aprendizaje experiencial: la experiencia como fuente de aprendizaje y desarrollo]. Englewood Cliffs.
- Lanyado, M. y Horne, A. (1999). *Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy* [Manual de la Psicoterapia y adolescente]. Routledge. <https://doi.org/10.1017/s1360641700232498>
- MacNeil, I. R. (1985). Relational contract: what we do not know [Contrato relacional: qué no sabemos]. *Wisconsin Law Review*, 4, 483-526.
- Masters, R. y Houston, J. (1972). *Mindgames: The guide to inner space* [Juegos mentales: La guía del espacio interior]. Viking Press.
- Mauriz-Etxabe, A. (2004). ¿Qué es efectivo en psicoterapia? *Revista Psikologiaz*, 6, 10-12.
- Mauriz-Etxabe, A. (2016). Los hilos silentes: trabajando con la introyección. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 59-74. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i105.144>
- McGinley, E. y Varchevker, A. (2013). *Enduring trauma through the life cycle* [Soportar el trauma a lo largo del ciclo de vida]. Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429474262>
- Miller, E. E. (1975). *Selective awareness* [Conciencia selectiva]. Autopublicación.
- Moreno, J. L. (1974). *Psicodrama*. Ediciones Hormé. (Trabajo original publicado en 1946)

- Moursund, J. P. y Erskine, R. (2003). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship* [Psicoterapia integrativa: El arte y la ciencia de la relación]. Thomson.
- Nathanson, D. L. (1987). *The many faces of shame* [Las muchas caras de la vergüenza]. Guilford Press. <https://doi.org/10.1176/ps.39.9.1000>
- O'Reilly-Knapp, M. (2001). Between two worlds: the encapsulated self [Entre dos mundo: El yo encapsulado]. *Transactional Analysis Journal*, 31(1), 44-54. <https://doi.org/10.1177/036215370103100106>
- O'Reilly-Knapp, M. (2017). *Beyond survival: breaking the code of silence in abuse. A psychotherapist's own journey in the therapy* [Más allá de la supervivencia: rompiendo el Código de silencio en abuso. El propio viaje de un psicoterapeuta en la terapia]. Diggy Pod.
- Perls, F. (1975). *Yo, hambre y agresión*. Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1942)
- Perls, F., Hefferline, R. F. y Goodman, P. (1977). *Gestalt Therapy: excitement and growth in the human personality* [Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana]. The Gestalt Journal Press.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind* [La mente en desarrollo]. Guilford Press. <https://doi.org/10.1177/1473325014563215>
- Steiner, C. (1991). *Los guiones que vivimos* (M. R. Buixaderas, Trad.). Kairós. (Trabajo original publicado en 1974)
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. y Weisaeth, L. (2007). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* [Estrés traumático: los efectos de una experiencia abrumadora en la mente, el cuerpo y la sociedad]. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1177/00030651980460040502>
- Rosenfeld, E. (1978). An Oral History of Gestalt Therapy [Una historia oral de la terapia Gestalt]. *Gestalt Journal*, 1(1), 8-31.
- Yalom, I. D. (2002). El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes (J. Salvetti, Trad.). Destino. (Trabajo original publicado en 2001)

Referencias de ilustraciones

- Landa, I. (2020a; 2020b; 2020c; 2020d; 2020e). *Ilustraciones* [elaboradas expresamente para el presente artículo]. Bilbao: España.

SOLEDADES QUE DUELEN, SOLEDADES QUE ACOMPAÑAN.

LA COMPLEJIDAD DE LA CRÍTICA INTERNA

SOLITUDES THAT HURT, SOLITUDES THAT ACCOMPANY. THE COMPLEXITY OF INTERNAL CRITICISM

Feli Pérez de Onraita Ortiz

ONGARRI Centro de Psicoterapia, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4621-5264>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pérez de Onraita, F. (2021). Soledades que duelen, soledades que acompañan. La complejidad de la crítica interna. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 81-95. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.486>

Resumen

En cualquier contexto social, escolar, familiar, y desde luego, en el ejercicio de la psicoterapia, se pueden escuchar con frecuencia de los/las clientes, afirmaciones explícitas cargadas de autocrítica, juicios severos sobre sí mismos, y/o cuestionamientos implícitos que sugieren que algo en ellos/ellas, va mal... Amenudo, son creencias fijadas previamente, que no se corresponden con la persona que se puede ver y apreciar. Lo que piensan de sí mismas y algunos modos frecuentes de su comportamiento tales como aislamiento, complacencia, inhibición, pasividad, perfeccionismo, exigencia interna... son repetitivos, limitantes y nocivos. Viven con miedo, angustia, vergüenza, culpa, duda se sienten profundamente solas, y no encuentran el modo de parar dicha crítica interna, de vivir en calma. En este artículo se expondrán reflexiones y aportes teóricos desde el marco de la Psicoterapia Integrativa que avalan la necesidad de una psicoterapia profunda basada en una relación terapéutica sintónica, que sea segura, respetuosa, implicada, y con contacto, que permita a la persona comprender las funciones psicológicas que cubre con la crítica interna y disolver el guion de vida.

Palabras clave: Psicoterapia Integrativa, crítica interna, relación, guion de vida, funciones psicológicas, sintonía

Abstract

In any social, school or family context, and of course, in the psychotherapy practice, explicit statements loaded with self-criticism, severe judgments about themselves, and / or implicit questioning that suggest that something is wrong with them can be frequently heard from clients. Often, they are pre-fixed beliefs, which do not match the person that can be seen and appreciated. What they think of themselves and some frequent ways of behaving such as isolation, complacency, inhibition, passivity, perfectionism, internal demand... are repetitive, limiting, and harmful. They live in fear, anguish, shame, guilt, doubt, and they feel deeply alone, but they do not find a way to stop this internal criticism, to live in calm. This article will present some reflections and theoretical contributions from the Integrative Psychotherapy framework that endorse the need for an in-depth psychotherapy based on a syntonict therapeutic relationship that is safe, respectful, involved, and contactful. That will allow the person to understand the psychological functions of internal criticism and to dissolve the life script.

Keywords: Integrative Psychotherapy, internal criticism, relationship, life script, psychological functions, attunement

Fecha de recepción: 5 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 6 de diciembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: ongarri.feli@gmail.com

Dirección postal: c/ Portal de Legutiano 50, 1º dcha. CP. 01003 Vitoria-Gasteiz, Álava, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



La Psicoterapia Integrativa está enfocada en lo relacional y basada en el desarrollo evolutivo, tal y como Richard Erskine enuncia en varios de sus escritos y de forma muy explícita en su discurso de clausura de la IX Conferencia Bienal de la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa celebrada en Montpellier, Francia, en 2019.

La presencia terapéutica es el concepto que aglutina cada uno de los puntos esenciales, que incluyen: la centralidad de la relación, el conocimiento de las fases del desarrollo infantil, la recreación del pasado en el presente, la atención al cuerpo y a los patrones relacionales inconscientes de la persona, el empleo de métodos de terapia infantil aplicados a los adultos, la comprensión proporcionada por las teorías de los estados del yo y la facilitación del cambio solo después de que el individuo comprenda la función de su conducta. (Erskine, 2019a, p. 1)

Esos puntos esenciales recogen la filosofía relacional y algunos principios fundamentales de la Psicoterapia Integrativa (Erskine, 2013). En este artículo se aludirá a estas ideas centrales enfatizando lo imprescindible que es crear una relación terapéutica segura, sintónica, y respetuosa, que sea curativa. Nunca se pueden cubrir las necesidades relacionales arcaicas, pero sí las actuales, entendiendo y validando juntos, terapeuta y cliente, las necesidades tempranas que no fueron satisfechas. En este sentido, se enfatiza cómo el proceso intersubjetivo, es crucial:

El proceso intersubjetivo en psicoterapia es más importante que el contenido de la psicoterapia. La intersubjetividad se refiere a la síntesis de dos personas compartiendo juntas una experiencia (...). Una psicoterapia efectiva emerge con la creación de una nueva perspectiva y comprensión —una síntesis única. Se origina una nueva síntesis psicológica cuando hay un contacto auténtico y abierto entre dos personas. Cada una está influida por la otra, el proceso de terapia es co-creado. (Erskine, 2015/2016, p. XXXV-XXXVI)

También se pretende subrayar en este artículo cómo toda conducta y todo síntoma, como es la crítica interna (que suele devenir en obsesiva), tiene funciones psicológicas importantes a descubrir. En la medida en que la persona pueda ir comprendiéndolas, podrá ir “soltando” la autocrítica y sintiéndose valiosa por quien es.

Añadir por último que para la disolución de la crítica interna será necesario, además de esa terapia relacional, un trabajo terapéutico interno que permita la reorganización intrapsíquica, esto es, integrar los aspectos de la personalidad que fueron ignorados, escindidos o repudiados. Todo ello requiere una psicoterapia implicada, pausada y suficientemente prolongada en el tiempo para proveer de experiencias correctoras o reparadoras, de una relación con contacto, en un inicio con el/la terapeuta y progresivamente generalizándolo con otras personas (sea en grupo terapéutico, o en sus relaciones cotidianas).

La Crítica Interna

Los clientes que acuden para iniciar una psicoterapia llegan con demandas muy diversas: expresan que tienen baja autoestima, que se sienten deprimidos, que están ansiosos, se muestran inseguros e indecisos en mitad de alguna crisis, algunos viven preocupados y/o tienen obsesiones que no saben cómo parar, otros dicen que se sienten solos y no entienden lo que les pasa... Pueden mostrarse complacientes y amables y, con frecuencia, no saben qué sienten ni qué necesitan pero sea cual sea la demanda, a menudo desde las primeras sesiones e incluso desde la primera sesión, articulan comentarios y experiencias que dejan en el aire su autocrítica. Maite tenía 24 años cuando inició la terapia. Lo hizo porque acababa de interrumpir sus estudios de máster y en una fase inicial del tratamiento expresaba: “no he podido acabarlo, estaba muy mal, yo me corto mucho en las conversaciones de grupo, no estoy cómoda en los grupos grandes y dejé de ir a clase; soy introvertida y poco sociable, además creo que soy incómoda para mis compañeras; siento vergüenza y miedo y me menosprecio, me decía que “tú no vales”, así que me aislé. Y no he podido acabar el máster, pero nadie lo sabe, ni siquiera mi pareja... con todo lo que se han gastado mis padres”.

Otras veces, la autocrítica no es evidente, pero está implícita en su narrativa. Una clienta, Agurtzane, hablaba repetidamente de sus nervios y sus miedos en su trabajo: “no puedo, estoy bloqueada, muy nerviosa, no soy capaz, no sé si sirvo, no sé si estoy haciendo bien...”, o cuando hablaba de su relación de pareja señalaba: “yo no soy fácil, estoy mal, le cuento mis problemas... pero no sé cómo tener un equilibrio perfecto”. En realidad, sus miedos e inseguridades no son tanto afectos, cuanto críticas a sí misma por no ser la persona y profesional perfecta e infalible que se exige ser.

Sean autocríticas explícitas o sean implícitas, los y las clientas que la experimentan, transmiten un gran sufrimiento y peso en su espalda (a menudo, dolor físico en cervicales, dorsales, hombros, lo que conocemos como retroflexión), con malestar psíquico y sensación frecuente de no encontrar una salida.

La crítica interna es también un recuerdo, puesto en primera persona, de una crítica que fue externa; cuenta que la persona que se critica tuvo repetidas experiencias de ser criticada, o de impregnarse de dicha crítica de forma vicaria (la crítica dirigida a algún otro, hermano/a o la crítica a otro alumno/a). Un cliente, Luis, contaba que escuchó repetidamente con fuerte tono de enfado, cómo su padre durante años, criticaba y reñía a su hermano mayor por los suspensos y las constantes quejas de los profesores. Cuando Luis, en su trayectoria de buenas notas, suspendió algunas asignaturas en mitad de su adolescencia, pensó que causaba la misma decepción y enfado a su padre que la que había visto numerosas veces con su hermano; y tuvo la sensación interna de “fracasado”. Nunca habló con su padre de ello, pero esa sensación duró hasta la etapa adulta.

La crítica interna puede ser incluso un recuerdo de los vacíos, de la falta de validación y la falta de reconocimiento. Como la clienta que repetida y despectiva-

mente dice “soy una mediocre” porque en su familia hubo un hermano mayor muy brillante académicamente que recibía una y otra vez el reconocimiento materno por su sobreesfuerzo, su disciplina, sus excepcionales resultados académicos, por tener el mejor expediente... De modo que concluyó, y sigue creyéndolo 30 años después, que no vale, que no es suficiente, y se siente mediocre a pesar de que cursó una carrera superior y tiene un reconocido puesto de trabajo.

Es por tanto un recuerdo, no consciente, de la ausencia de contacto relacional.

Una Historia de Soledad

La curiosidad por comprender e incluso validar este síntoma tan incómodo y doloroso que es la crítica interna, lleva al terapeuta a indagar fenomenológica e históricamente sobre posibles experiencias actuales de crítica (si son criticados por sus parejas, sus padres, sus jefes, sus compañeros de trabajo...) y sobre sus experiencias familiares y escolares tempranas. Y posteriormente sobre las importantes funciones psicológicas que cubre la persona con la autocrítica.

Con frecuencia, el/la cliente cuenta una visión idealizada de sus experiencias familiares tempranas, en la que expresa los aciertos y los recuerdos gratos de sus progenitores; en numerosas ocasiones, la persona reitera que no recuerda lo vivido pero que supone que fue bien. En el transcurso de la terapia y sobre todo gracias a la presencia del terapeuta que muestra repetidamente su interés y su implicación con indagaciones fenomenológicas e históricas, algunas personas, comienzan a recordar, a tomar conciencia, y a compartir experiencias repetidas de haber sido criticadas y avergonzadas, invadidas, comparadas, insultadas y maltratadas. Juan es un cliente que llegó muy angustiado por las repetitivas discusiones con faltas de respeto entre sus progenitores. Desde las sesiones de evaluación fue describiendo cómo a menudo, siendo un niño y/o adolescente, también él recibió esas críticas irrespetuosas y una alta presión para alcanzar las metas que sus progenitores consideraban. Como esto chocaba con su necesidad de autodefinición y de hacer impacto, trató de ser fiel a sí mismo y desechó los objetivos hacia los que era presionado. Pero fue descalificado por quienes más quería: “¿Qué pasa, que tú eres tonto o qué? ¿pueden otros y tú no?” con un tono despectivo que le causó gran dolor y mucho sentimiento de culpa. Tonto, retrasado, inútil, desordenado y un tono de rechazo han sido calificativos que recibió, incluso de adulto. Con la terapia fue recordando experiencias más tempranas y pudo identificar como agresivo ese patrón de relación que le fue tan familiar que le pasaba completamente desapercibido.

A medida que el vínculo con el/la terapeuta es seguro, el/la cliente podrá observar cómo en los conflictos actuales, con frecuencia, “tiene un pie en el pasado”:

Creemos que el malestar psíquico surge del fracaso relacional: cuando de un modo reiterado, nuestras relaciones significativas no satisfacen las necesidades relacionales básicas. De igual modo, creemos que la sanación se da en el contexto de una relación que, de un modo activo, responde a esas necesidades o las satisface. (Erskine et al., 1999/2012, p. 32)

Compartir en sesión estas experiencias dolorosas de quienes hubiera esperado que fueran los proveedores de cuidado, amor y protección duele tanto que lleva al cliente a esconderlo, a minimizarlo y a justificarlo. Juan expresaba “¡va!, a mí no me parece tan inadecuado, yo ya estoy acostumbrado y decirme tonto no es tan serio... De hecho, yo también lo hago con frecuencia”. Otro cliente repite: “eran otros tiempos, era la dictadura, eso pasaba en todas las casas, era para todos igual; todos mis amigos han recibido azotes, insultos o golpes con el cinturón o ¿tú, no te acuerdas?; no nos hacían ni caso y pasábamos las tardes jugando solos en la calle. Solo cabía obedecer y acatar lo que los padres y madres mandaban”.

Valorando la lealtad de los/las clientes a sus familias y a los modos de afrontamiento aprendidos en ella (en ocasiones, inadecuados e ineficaces), la tarea del terapeuta será descubrir junto con el/la cliente cuáles fueron los principales fallos relacionales, cuándo y cómo ocurrieron y cómo los manejó el/la cliente. Los modos en que el/la cliente pensó, sintió, interpretó y actuó siendo niño suelen generalizarse (Bowlby, 1988/1995) y la persona llega a la etapa adulta usando patrones relacionales automatizados que son completamente inconscientes; los actúa sin pensarlo, pero los resultados son insatisfactorios o nocivos. Dichos patrones relacionales inconscientes constituyen el guion de vida.

Cuando somos bebés o niños pequeños (puede que incluso antes de nacer), empezamos a desarrollar las reacciones y las expectativas que definen para nosotros la clase de mundo en el que vivimos y el tipo de personas que somos. Estas respuestas, que en un principio se hallan codificadas a un nivel físico en el tejido corporal y en las incidencias bioquímicas; más tarde a nivel emocional y luego a nivel cognitivo en forma de creencias, actitudes y valores, forman un tipo de proyecto que guía la manera en que vivimos nuestras vidas. (Erskine y Moursund, 1988/2014, p. 40)

Los clientes que acuden a psicoterapia fueron niños y bebés vulnerables, que se esforzaron y a menudo no lograron tener una relación con contacto con sus progenitores. Cualquier bebé busca de forma natural el contacto, el soporte, la vitalidad, la ternura y la seguridad de una madre:

Los niños sanos, niños que no han sido dañados por su entorno, no saben cómo censurarse del modo en que los adultos han aprendido a hacerlo. No apartan de la consciencia eventos internos molestos o indeseados: cuando surgen necesidades, el bebé se ocupa de ellas inmediatamente. (Erskine et al., 1999/2012, p. 35)

De modo que, si está enfadado, llora, protesta; si tiene miedo, frío, o ganas de jugar y/o de explorar el interesante mundo que le rodea, busca al adulto con quien puede satisfacer ese deseo o esa necesidad. Y sin la censura del adulto, aprende a tener contacto interno, a reconocer sus sensaciones, sus afectos y sus necesidades; y aprende el contacto externo, aprende a interactuar con sus progenitores para obtener lo necesitado: “Los niños necesitan a cuidadores humanos que cubran sus necesidades vitales; y el simple contacto con esos cuidadores les es tan necesario

como la comida o el cobijo” (Erskine et al, 1999/2012, p. 34). Si obtienen respuestas sintónicas construyen un apego seguro:

Un rasgo de la conducta de apego de enorme importancia clínica, prescindiendo de la edad del individuo, es la intensidad de la emoción que lo acompaña, dependiendo el tipo de emoción originada, de cómo se desarrolle la relación entre el individuo apegado y la figura de apego. Si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazada surgen los celos, la ansiedad y la ira. Si se rompe, habrá dolor y depresión. (Bowlby, 1988/1995, p. 16)

En cambio, cuando los adultos no están disponibles, cuando las madres y/o padres son invasivos, controladores, hipercríticos o tal vez ausentes, cuando han tratado a sus hijos como si fueran de más edad, dichos niños crean un apego inseguro (con mayor frecuencia evitativo o aislado) y aprenden a callar, a no pedir, a retirarse, y evitan la relación, creyéndose insuficientes o incompetentes. Entonces, se esconden detrás del miedo; pero emerge un diálogo interno en que se dispara la autocrítica. La relación les supone tal estrés que en esa retirada encuentran la seguridad, un modo solitario de auto estabilización y de auto regulación de sus afectos y también una manera de preservar su identidad en vez de cubrir la necesidad de seguridad, estabilización y regulación del afecto con sus progenitores, mientras paradójicamente se acompañan de más crítica.

La autocrítica de los/las clientes cuenta una historia de experiencias dolorosas. Es el modo inconsciente que encuentran para “mostrar” lo que nunca antes habían hablado sobre sus experiencias de negligencia, de maltrato, de humillación y de vergüenza, de sus conflictos originales; a veces, del trauma acumulativo y, a veces, del trauma agudo. Y tiene además la pretensión inconsciente de reparar la necesidad original:

En todos los estadios de la vida, las variadas formas de transferencia de los pacientes parecen representar, entonces, un intento de implicar al analista como ser generativo en la repetición de crisis vitales seleccionadas con el fin de restaurar un dialogo evolutivo previamente roto. (Erikson, 1982/1985, p 135)

Padres y madres, profesores o adultos encargados del proceso de socialización consideran, con frecuencia, que su tarea les permite definir y juzgar a sus hijos/as o alumnos/as. Incluso, a veces, creen que su crítica es una herramienta para motivar y desafiar, destacando fallos e ignorando aciertos. Pero los niños que recibieron adjetivos como vago, pesado, movido, infantil, lento, mediocre, iluso u otros, o los que percibieron miradas de decepción o rechazo, se duelen y comienzan a pensar negativamente sobre sí mismos.

La no sintonía rítmica, emocional y evolutiva de los cuidadores principales con los niños tiene importantes consecuencias en la identidad que el niño va forjando de sí cuando concluye, que “algo malo hay en mí”, “no soy suficiente” o “soy un inútil” que son creencias de guion. Las creencias de guion son los cierres

artificiales, a menudo cognitivos que encuentra el niño, cuando de forma repetida sus necesidades relacionales no son satisfechas.

En esencia, el guion responde a la pregunta, ¿Qué hace una persona como yo, en un mundo como este, con gente como tú? Las respuestas conscientes e inconscientes a esta pregunta conforman las creencias de guion –la compilación de reacciones de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas y esquemas procedimentales, decisiones explícitas, medidas de autoprotección y refuerzos que se produjeron bajo estrés, durante el proceso de crecimiento. Las creencias de guion se pueden describir en tres categorías: las creencias sobre sí mismo, las creencias sobre otros y las creencias acerca de la calidad de la vida. Una vez adoptadas, las creencias de guion influyen sobre los estímulos (internos y externos) a los que se va a prestar atención, sobre la forma de interpretarlos, y sobre si se responderán o no. Se convierten en profecía autocumplida. (Erskine, 2015/2016, p. 10)

Agurtzane daba diferentes muestras de sus creencias de guion: “Yo soy muy insegura, no sé si hago bien, me asusto mucho y no sé si sirvo...”. Transmitía yo “no soy suficiente”; los otros “son seguros, saben, son más funcionales. Y si no saben no se complican la vida”. Y en la vida “hay que aguantar, seguir, trabajar duro...” hasta que, pudo explicitar que lo que concebía como un trato sobreprotector, era exigencia y crítica.

En casos similares a los descritos, la crítica se convierte en un patrón abusivo de relación. La crítica externa de esos progenitores para con sus bebés o niños pequeños guarda relación con sus asuntos pendientes, con lo inconsciente; a veces, con la envidia hacia sus hijos que tienen tal vez la atención y el cuidado o las oportunidades que ellos no tuvieron. Otras veces con el desplazamiento hacia el pequeño de sentimientos de rabia y odio, por la pérdida del amor y la atención de la pareja, o por la proyección de sentimientos enconados y enquistados con sus respectivos progenitores. Lo que se hace para “educar” desde la crítica, la ridiculización, la descalificación y /o el descuento puede ser una coartada para, en realidad, “ajustar cuentas”, desde el resentimiento del Estado Niño del Yo, o bien desde la introyección parental (Estado Padre del Yo) o una combinación de ambas. “El Padre puede funcionar como un estado activo del ego, o también como una influencia” (Berne, 1961/1975, p. 41).

La crítica es también un modo de control; criticando o humillando a una persona, se mantiene asustado a todo un grupo, por ejemplo, una clase. Y quien lo recibe puede experimentarse avergonzado e indefenso. La vergüenza, tan frecuente entre los individuos criticados, es un proceso de autoprotección para evitar los sentimientos de humillación e impotencia ante la pérdida de contacto (Erskine, 2015/2016). Así también lo consideran Masana y Martín (2017) cuando expresan que “la vergüenza igual que la culpa es una emoción interpersonal. En la culpa el fallo está en hacer, en la vergüenza el fallo está en el Ser” (p. 25).

De la Crítica Externa a la Crítica Interna

Las personas que como adultas pueden construir vínculos seguros, confianza en sí mismos y confianza en los demás, son individuos que siendo bebés o niños pequeños tuvieron una respuesta satisfactoria a sus necesidades relaciones de seguridad, validación, presencia de madres y padres confiables, consistentes y dependibles, que pudieron compartir sus experiencias, autodefinirse y hacer impacto, que obtuvieron la iniciativa que necesitaron de sus progenitores y pudieron libremente expresar gratitud y amor por lo mucho y bueno recibido (Erskine et al., 1999/2012).

En estos casos de parentalidad positiva y de desarrollo sano se permite al niño/a tener afectos, deseos, necesidades y la posibilidad de mostrarlos y satisfacerlos, y se facilita el logro de lo que Erskine (2009) denomina *yo vulnerable completo*. Este self vulnerable completo es natural, es sensible y está lleno de vitalidad, curiosidad, ganas de explorar... está lleno de necesidades.

Cuando no ha sido así, es decir, cuando la parentalidad es inadecuada y el desarrollo no fue sano, aparece/puede aparecer el proceso de la crítica. El origen de la crítica interna es un proceso relacional temprano e inconsciente. Los clientes cuando ya confían en su terapeuta pueden poner palabras a sus recuerdos explícitos de haber sido humillados y avergonzados, a partir de 4 o 5 años. Sin embargo, no pueden compartir lo vivido de 0 a 3-4 años, sus memorias inconscientes y sub-simbólicas (que son si cabe, más determinantes que las memorias conscientes): no van a recordar lo ocurrido de bebés, lo previo al lenguaje; lo que ocurrió cuando sí tenían lenguaje pero no tenían los conceptos, o aquello de lo que nunca se habló en la familia; lo que necesitaron pero no tuvieron (gestos amorosos, respetuosos y una experiencia de seguridad, estabilización); lo que tuvieron que no necesitaron (burlas, descuentos), ni lo que fue tan doloroso que lo negaron y olvidaron.

Todas esas memorias implícitas tempranas aparecerán en los modos en que la persona expresa sus conflictos actuales, en cómo piensa y organiza sus experiencias, en sus afectos y estarán imbricadas en lo fisiológico. El terapeuta, desde su sintonía evolutiva y utilizando diversos métodos relacionales facilitará que el cliente pueda convertir sus recuerdos implícitos y procedimentales en una narrativa. “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 terapéutico” (Erskine, 2019b, p. 6).

Necesariamente, el terapeuta estará atento a lo no verbal, a los afectos, a sus patrones de apego, a posibles y breves regresiones espontaneas, y a lo que ocurre en los procesos internos del cliente para facilitar la psicoterapia de la experiencia inconsciente (Erskine, 2015/2016).

Cuando las figuras parentales fueron exigentes, críticas, maltratadoras y/o invasivas y el niño fue castigado, rechazado, descontento y no obtuvo respuestas sintónicas ni a sus necesidades relacionales, ni a sus necesidades evolutivas (en lo cognitivo, en lo afectivo, en su ritmo) el resultado es el trauma acumulativo por

los cientos de fallos relacionales.

Este trauma acumulativo produce daño e importantes consecuencias en la formación del self, porque la persona va a comenzar a esconderse y a fragmentarse. El déficit de respuestas cariñosas, sensibles y la falta de conexión con sus figuras parentales le impedirá salir hacia el mundo de forma relajada y le llevará a no tener consciencia de su necesidad de contacto y a apagarse: solo, triste, desapegado de sus necesidades y deseos. Además, dado que el niño cree que sus necesidades y peticiones son inaceptables, se escinde de ellas y desarrolla sus creencias de guion sobre sí mismo, (“yo soy tonto”, “soy estúpido” o “soy un mediocre”), sobre los demás (“nadie estará para mí”, “cuidado, no te puedes fiar”) y sobre el mundo (“ya se sabe, cada uno va a lo suyo”, “sálvese quien pueda”) que constituyen las rupturas del proceso esquizoide (Erskine, 2015/2016).

El proceso esquizoide es un proceso defensivo; consiste en escindir amplias porciones de la experiencia intrapsíquica, en desconectarse de las experiencias de sobreexigencia, crítica, o abandono porque producen dolor, miedo, enfado, mucho más de lo que un bebé o niño pequeño puede tolerar y modular. Berne (1961/1975) al conceptualizar y describir los estados del yo, describió un yo fragmentado por el trauma y cómo la fijación de los estados del yo niño interfiere en el funcionamiento del estado adulto del yo en el hoy.

Pero ¿cómo ocurre ese proceso de fragmentación? Erskine describe cuatro rupturas en el desarrollo del proceso esquizoide (Erskine, 2009).

Primera Fragmentación: el Self Autentico / Falso Self

Cuando el niño/a, antes de los 9 meses, percibe (primero corporalmente –desde la sensopercepción– y luego afectivamente) que sus señales, sus expresiones de afecto o necesidad y sus demandas naturales causan rechazo, desagrado... en sus progenitores, comenzará a sentir miedo, miedo de mostrarse como realmente es, miedo a ser natural (por ejemplo, expresar enfado cuando algo no le gusta o molesta, o tristeza si necesita ser abrazado y su llanto no lo consigue...). Es tal su necesidad de cuidado parental que va a comenzar a adaptarse con trasposición del afecto: si su afecto genuino no logra la respuesta necesitada, cambiará su afecto para ser aceptado; ya que por encima de todo necesita encajar en esa familia y con esos progenitores. Puede poner buena cara, aparentar alegría, pero sobre todo esconderá su miedo, su enfado y su tristeza para minimizar la respuesta dolorosa parental. Comienza su aprendizaje de construir la fachada social con la esperanza de que, si muestra lo que los otros esperan, si suprime ciertos sentimientos no aprobados en el seno de su familia y si realiza determinados comportamientos de estilo complaciente, entonces será aceptado. Pendiente de esa mirada de aceptación el niño/a puede adoptar creencias del tipo: “si soy un niño bueno, obediente y no protesto... me querrán” y el enfado queda completamente soterrado.

Este mecanismo cubre una importante función: permite mantener la esperanza y la sensación de seguridad que da la adaptación a las personas y al mundo. Ade-

más, minimiza la consecuencia de la renuncia al yo auténtico y a las necesidades sentidas y la persona comienza a perderse de sí misma.

Ayudar a los clientes (sobre todo con terapia relacional y/o trabajos de silla vacía) a identificar lo que piensan, a identificar y expresar sus necesidades, sus sentimientos, sus deseos y sus posibilidades, en lugar de sonreír, agradar, callar, cuidar, no pedir... será una tarea relevante a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Segunda Fragmentación: la Introyección / la Crítica Introyectada

A medida que el niño crece va adquiriendo más y más recursos y con ello aumenta la probabilidad de expresar lo que piensa, siente y necesita. Hacerlo puede suponer un mayor enfado y rechazo de los progenitores, con lo que su miedo y dolor aumentan por lo que encuentra una solución espléndida: introyectar a la figura parental criticadora. Esta es la segunda ruptura. Toma la personalidad del otro, “se la traga” decían Perls et al. (1994/2006), la mete dentro de sí y deja de tener el problema con la figura real de su madre o de su padre, deja de oír su voz fuera. Perls et al., hacen un símil de la introyección con la alimentación: “El alimento físico digerido y asimilado, propiamente, se convierte en parte del organismo; pero la comida que “se queda como plomo en el estómago” es un introyecto, eres consciente de ella y deseas vomitarla” (1994/2006, p. 532).

Introyecta la voz que insulta y dice “eres tonto”, “eres inútil”, “eres una mediocre”, e introyecta gestos, conductas, actitudes, y puede “mirarse con desprecio” y boicotearse una y otra vez. Al no poder asimilar esa voz introyectada, se queda dentro impidiendo el contacto interno (esas emociones auténticas y reales) y externo (lo que uno no reconoce dentro, no lo tiene disponible para con los demás).

La introyección se produce en ausencia de satisfacción de las necesidades relacionales; es una identificación inconsciente defensiva con elementos de la personalidad del otro como compensación por las necesidades relacionales no satisfechas. (Erskine, 2015/2016, p. 259)

Esa falta de contacto y de sintonía con las figuras parentales duele tanto al niño o la niña, que defensivamente, internaliza al progenitor; así consigue tener la impresión de relación con sus progenitores, sin ser consciente de que ello supone una pérdida del self.

A través de la introyección, el niño convirtió a la persona parental en parte de su self psicológico, es decir, de su yo. Si bien este aspecto del yo puede adquirirse a través de la interiorización de personas diferentes de los verdaderos padres (cualquiera de la “personas mayores” en la vida de un niño pueden introyectarse y convertirse en una parte del yo). (Erskine et al, 1988/2014, p. 29)

La crítica introyectada contiene los vestigios de lo que en un momento dado se le dijo (tonto, inútil, mediocre) o se le hizo a un individuo dado en su niñez (humillar, sacar faltas, maltratar, insultar y faltar al respeto, forzar a un ritmo mayor, ridiculizar en público, etc.).

Esta segunda ruptura servirá para mantener oprimido al self vulnerable y acallar al niño en su expresión genuina.

El terapeuta deberá ayudar al cliente a darse cuenta de qué parte de la personalidad del adulto cuidador “se ha tragado” y permanece indigesta dentro de sí, para que pueda diferenciar su yo del yo parental y desactivar su influencia negativa, así como tomar conciencia de las conductas inadecuadas que internalizó de sus padres.

Se podrá oír la introyección de los/las clientes cuando usan la segunda persona del verbo: por ejemplo, “Eres un fracasado, no eres suficiente”.

La psicoterapia integrativa, ha desarrollado un método para trabajar directamente con las introyecciones psicológicas, que es, hacer terapia con el padre o la madre que está en la cabeza del cliente/a. El/la terapeuta ayudará al cliente a *catectizar* la introyección, esto es, a “*ser ese padre o esa madre*” a asumir sus características, sus creencias y sentimientos, esperanzas y necesidades..., a adoptar, en definitiva, el carácter de la persona introyectada, incluso sus gestos. Y el/la terapeuta hará psicoterapia de ese padre o madre introyectado, con el objetivo de sanar las escisiones y distorsiones del otro introyectado y permitir así al cliente deshacer dicha introyección.

A menudo, cuando la terapia avanza y la persona va siendo consciente de su yo vulnerable puede despertar la crítica introyectada y rápidamente, puede aparecer la voz parental criticando al Niño auténtico. Por ejemplo, después de un trabajo profundo, el cliente puede comentar “seguramente, yo esté exagerando” o “¿quién me dice a mí que son verdaderos recuerdos?... porque igual me lo estoy inventando”; o tal vez en la sesión siguiente no recuerda nada o dice que ya lleva mucho tiempo haciendo terapia y que tal vez es hora de ir finalizándola.

Tercera Fragmentación: el Padre de Fantasía o Padre Autogenerado / la Crítica Interna Autocreada

El niño/a sigue madurando y comienza a darse cuenta de que esa voz interna que le critica es la voz parental dentro de sí mismo, incluso cuando mamá y papá no están presentes. Escuchar la voz introyectada se convierte en algo amenazante (podría enfadarse y distanciarse de los progenitores reales si es fiel a sus propios sentimientos) así que ha de buscar una solución: crea un ogro interno, una bruja malvada interna, que Erskine y Moursund (1988/2014, p. 29) denomina *Padre de la Fantasía*, que es más dura, más crítica y malévola que las voces introyectadas.

Crear imagos de personajes fantaseados es muy frecuente en la infancia temprana; también fantasean con hadas madrinas y figuras buenas como forma de proveerse de control, estructura, cuidados o cualquier cosa que esa personita necesite.

A medida que van madurando, los niños suelen desprenderse de estas imágenes autogeneradas. Pero cuando el niño reprime la consciencia de sus necesidades, sus sentimientos y sus recuerdos para sobrevivir en la familia, la imagen autocreada, se fija y no se integra en el aprendizaje de las etapas posteriores del desarrollo. (Erskine y Moursund, 1988/2014, p. 31)

Así, sin cuidadores sintónicos, el Padre autocreado queda fijado. Este “monstruo autogenerado” (que a menudo es un Niño un poco más mayor, un adolescente que trata de poner a salvo al Niño más pequeño) es omnipresente, aplastante, pero muy efectivo porque así convierte de nuevo en buenas a las voces parentales y funciona como una personalidad introyectada.

La función del Padre autogenerado es evitar el recuerdo original de unos padres negligentes y mantener en silencio su parte vulnerable asustada.

En Psicoterapia Integrativa se trabaja para diferenciar y separar la crítica introyectada, (que aparece y se oye en segunda persona “tú eres...”) de la crítica autocreada (que aparece en primera persona “yo soy...”) y trabajar en profundidad cada estado del yo, siempre sabedores de que la crítica interna es mucho más fuerte y destructiva de lo que el cliente cuenta y que a menudo, le da vergüenza mostrar la crueldad de dicha crítica.

Cuarta Fragmentación: el Yo Escondido en la Mazmorra

Cuando en el hoy el/la cliente se encuentra con nuevas críticas externas (de sus jefes, compañeros, pareja...), tanto estrés le resulta insoportable y se escapa a su escondite: la mazmorra fortificada del castillo. Por fin, aislado, encuentra la seguridad y se siente a salvo, sin crítica, no sentirá la tristeza, podrá estabilizarse y recomponer su corazón roto.

En esta ruptura el/la cliente necesitará que dotemos de palabras y de conceptos a su experiencia. Para ello son necesarias las descripciones terapéuticas, afirmaciones respetuosas, delicadas y sintónicas con su miedo y su ritmo, que pongan palabras a sus pequeños gestos de estrés, conscientes de que esa retirada fue el mejor ajuste creativo que el niño pudo hacer como reacción de supervivencia.

O'Reilly-Knapp (2016) conceptualizó el apego inseguro aislado como personas temerosas de ser invadidas, aunque hambrientas de relación y contacto. Describe en profundidad la naturaleza del proceso esquizoide y el sentido del retraimiento que permite a la persona evitar el colapso psicológico:

Trabajar el vínculo puede ayudarnos a entender cómo perduran el aislamiento y el desapego respecto a los demás en el compromiso esquizoide.

El compromiso implica permanecer suspendido entre el contacto deseado con los demás y el retraimiento respecto a ellos. (p. 5)

Dicho de otro modo, más visual, la persona está con un pie en la relación y otro en la retirada; con un pie en el hoy y otro en el ayer.

Pseudoventajas de la Autocrítica. Funciones Psicológicas de la Autocrítica. La autocrítica, introyectada o autogenerada, es una manera de “estar con otro”: una parte del yo que critica a otra parte. Es compañía y paradójicamente también es una distracción de la soledad, sea actual (a menudo, por no suficientes experiencias y relaciones con contacto), sea arcaica. *Soledades que duelen, soledades que acompañan.*

Mientras la persona está escuchando esas voces internas, no toma conciencia

de la crítica original, ni de los sentimientos por haber sido criticada o humillada por sus seres más queridos. Es, por tanto, un modo de interrumpir el contacto interno. La principal evitación, el principal mecanismo de defensa es no sentir el dolor original.

La persona sufre por su crítica interna y se daña poderosamente, pero de forma inconsciente evita recordar; le permite cierto autocontrol y minimiza su sensación de vulnerabilidad. Es pues, un modo de no pensar, de no hacer asociaciones, de no hablar de lo vivido. Es una manera de negar lo vivido o la importancia o gravedad de lo vivido.

Y es una forma de no sentir o de minimizar lo sentido; a veces, de no sentir lo actual, sean crisis, duelos, vacíos; otras, de no sentir el dolor original.

Con frecuencia, es un modo de desplazar la rabia y la protesta. La persona en lugar de enfadarse hacia fuera, con la figura parental que la ha maltratado o humillado, se enfada hacia dentro, consigo misma, pero en forma de autocrítica y auto látigo; lleva la rabia hacia una misma.

Otras veces, hay familias que se relacionan desde la crítica, pero sentirla es tan dolorosa que sus miembros la niegan y niegan también la importancia de las conductas agresivas y/o violentas; pero esa crítica se queda “flotante” y puede ser actuada entre hermanos; de este modo, los progenitores pueden seguir siendo “buenos” y permanecen idealizados. Este es un “truco inconsciente” para seguir siendo hijos y no crecer más que las figuras parentales.

A veces, la crítica interna obsesiva es una manera de no sentir la depresión infantil que fue encapsulada y es una forma en que la persona puede perseverar, puede estar ocupada y activa, puede sostenerse estudiando más, trabajando más o escalando en puestos de trabajo de mayor responsabilidad y prestigio. Permite pues a la persona, trabajar duro, seguir sin parar... para progresar, evolucionar y llegar a nuevas metas (si bien es desde la compulsión del guion y no desde la libertad y la salud); así que es también un modo de automotivarse y de estructurar el tiempo.

Es una defensa, es un mecanismo de autoprotección que evita a la persona la experiencia de ser envidiada y potencialmente dañada. Tener una actitud de inseguridad o, si pensamos en las especies animales, ir por la vida con la cabeza agachada, no despierta la rivalidad, ni la envidia de los otros que pudiera ser agresiva y destructiva (sean iguales –amigos, colegas, hermanos...– sean jefes o superiores, formadores...) y a veces, es también un modo de evitar sentir la envidia hacia otras personas a las que se considera mejores o superiores.

En este sentido, puede ser una manera de evitar responsabilidades y de no afrontar retos nuevos.

Es un modo de crear una identidad (desde una creencia de guion como “no soy suficiente, no sé bastante, no puedo” ...), aunque sea antigua y “fijada”, pero provee de seguridad. Además, proporciona sensación de continuidad respecto a quién uno fue, y de predictibilidad, de quién uno será, de lo que podrá esperar de otros y de cómo seguirá siendo en el mundo. Identidad, integridad, predictibilidad, continuidad...entre otras, son funciones psicológicas que el cliente necesita des-

cubrir y entender. La persona encontró en las creencias de guión y en los patrones procedimentales el modo de sobrevivir y lo hizo en solitario; cuando los progenitores no saben o no pueden dar la estabilización, la regulación y el soporte que todo niño necesita, este aprende a regularse y estabilizarse a solas (Erskine, 2015/2016) y en la etapa adulta desestima otras opciones.

En la terapia, gracias a la dependibilidad, la ética y la consistencia del terapeuta, y gracias a su implicación y presencia sostenida, el/la cliente podrá crear un vínculo seguro que le permita entender dichas funciones psicológicas y, sobre todo, cubrir esas funciones por un tiempo con dicho terapeuta, hasta realizar el trabajo intrapsíquico necesario que le posibilite ser plenamente consciente de sus experiencias emocionales y desactivar su guion de vida.

Con el proceso terapéutico el/la cliente podrá abandonar la crítica interna compulsiva y cualesquiera otros patrones relacionales inconscientes. Esa experiencia de regulación con otros o de sana autorregulación desde las capacidades adultas necesita ser generalizada; a veces gracias al grupo terapéutico, que puede proveer de numerosas experiencias reparadoras y otras, gracias a las relaciones que el cliente va creando con sus seres más queridos.

Así la autocrítica dejará de ser necesaria. Reaparecerá en situaciones de estrés, pero irá perdiendo fuerza y sentido, de modo que la persona llegará a disfrutar de relaciones interpersonales satisfactorias, saborear sus proyectos y disfrutar de la vida, con conflictos e incertidumbre incluidas.

Referencias

- Berne, E. (1975). *Análisis Transaccional en Psicoterapia. Una psiquiatría sistemática, individual y social* (J. Vacarezza, Trad.). Editorial Psique. (Trabajo original publicado en 1961)
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego* (E. Mateo, Trad.). Editorial Paidós Ibérica. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo vital completado* (E. Prieto, Trad.). Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1982)
- Erskine, R. G. (septiembre 2009) *Psicoterapia de la crítica interna, la retirada o el aislamiento: El proceso esquizoide*. [Seminario presencial]. Instituto Bios de Psicoterapia Integrativa. Arcenales, Bizkaia, España.
- Erskine, R. G. (2013). Vulnerability, authenticity, and inter-subjective contact: Philosophical principles of integrative psychotherapy [Vulnerabilidad, autoenticidad, y contacto intersubjetivo: principios filosóficos de Psicoterapia integrativa]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4(2), 1-9. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/78>
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez Burgos, Trad.). Editorial Karnac. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G. (2019a). Developmentally based, relationally focused integrative psychotherapy: Eight essential points [Psicoterapia integrativa basada en el Desarrollo y centrada en las relaciones: ocho puntos esenciales]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 10, 1-10. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/144/96>
- Erskine, R. G. (2019b). Child development in Integrative Psychotherapy: Erik Erikson's first three stages [Desarrollo infantil en psicoterapia integrativa: Las tres primeras etapas de Erik Erikson]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 10, 11-34. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/145>
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en Acción* (I. Arregui, Trad.). Editorial Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)

- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la Empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación* (N. Mestre, Trad.). Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Gómez Masana M. y Martín Corcuera B. (2017). Construyendo en relación un antídoto para la vergüenza. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 23-36. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.167>
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. y Goodman P. (2006). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana* (C. Vázquez Bandin, M^a C. García De Enterria, Trads.). Editorial Sociedad de cultura Valle-Inclán. (Trabajo original publicado en 1994).
- O'Reilly-Knapp, M. (2016). Entre dos mundos: el self encapsulado. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 3-19. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i105.136>

El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica

Ramon Rosal Cortés

editorial
MILENIO

VIVIENDO EN MUNDOS IMAGINARIOS. SINTONÍA, INDAGACIÓN E IMPLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS

LIVING IN IMAGINARY WORLDS. ATTUNEMENT, INQUIRY AND INVOLVEMENT IN THE TREATMENT OF PSYCHOSIS

Dr. José Manuel Martínez Rodríguez

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, España

Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa, Valladolid, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0084-7266>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez, J. M. (2021). Viviendo en mundos imaginarios. Sintonía, indagación e implicación en el tratamiento de las psicosis. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 97-111. <https://doi.org/10.3389/rdp.v32i118.487>

Resumen

Algunas personas experimentan intensas emociones mientras viven aislados en mundos imaginarios: pueden sentirse perseguidas, observadas, vigiladas, controladas, desposeídas de sus pensamientos, obligadas a experimentar sentimientos, imaginar nuevas y grandiosas identidades, experimentar transformaciones en su cuerpo, etc. Estas experiencias se han venido englobando en el concepto de "psicosis" en general, y más específicamente se describen en los denominados Trastornos Esquizofrénicos, Delirantes y en los Trastornos Bipolares Psicóticos. Tradicionalmente se ha interpretado estas experiencias como resultado de trastornos cerebrales. En cualquier caso, estas personas experimentan la intersubjetividad como una gran amenaza hasta el punto de temer la pérdida de su mismidad. La experiencia clínica muestra cómo un abordaje intersubjetivo con métodos de la Psicoterapia Integrativa es de gran ayuda terapéutica. Una terapia relacional que tenga en cuenta la indagación fenomenológica y que se interese por los estados mentales de la persona, que ofrezca una presencia terapéutica consistente y respetuosa, que sintonice con las fijaciones evolutivas y adapte el ritmo de la terapia a las necesidades de seguridad, de validación, de aceptación y definición del paciente facilita el acceso a un nuevo mundo compartido y a una nueva intersubjetividad.

Palabras clave: intersubjetividad, psicosis, esquizofrenia, trastornos delirantes, indagación, presencia, sintonía, fenomenología

Abstract

Some people experience deep feelings while living alone in their imaginary worlds: they may feel persecuted, watched, controlled, devoid of their thoughts, pressed to experiment feelings; they may imagine new and grandiose identities, experiment their body transformed, etc. Usually, these experiences have been included under the concept of psychoses, and specifically allotted to Schizophrenia Spectrum Disorders, Delusional Disorders or Psychotic Bipolar Disorders. These experiences have been usually understood as a symptom of an underlying brain illness. Anyway, these people experiment intersubjectivity as a big threat to the point to be afraid of losing their core self. Clinical experience shows us that an intersubjective approach with integrative relational methods is a big help. A relational therapy that takes into account phenomenological inquiry and that gets interested in the states of mind, offering the consistent and respectful presence of the therapist, attuned to the developmental fixations and rhythmic attuned to the needs of security, validation, acceptance, and self-definition of the patient, helps him or her to access to a new shared world and a new intersubjectivity.

Keywords: intersubjectivity, psychosis, schizophrenia, delusional disorders, inquiry, presence, attunement, phenomenology

Fecha de recepción: 2 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 24 de octubre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Inst.atpi@gmail.com

Dirección postal: Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa de Valladolid. Calle Morena, 23-2º A. 47009-Valladolid, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Las personas que viven en mundos imaginarios al margen de la realidad consensuada presentan dificultades particulares en el trabajo psicoterapéutico. Una de ellas es la confusión entre las propias fantasías y la realidad que inaugura la experiencia psicótica. Además, se duda sobre la utilidad de la psicoterapia en estos casos. La hipótesis predominante hoy en día sobre el origen y tratamiento de las psicosis es de tipo neurobiológico, lo que hace que se desaliente el emprender un abordaje psicoterapéutico.

Al margen de la vulnerabilidad biológica subyacente y de los factores socio genéticos que rodean la experiencia psicótica, ésta merece ser tomada en serio, atendida y tratada psicoterapéuticamente, no sólo ser considerada como un epifenómeno de un trastorno neurológico de base. Tal y como lo exponen Lysaker y Lysaker (2010) el pasar por alto las dimensiones experienciales de la esquizofrenia en primera persona conlleva el riesgo de objetivizar a los pacientes. Por otro lado, es necesario evaluar la confianza puesta inicialmente en el resultado de los tratamientos neurobiológicos puesto que un buen número de pacientes no consiguen reintegrarse a una vida social activa. Los estudios de casos hacen admisible la suposición de que la psicoterapia ha de ser una parte necesaria del tratamiento.

En este artículo vamos a presentar algunos conceptos que pueden resultar útiles para el tratamiento psicoterapéutico de las psicosis. Nos centraremos en la importancia de la fragmentación de la personalidad en estos trastornos y de los métodos que pueden ayudar a que el paciente desarrolle un Self más cohesivo. Los métodos de los que hablaré son esencialmente integrativos y de tipo relacional y requieren la implicación del/la terapeuta, su presencia y su sintonía como ejes del tratamiento.

El Espejo Fragmentado

Es importante que tengamos en cuenta algunos constructos de base que inspiren una psicoterapia integrativa y relacional de las psicosis. El Self se desarrolla en el contexto de una relación (Erskine y Trautmann, 1996; Erskine et al., 1999). Las partes fijadas del Self como estados del Ego reflejan rupturas relacionales con figuras de apego en el desarrollo. La vivencia de sí viene influida por los diálogos internos entre partes del Self.

Las personas que padecen trastornos del espectro de la esquizofrenia han experimentado serias rupturas relacionales y traumas agudos o acumulativos que determinan que la experiencia de sí sea muy frágil. La adaptación al entorno mediante una retirada esquizoide o una hipervigilancia paranoide pueden estabilizar durante años un tenue sentimiento de existencia. Investigaciones actuales ponen de relieve que las experiencias traumáticas infantiles representan un factor de riesgo crucial para el desarrollo de esquizofrenia y que los factores ambientales pueden predecir mejor el desarrollo de la misma que los factores de riesgo genéticos (Fisher et al., 2014; Stepniak et al., 2014). Hay datos que muestran que en la infancia de los esquizofrénicos se encuentran diversos tipos de abuso: emocional, por negligencia,

sexual o físico. Read et al. (2005) encontraron que de las personas en tratamiento el 69% de las mujeres y el 59% de los hombres habían sufrido abuso sexual o físico infantil. Ross (citado en Dell y O'Neil, 2009) ha señalado cómo la disociación crónica compleja se encuentra en el 25-40% de los pacientes, proponiendo incluso un nuevo subtipo clínico denominado Esquizofrenia disociativa.

La crisis psicótica puede ser desencadenada en la infancia o en la vida adulta por niveles intolerables de estrés o de conflicto que generan un sentimiento de invasión invalidante de la subjetividad, no bastando la retirada esquizoide para mantener el sentimiento de existencia. También ante una pérdida real o imaginada el sujeto puede verse acuciado por el terror a la aniquilación personal y la pérdida de la identidad. Durante las crisis psicóticas del espectro de la esquizofrenia, el sentimiento del Self nuclear se colapsa, y se ven afectados los sentimientos de cohesión espacial, de continuidad, el sentimiento de agencia y la afectividad, experiencias todas ellas que Stern (1985) identifica como definitorias de lo que denomina el Self nuclear: "Sólo en las psicosis más graves vemos una ausencia significativa de alguna de esas cuatro experiencias" (Stern, 1985, p. 96).

Stern (1985) señala cómo la ausencia de sentimiento de agencia puede manifestarse como catatonía, desrealización o estados paranoides en los que se reemplaza la autoría de la acción. La ausencia de coherencia del Self puede experimentarse como despersonalización, fragmentación y experiencias de coalescencia o fusión. También la ausencia de afectividad puede ser vivida como anhedonia o aplanamiento afectivo. La ausencia de continuidad puede expresarse como sensación de ruptura biográfica, fugas o estados disociativos.

Esto revela la función que el otro de la relación, perdido o invasor, venía desempeñando en la misma, esto es, un papel de regulación de la experiencia, contención, aglutinación, organización de sus diversas partes y mantenimiento de la identidad (Martínez y Fernández, 2013). En su estudio sobre relatos de pacientes en primera persona, Andresen et al. (2003) señalan cómo "una pérdida del sentimiento de identidad" es una de las claves del trastorno. El sujeto siente perderse a sí mismo, sensación de caos interno, pérdida de la unidad, ruptura interna. Así lo expresaba Gene Deegan en la historia de su recuperación personal de la psicosis: "Mi sentido de la identidad se desintegraba. La existencia misma parecía precaria" (Deegan, 2003, p. 369).

En este sentido el espejo relacional se rompe y no devuelve una imagen unificada al sujeto. En el patrón relacional previo a la crisis el otro de la relación parecía compensar las dificultades y le ayudaba a integrar las diversas partes de sí en un todo cohesivo, o a mejorar su comprensión de las mentes de otros. "Mi mundo a veces lo sentía como una casa distorsionada de espejos reflejándose infinitamente entre sí" (Deegan, 2003, p. 369).

Federn (1943/1984) señaló la retracción del sentimiento del Yo en las Psicosis. La crisis conduce a una experiencia del Self todavía más "disminuido" que antes y a perder el sentido "dialógico" (Lysaker y Hermans, 2007). Otros autores como

Nelson et al. (2014) proponen un trastorno del Self “mínimo” o “Ipseidad” en la esquizofrenia, designando con ese término el nivel del Self en el que la persona se siente sujeto de su experiencia. Este trastorno en la “Ipseidad” está ya presente desde la infancia y la temprana adolescencia.

El Self en las personas que luego desarrollarán psicosis parece estar disperso entre distintos sistemas relacionales con figuras parentales contradictorias que al ser introyectadas se traducen en una vivencia intrapsíquica de dispersión y fragmentación. Berne (1961/1985) describió en las psicosis la exclusión de estados del Ego y Mellacqua (2014) presenta un extenso análisis de estas sobre esta base.

El establecimiento de un patrón relacional simbiótico, mediante la pasividad, la negación y el descuento de uno mismo, los demás y las situaciones, permite una estabilización precaria. Este patrón relacional se mantiene mediante mecanismos de grandiosidad y redefinición descritos por Schiff y Day (1970) y por Schiff et al. (1975).

Otras personas realizan una adaptación paranoide ante la exposición sistemática a la frialdad emocional, la crueldad, el maltrato y la humillación, sin una defensa decidida por parte de los adultos que lo presencian, lo que genera un sentimiento de desconfianza e hipervigilancia ante la posible traición de las figuras de afecto.

Las personas que experimentan fases maníaco depresivas puede que se hayan sometido a las presiones y expectativas del entorno. La experiencia sistemática de un vacío empático próximo a la aniquilación viene compensada por el sentimiento de sentirse el centro del mundo cuando el sujeto se identifica con los estándares de conducta inalcanzablemente altos que la familia quiere exhibir ante los demás. El espejo relacional se ha roto y devuelve una imagen distorsionada.

La Solución Delirante

Los/as pacientes psicóticos son muy vulnerables a momentos de presión externa dado el mundo interno asfixiante en el que viven. Muchos han aprendido a distanciarse internamente de sus introyectos persecutorios mediante una “migración interna” a un “lugar seguro”, una fortaleza desde la que pueden contemplar su mundo interno (Erskine et al., 1999; Erskine 2015; Martínez, 2007). Cuando la invasión por parte de los introyectos parentales o autogenerados amenaza con quebrar las murallas defensivas de esta fortaleza, la angustia de aniquilación lleva a decatectizar y proyectar los introyectos parentales (Klein, 1946/1989; Martínez, 2001).

Al hacerse egodistónicas las figuras internalizadas a las que la identidad está ligada (“Soy alguien malo”, “Soy un demonio”) puede que el sujeto experimente nueva angustia de aniquilación. Es entonces necesario recrear con urgencia la identidad mediante un mecanismo autorreferencial: “La gente me mira”. El mundo pasa a constituirse como un conjunto de puntos de referencia funcionales a los que anclar la “identidad”. Por otra parte, algunas personas del entorno pasan a ser portadoras de las proyecciones persecutorias y el/la paciente construye un delirio paranoide. El delirio permite poner en relación fragmentos de significado mediante

la construcción de una narrativa que ofrece coherencia y estructura. Su análisis en la terapia nos ayuda a entender el mundo interno persecutorio y hostil en el que viven.

De un Mundo Imaginario a Otro de Significados Compartidos

La experiencia clínica muestra que un abordaje intersubjetivo con métodos de Psicoterapia Integrativa es de gran ayuda terapéutica. Los métodos relacionales e intrapsíquicos de la Psicoterapia Integrativa han sido expuestos extensamente por Erskine y Moursund (1988), Erskine (1991, 1993), Erskine y Trautmann (1996), Erskine (1998), Erskine et al. (1999), Moursund y Erskine (2003) y Erskine (2013, 2015). Una terapia relacional que tenga en cuenta la indagación fenomenológica y que se interese por los estados mentales de la persona, que ofrezca una presencia terapéutica consistente y respetuosa, que sintonice con las fijaciones evolutivas y adapte el ritmo de la terapia a las necesidades de seguridad, de validación, de aceptación y definición del/la paciente facilita el acceso a un nuevo mundo compartido y a una nueva intersubjetividad.

En el caso de las psicosis el/la terapeuta inicialmente ha de mantener contacto con la parte adulta del/la paciente, una parte no psicótica, capaz de reflexionar sobre sí mismo/a. Durante el tratamiento el/la paciente precisa de una firme implicación por parte del/la terapeuta y sintonía con el momento evolutivo al que aquél regresa. El/la terapeuta ha de prestar atención a los aspectos intersubjetivos y a tres niveles de relacionamiento (Martínez, 2016, 2017a, 2017b): la comunicación verbal consciente, la comunicación no verbal y el nivel de relacionamiento que corresponde a la experiencia no simbolizada. Buena parte del trabajo hay que hacerlo a este último nivel. Esto es consistente con la propuesta de la existencia de un trastorno básico del Self corporal en las psicosis (Fuchs y Schlimme, 2009) y la pérdida de un conocimiento implícito del propio cuerpo (Ferri et al., 2012). Trabajar a nivel relacional e intersubjetivo está al servicio de la reconstrucción del Self, además, y más allá, del análisis y resolución de los conflictos. Esto es así siempre que seamos conscientes de que la propia relación terapéutica puede suministrar una respuesta a las necesidades de estimulación, reconocimiento y estructura del sujeto (Martínez, 2017b).

La indagación de la experiencia fenomenológica del sujeto mientras vive en su mundo imaginario es especialmente relevante. Vehicula la idea al/la paciente de que tiene una mente propia con experiencias únicas (Martínez, 2017a), y abre la posibilidad a entender sus vivencias, validarlas y normalizarlas. El/la terapeuta por otra parte ha de prestar atención a su propia subjetividad durante todo el proceso y resonar con las vivencias del/la paciente así como con los estados emergentes de su sí mismo. Entrar con él/ella en su mundo imaginario y ayudarle a entrever la posibilidad de crear un mundo de significados compartidos en una nueva dimensión intersubjetiva.

Desde una perspectiva relacional es importante poder entender la función que cumplen los síntomas psicóticos para compensar la falta de satisfacción de

necesidades relacionales y mantener un sentimiento de continuidad y coherencia del Self, de afectividad y de agencia. Desde una perspectiva relacional los síntomas de las psicosis pueden entenderse como un esfuerzo dramático por reconstruir un sentimiento de seguridad y de sentido.

Los síntomas tratan de reforzar un sentimiento de existir que se desvanece, un sentimiento de aniquilación de la subjetividad. Así los delirios pueden entenderse como un intento de reconstruir un mundo personal hecho añicos, destrozado (Atwood, 2012). La fantasía de perseguidores implica un esfuerzo extraordinario por situar el sentimiento interno de “maldad” fuera de sí y de reconstruir una nueva relación con un mundo en el que el sujeto es injustamente asediado. El sentimiento de “bondad” se mantiene ahora dentro de la persona, que puede reclutar fuerzas y energía para defenderse de los ataques externos. Las alucinaciones pueden servir al propósito de externalizar las críticas de introyectos hostiles recuperando así los propios límites y la integridad de la propia experiencia. Un medio para dejar de experimentar la influencia interna de introyectos persecutorios y hostiles que acosan no importa lo que se haga. La recuperación de un espacio interno propio y una identidad libre de confusión.

Durante los episodios maníacos el sujeto tiene la sensación de poder vivir en un mundo distinto, libre de las situaciones opresivas de la vida y de la sumisión relacional con un otro dominante que exige perfección. Los estados maníacos proporcionan al sujeto la experiencia de inmersión entusiasta en una realidad alternativa, de reinención fantaseada de uno mismo, una intensa sensación de poder y omnipotencia. El sujeto se encuentra ahora en relación con un mundo de abundancia, magnánimo, generoso, donde desaparece el miedo al abandono y a la precariedad y donde lo bueno nunca se acaba. Las defensas maníacas han sido vistas como una defensa contra la depresión. El sujeto recurre a las defensas maníacas para no experimentar el sentirse muerto por dentro, un sentimiento de vacío interno y la falta de un sentimiento de realidad de sí mismo/a. Adicionalmente Winnicott (1958) las entiende también como una expresión de un deseo de vivir y de existir. Leader (2012/2015) señala cómo durante el episodio maníaco el/la paciente experimenta la vinculación con otras personas y el mundo, la conexión entre las cosas. La persona expresa durante ese estado una necesidad insaciable de contacto aunque la verborrea dificulte una respuesta real del interlocutor. En ocasiones los proyectos maníacos tienen una vertiente de altruismo, de reparación de injusticias o de protección hacia los demás, incluso de expiación de un sentimiento de deuda para compensar al otro de las propias acciones agresivas.

En otros momentos el/la terapeuta necesita prestar atención a un nivel de relacionamiento al nivel del Self emergente (Martínez, 2017b). A este nivel los síntomas se pueden entender como un modo de expresar nuevas formas de experimentar la relación terapéutica (Atwood, 2012). Por otra parte, es crucial prestar atención y elaborar la transferencia psicótica, lo que permite responder a necesidades relacionales y sentimientos rechazados por el/la paciente (Martínez y Fernández, 1991;

Martínez, 2013). A continuación, expondré el tratamiento de una paciente a la que asignaré un nombre ficticio con la finalidad de proteger su anonimato.

Rosario

Cuando vino a verme tenía 34 años. Venía derivada por otro terapeuta habiendo recibido un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide a los 21 años y una discapacidad del 35%. Había estado hospitalizada múltiples veces en distintas ciudades por reagudizaciones periódicas de un síndrome delirante alucinatorio con bloqueos del pensamiento y vivencias de influencia y control. En sus fantasías delirantes sus padres no eran sus verdaderos progenitores. Su padre era Satanás, le enviaba mensajes telepáticos, era capaz de saber lo que ella pensaba y controlar sus emociones a distancia. Sentía que su abuelo se había reencarnado en una de sus hermanas. Pensaba que su verdadera familia era la familia real de otro país y que tenía una hermana gemela. Realizaba fugas de su domicilio acosada por alucinaciones auditivas, voces que conversaban entre sí, que le daban órdenes, le informaban que era hija de un personaje famoso o le decían que su padre la había violado. Experimentaba delirios persecutorios en los que la policía quería “eliminarla” por “dar problemas” y en otras ocasiones fantasías megalomaniacas: se despidió de un trabajo anterior porque ella era “el Anticristo”. Frecuentemente experimentaba delirios de referencia por la calle: la policía y la gente la conocía y la miraban. Desde hacía 15 años venía tomando elevadas dosis diarias de antipsicóticos sin que se hubieran reducido las crisis ni las hospitalizaciones.

De la Simbiosis a la Experiencia de un Self Nuclear Cohesivo

Rosario era la pequeña de 10 hermanos que compartían una enfermedad de transmisión genética. Cuando la conocí me impresionó su esfuerzo continuado por ser coherente, navegar en medio de su confusión, aclarar su identidad, entender sus síntomas, y explorar sus emociones y sus relaciones. A lo largo de todo el tratamiento me impactó asimismo su confianza en el trabajo que estábamos haciendo.

Rosario sentía una inclinación espontánea por escribir largas narraciones de sus experiencias que me enviaba por carta entre sesión y sesión. En esos escritos describía sus vivencias fuera de la consulta, sus lecturas, reflexiones y los conflictos con su familia. También me explicaba con gran detalle sus patrones alimentarios, sus afecciones físicas y la evolución de las mismas, sus actividades cotidianas y sus anhelos. Prácticamente me informaba de todas sus actividades diarias. Buena parte de sus escritos plasmaban sus esfuerzos por manejar sentimientos contradictorios que la agitaban internamente y los medios que utilizaba para reequilibrarse. Estos escritos “fuera de sesión” me parecían una salida creativa por parte de Rosario para mantener conmigo un contacto permanente sobre temas domésticos que me sugería una gran necesidad de acompañamiento, validación, protección y presencia. Manifestaba sentimientos de confusión, sentirse acosada por “ideas extrañas” y un gran temor a que su equilibrio interior se rompiera. Describía sus esfuerzos

por mantener su salud mental y me informaba de sus procesos internos y de los resultados. Me parecía que tenía una gran necesidad de un otro regulador de sus estados físicos y emocionales para estabilizar una experiencia cohesiva de su Self nuclear. Su utilización de la escritura nos permitía mantener un nivel de relacionamiento verbal pero también intersubjetivo. Muchas de sus descripciones implicaban largos períodos de soledad. Ante la comunicación de sus vivencias, muchas veces yo sentía compasión por su vida aislada y solitaria pero rica interiormente. Parecía necesitar un interlocutor que se interesara genuinamente por su vida y compartir sus experiencias.

A cada sesión me traía un dibujo describiendo su estado emocional durante el día. Buena parte de la sesión consistía en ayudarla a describir las emociones subyacentes al dibujo. En muchas ocasiones tenía la impresión de estar ayudando a una niña de escuela primaria a entender el mundo en el que vivía. Le mostraba mi agrado por su iniciativa para dibujar y compartir sus experiencias y ella reaccionaba con alegría infantil.

La Presencia de un Otro Regulador en la Relación

En muchas ocasiones mostraba vehementemente su indignación y su rabia cuando recordaba discusiones con sus hermanas. Generalmente se trataba de situaciones en las que se había sentido humillada por parte de sus hermanos o sus padres explotando ante ellos con rabia o *acting outs*, por ejemplo, yéndose repentinamente de casa o amenazando a sus interlocutores con un cuchillo. Buena parte de estos conflictos se iniciaban por su intolerancia ante discrepancias, conflictos de criterios o intereses. A veces porque creía comprender las necesidades de sus familiares mejor que ellos. También cuando interpretaba como ataques los comentarios de sus vecinos o compañeros de trabajo.

Durante el relato de estos conflictos se agitaba como si estuvieran teniendo lugar en mi despacho, lo que la llevaba a entrar en un estado disfórico y desorganizado. Su furia requería intervenciones de contención con una función reguladora que ayudaran a mantener su emocionalidad dentro de un rango tolerable. Parecía necesitar a alguien con quien compartir su rabia, y que a través de la indagación pudiera ayudarla a encontrar las emociones subyacentes a la furia violenta, bien tristeza, vergüenza o miedo, y las validara. Con el tiempo comprobé cómo cuanto más escuchaba su indignación con interés más disminuían los *acting outs* agresivos con la familia o los vecinos.

Se mostraba intolerante en sus creencias políticas y religiosas, criticando vehementemente otras opiniones. Creía identificar una multitud de amenazas apocalípticas provenientes de grupos políticos, terroristas, inmigrantes, etc. Su vida religiosa era muy importante para ella. Diariamente practicaba sus oraciones y semanalmente acudía a oficios religiosos. Participaba en las actividades de una asociación religiosa y realizaba viajes con un grupo religioso a lugares famosos por apariciones o hechos milagrosos. Estas actividades parecían tener un efecto

equilibrador para ella. Parecía sentirse protegida en presencia de la Divinidad. Fugazmente experimentaba alucinaciones visuales y cenestésicas durante los momentos álgidos de sus experiencias religiosas. Años antes había tenido la vivencia de casarse con Jesucristo.

En otros momentos mostraba una ingenuidad infantil, mostrándose seductora y expresándose de forma bobalicona.

La Reivindicación de la Existencia. El Mundo Intersubjetivo

Su sentimiento de soledad empezó a ser traído a las sesiones. No sentía lazos de pertenencia a su familia ni a ningún colectivo y era consciente de la fragilidad de sus vínculos afectivos. Su falta de verdaderas amistades, su aislamiento en el trabajo y un sentimiento de vaciedad y de futilidad en la vida le producían desesperanza, y “hastío”, si bien poco a poco la motivaron a buscar relaciones significativas. Empezó a conectar con la necesidad de compartir sus emociones y que estas fueran tenidas en cuenta en su vida interpersonal.

Durante las sesiones comenzó a narrar aspectos de su vida infantil y a conectar con recuerdos de la infancia. Su embarazo fue no deseado. Se produjo tras haber sido su madre diagnosticada de un fibroma uterino y establecido un control para evitar nuevos embarazos. En la narrativa familiar sobre Rosario destacaba la queja explícita de su madre por este embarazo no deseado y las molestias que sintió debido a un mioma uterino. La descripción que le llegaba de su primero año de vida era que “nació con hambre y que no paraba de llorar”. A los tres meses tuvieron que ingresar a su madre para operarla del mioma y llevaron a la niña con sus abuelos paternos. A la vuelta del hospital ya no aceptaba el amamantamiento y le destetaron. Describió como su madre culpaba a los embarazos de una enfermedad progresiva que comenzó a padecer. Pensaba que si ella o sus hijos/as sufrían una enfermedad era por castigo divino.

Rosario reveló poco a poco sus constantes creencias delirantes ocultas bajo una fachada de adaptación a su trabajo: una revelación constante a través de intuiciones, visualizaciones y sueños le hacía saber que tenía otros padres y también su nombre real. A veces notaba que la gente la “reconocía” en su “identidad real”.

Describió también el patrón relacional con su padre a lo largo de la infancia. Describía a este como un hombre dominante, fanático con explosiones agresivas cuando lo contrariaban o frustraban. Durante la segunda Guerra Mundial cometió un error por el que los soldados a su mando fueron masacrados, algo que lo torturó desde entonces. Rosario comentó que su padre pensaba que Dios le había castigado teniendo una descendencia con una enfermedad congénita. Para conseguir su salvación debería conseguir que sus hijos/as fueran santos imponiéndoles una disciplina fanática.

En este período del tratamiento narró con poca afectación emocional las palizas físicas que le propinaba desde la primera comunión, simplemente por cometer errores, por ejemplo, no saberse el Padre Nuestro o dejar caer las gafas al suelo.

También relató los abusos que a los 10 años sufrió por su parte. Su padre acudía cada noche a su habitación y la tocaba por encima de la ropa de cama para comprobar si se había orinado. Cuando era así la obligaba a desvestirse en su presencia y ducharse mientras la insultaba, ante la pasividad de su madre. Consciente del fanatismo de su padre fue capaz de percibir las dificultades mentales de éste. Se hizo consciente de ellas y a la vez de sus temores a que ella se independizara. Esto la puso en relación con su primer brote psicótico, que tuvo lugar cuando un chico se interesó seriamente por ella.

El Proceso Esquizoide

Rosario relató cómo durante la escuela primaria se mostraba retraída y aislada en casa y en la escuela. Los profesores pensaron que era una niña autista. Describió la instauración progresiva de un proceso esquizoide: “a los 12 años aparecieron los primeros síntomas. Me metí en el “huevo”. Iba de un lado para otro sola, me aislé... me encerraba en mi habitación...”. Sin embargo, su proceso esquizoide no era suficiente para mantener un lugar de seguridad, experimentando severas intrusiones en su intimidad. Su hermano mayor, de 20 años, la instruyó en la masturbación y otro trató de tener relaciones sexuales con ella. Rosario elaboró con claridad la función de sus defensas esquizoides: “El huevo es para soportar el sufrimiento que tenía en la familia... proyectaban en mí la causa de sus problemas”. En su soledad inventó dos personajes imaginarios que la consolaban. Uno de ellos era un muñeco de gomaespuma al que contaba su historia. Sentía que hacerlo le daba esperanza. También construyó otra figura cuya función intrapsíquica descubrió durante las sesiones. Esta figura le imponía normas, le explicaba los cambios relacionados con la menarquia, le prohibía bañarse, etc. Esta figura parental autogenerada aún mantenía su función reguladora. Se hizo consciente de que esa parte de sí encontraba “faltas” en los demás y en sí misma.

Elaboración de la Transferencia Psicótica. Funciones del Delirio

A lo largo del tratamiento se fueron reduciendo sus reacciones paranoides. Comenzó a ser consciente de su rabia interna. Observó un cambio en sí misma: sus dificultades de comunicación la enfadaban consigo misma, mientras que en el pasado la ponían “paranoica”.

Durante las interrupciones del tratamiento por vacaciones se producían brotes psicóticos breves que se fueron aliviando con el tiempo. Su elaboración de estos episodios fue cada vez más realista, siendo capaz de pedir ayuda cuando anticipaba nuestra separación temporal. Empezó poco a poco a vivir las intervenciones externas durante las crisis como una ayuda más que como una imposición.

A la vuelta de un viaje por vacaciones tuve que aplazar la primera sesión por tener que dar una conferencia. El día de nuestro reencuentro llegó furiosa y delirante. Pensaba que alguien había entrado en su casa a robar, dejando signos en un muñeco y metiendo un virus en el ordenador. Suponía que había sido su padre para “hacerla

caer en la esquizofrenia”. Indagué su sentimiento de rabia y las circunstancias de su vida que lo generaban, entre ellas nuestra separación por mis vacaciones y por la conferencia. Durante la sesión conectó con el miedo que había pasado durante mi ausencia por sentirse sola, temiendo que sus ideas le arrebataran su cordura. También el enfado que sentía conmigo por el paréntesis vacacional y el miedo a expresarlo. Lo relacionó con su experiencia de amistades que le pedían que no volviera a llamarles por sus reacciones vehementes.

Otras veces su transferencia se manifestaba en los sueños que traía a las sesiones. En uno de ellos soñó con una madre que estaba dando de mamar a un bebé. Alternativamente sentía que ella era la madre y luego el bebé. Durante el sueño se dirigió a la madre y le informó que ya le habían salido dientes y que eran “perfectos”. Durante el sueño dudaba si era niño o niña. Posteriormente el sueño se convirtió en un sueño sexual y el hijo y la madre se fundían en una sola persona en el útero.

A raíz de la elaboración transferencial el trabajo terapéutico se centró en comprender la función de sus ideas delirantes. Se dio cuenta de que estas le ayudaban a dar sentido a experiencias que no podía entender, experiencias que la dispersaban y la descentraban. También a evadirse de sentimientos que no podía soportar. Además, le ayudaban a estar preparada en su familia para un ataque porque de allí no podía escapar. Sentía que su desprotección era tan grande que hubiera necesitado un “ángel de la guarda” para sentirse tranquila. Expresó que sus brotes psicóticos habían sido una forma de pedir ayuda, pero la gente no había sabido cómo responder. “Los brotes psicóticos son una forma de escaparme del dolor de ser hija de mis padres. Mi mentira emocional es mi historia inventada: que sólo puedo ser amada si soy alguien importante”. Sentía que la historia que se contó le sirvió para defenderse tras un muro. Ahora encontraba que las “ideas paranoicas” era más una dificultad para hacer su vida que una ayuda.

Elaboración de la Depresión y del Núcleo Paranoide

En la última parte del tratamiento se hicieron frecuentes lo que ella denominaba “bajones del estado de ánimo” durante los que pasaba largas horas encamada. Ahora era consciente de ser hija de sus padres y los “bajones” se producían por el sentimiento de culpa que le producía el haber imaginado que no eran los verdaderos. Esto le hacía pensar en el suicidio.

Por otra parte, las depresiones venían generadas por un sentimiento de culpa debido a sus explosiones agresivas en la familia. De esta manera los ataques de rabia comenzaron a alternarse con intensos sentimientos de culpa e ideas de suicidio. La intensidad de su depresión me preocupó. Sentía no merecer nada bueno en este mundo. Además, la deprimía sentir que sus padres no querían que naciera. En las sesiones expresaba su conflicto: por una parte, sus pensamientos agresivos no la dejaban tranquila. Se negaba a “perdonar” a su padre porque sentía que él la usaba para obtener su salvación. Por otro lado, se sentía culpable de ser la causa de la agresividad de su padre. Durante el trabajo terapéutico la indagación feno-

menológica la ayudaba a entender su propia experiencia. Poco a poco comenzó a mostrar preocupación por la salud de su madre y de su padre. También por la mía.

Fue elaborando una narrativa de las reacciones de sus padres que habían sido incomprensibles para ella siendo niña. En su narrativa personal sentía que su destino estaba destinado a mantener la salud mental de su padre. Asumió que debía pagar por las faltas que él había cometido y esto hasta el día de su muerte. La indagación histórica trajo a las sesiones recuerdos de acciones autolesivas ocurridas entre los seis a los doce años por sentir que era la causa de los problemas de ambos progenitores. Narró la génesis arcaica de sus fantasías delirantes: inventó una historia, no ser hija de sus padres, llamarse de otra manera y haber nacido en una fecha distinta. Esto le daba la esperanza de que existieran progenitores que la habían engendrado con cariño. En su historia había sido secuestrada por sus padres actuales para hacer estudios gemelares. Siempre había sentido que tenía una hermana gemela. Rosario explicaba con claridad la función de sus fantasías delirantes para mantener la dignidad, un sentimiento de existencia y esperanza: “No me siento hija de ellos porque soy muy diferente. Con mis padres no me sentía nadie, pero siendo hija de otros sí podía sentirme alguien”. Ahora se daba cuenta de que la historia era falsa y que no la necesitaba. Sentía que su familia estaba falsamente unida por el miedo. Poco a poco abandonó también los comportamientos infantiles en los que actuaba como una “niña ingenua que busca la dependencia”.

Durante el sexto año de tratamiento no se produjo ninguna crisis psicótica ni siquiera durante mis vacaciones. En un trabajo intrapsíquico de terapia con la figura introyectada del padre se puso de manifiesto que para Rosario éste sufrió una gran decepción en su infancia con su madre y la figura sustituta de ella. Reaccionó con despecho y concluyó que el amor “no existía”, desconfiando de las muestras de afecto como si fueran sólo apariencias. También se puso de manifiesto que la figura paterna introyectada establecía con Rosario un doble vínculo. Le exigía amor a la vez que le enviaba el mensaje de que el amor no existe. La educaba para que no expresara sus sentimientos mientras, simultáneamente, perdía el control y reaccionaba violentamente cuando ella le daba señales de afecto.

Rosario empezó a conectar en la vida cotidiana con sus necesidades, a aceptarlas y a buscar formas de satisfacerlas: “necesito que mi familia me acepte como soy... soy distinta a ellos incluso en lo físico... como si fuera adoptada”. Comenzó a aceptar “el dolor de no haber podido ser yo misma”. A lo largo del tratamiento validó su deseo profundo de ser amada incondicionalmente: “me inventé un padre famoso que me quería. Conocí a Dios y proyecté en él un padre que realmente me amaba”. Sólo en su fantasía de ser hija de alguien importante se sentía valiosa. Rosario aceptó e integró su propia rabia por sentir amenazada su identidad. Integró sus fantasías de matar a sus padres como si eso fuera eliminar el abandono, el rechazo de su nacimiento y de su identidad.

La experiencia de su Self nuclear mejoró poco a poco y se hizo más coherente y sólida: “Antes era una sombra y ahora soy más real. En comparación con el año

pasado me encuentro más viva y en contacto con mis emociones”. Este contacto interno mejorado le permitió mejorar sus relaciones y abrirse paso en el mundo de manera más segura y satisfactoria: “ahora entiendo mis emociones, ya no me dan miedo y les pongo freno, las expreso sólo a quien las entiende”. Tras ocho años de tratamiento nos despedimos. Han transcurrido doce años desde entonces, y Rosario vive de manera autónoma. No se han vuelto a producir crisis ni hospitalizaciones psiquiátricas.

Conclusiones

La experiencia psicótica puede y necesita ser comprendida para que la persona alcance un nivel de relacionamiento intersubjetivo. Las personas que desarrollan psicosis tienden a experimentar la intersubjetividad como una gran amenaza hasta el punto de temer la pérdida de su mismidad. La experiencia clínica muestra cómo un abordaje intersubjetivo con métodos de Psicoterapia Integrativa es de gran ayuda terapéutica. La integración de las diversas partes del sujeto y la toma de conciencia de las necesidades insatisfechas permiten el desarrollo de un Self cohesivo. Una terapia relacional que tenga en cuenta la indagación fenomenológica y que se interese por los estados mentales de la persona, que ofrezca una presencia del/la terapeuta consistente y respetuosa, que sintonice con las fijaciones evolutivas y adapte el ritmo de la terapia a las necesidades de seguridad, de validación, de aceptación y definición del paciente facilita el acceso a un nuevo mundo de significados compartido y a una nueva intersubjetividad.

Referencias

- Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated state model [La experiencia de recuperación en esquizofrenia: hacia un modelo de estado empíricamente validado]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Atwood, G. E. (2012). Psychotherapy as a human science: clinical case studies exploring the abyss of madness [Psicoterapia como una ciencia humana. Estudios de casos clínicos que exploran el abismo de la locura]. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 8(1), 1-24. <http://dx.doi.org/10.14713/pcsp.v8i1.1118>
- Berne, E. (1985). *Análisis Transaccional en psicoterapia* (Vacarezza, Trad.). Editorial Psique. (Trabajo original publicado en 1961)
- Deegan, G. (2003). Discovering recovery [Descubriendo la recuperación]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376. <https://doi.org/10.2975/26.2003.368.376>
- Dell, P. F. y O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders, DSM-V and Beyond [Disociación y el trastorno disociativo, DSM-V y más allá]*. Routledge.
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: critique from an intrapsychic and integrative perspective [Transferencia y transacciones: crítica desde una perspectiva integrativa e intrapsíquica]. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76. <https://doi.org/10.1177/036215379102100202>
- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation [Indagación, sintonía e implicación en la psicoterapia de la disociación]. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-190. <https://doi.org/10.1177/036215379302300402>
- Erskine, R. G. (1998). The therapeutic relationship: integrating motivation and personality theories [La relación terapéutica: integrando teorías de motivación y personalidad]. *Transactional Analysis Journal*, 28(2), 132-141. <https://doi.org/10.1177/036215379802800206>

- Erskine, R. G. (2013). Relational group process. Developments in a Transactional Analysis model of group psychotherapy [Proceso de grupo relacional. Desarrollos en un modelo de análisis transaccional de psicoterapia de grupo]. *Transactional Analysis Journal*, 43(4), 262-275. <https://doi.org/10.1177/0362153713515179>
- Erskine, R. G. (2015). *Relational patterns, therapeutic presence* [Patrones relacionales y presencia terapéutica]. Karnac. <http://dx.doi.org/10.4324/9780429479519>
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988). *Integrative Psychotherapy in action* [Psicoterapia Integrativa en acción]. Sage Publications.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship* [Más allá de la empatía: Una terapia de contacto en relación]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203778036>
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996). Methods of an Integrative Psychotherapy [Métodos de una psicoterapia integrativa]. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 316-328. <https://doi.org/10.1177/036215379602600410>
- Federn, P. (1984). *La psicología del yo y las psicosis* (Wolfson, Trad.). Amorrotu Editores. (Trabajo original publicado en 1943)
- Ferri, F., Frassinetti, F., Mastrangelo, F., Salone, A., Ferro, F. M. y Gallese, V. (2012). Bodily Self and schizophrenia: the loss of implicit self-body knowledge [El yo corporal y la esquizofrenia: la pérdida del conocimiento implícito del yo corporal]. *Consciousness and Cognition*, 21(3), 1365-1374. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2012.05.001>
- Fisher, H. L., McGuffin, P., Boydell, J., Fearon, P., Craig, T. K., Dazzan, P., Morgan, K., Doody, G. A., Jones, P. B., Leff, J., Murray, R. M. y Morgan, C. (2014). Interplay between childhood physical abuse and familial risk in the onset of psychotic disorders [Interacción entre el abuso físico infantil y el riesgo familiar en la aparición de trastornos psicológicos]. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 1443-1451. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbt201>
- Fusch, T. y Schlimme, J. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective [Encarnación y psicopatología: una perspectiva fenomenológica]. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 570-575. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c>
- Klein, M. (1989). *Obras Completas* (Vol. III) (Friedenthal, Trad.). Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1946)
- Leader, D. (2015). *Estrictamente bipolar* (Tabuyo y López Tobajas, Trad.). Sexto Piso España. (Trabajo original publicado en 2012)
- Lysaker, P. H. y Hermans, H. J. M. (2007). The dialogical self in psychotherapy for persons with schizophrenia: a case study [El yo dialógico en psicoterapia para personas con esquizofrenia: un estudio de caso]. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 63(2), 129-39. <https://doi.org/10.1002/jclp.20336>
- Lysaker, P. H. y Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and alterations in self experience: a comparison of 6 perspectives [Esquizofrenia y alteraciones en la experiencia del yo: una comparación de seis perspectivas]. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 331-340. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn077>
- Martínez, J. M. (2001). El miedo, las proyecciones paranoides y la violencia en los grupos de pacientes en crisis. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 19, 89-102.
- Martínez, J. M. (2007). El proceso esquizoide. *Revista de Análisis Transaccional*, 0, 14-31.
- Martínez, J. M. (2013). Transferencia y contratransferencia en los Trastornos de la Personalidad. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 43-60.
- Martínez, J. M. (2016). Proceso relacional de grupo e intersubjetividad: la presencia y la sintonía como factores terapéuticos en psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 85-94. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i105.146>
- Martínez, J. M. (2017a). Relational methods and theories of intersubjectivity [Métodos relacionales y teorías de la intersubjetividad]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 8, 1-15. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/138>
- Martínez, J. M. (2017b). Three Relational and Intersubjective Levels in Integrative Psychotherapy [Tres niveles relacionales e intersubjetivos en psicoterapia integrativa]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 8, 16-25. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/139>
- Martínez, J. M. y Fernández, B. (1991). Análisis estructural y transferencia en los Trastornos Límite. *Revista Española de Análisis Transaccional*, 27, 1082-1099.
- Martínez, J. M. y Fernández, B. (2013). Tres psicodinámicas en los intentos de suicidio. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 61-76.
- Mellacqua, Z. (2014). Beyond symbiosis: the role of primal exclusions in schizophrenic psychosis [Más allá de la symbiosis: el papel de las exclusiones primarias en psicosis esquizofrénica]. *Transactional Analysis Journal*, 44(1), 8-30. <https://doi.org/10.1177/0362153714529410>

- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship* [Psicoterapia integrativa: El arte y la ciencia de la relación]. Brooks/Cole - Thomson/Wadsworth.
- Nelson, B., Parnas, J. y Sass, L. A. (2014). Disturbance of minimal self (Ipseity) in schizophrenia: clarification and current status [Alteración del yo mínimo (ipseidad) en la esquizofrenia: aclaración y estado actual]. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479-482. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu034>
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P. y Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications [Trauma infantil, psicosis y esquizofrenia: una revision de literatura con implicaciones teórica y clínicas]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Schiff, A.W. (1975). *Cathexis Reader* [Lector de catexis]. Harper and Row Publishers, Inc.
- Schiff, J. L. y Day, B. (1970). *All my children* [Todos mis niños]. M. Evans.
- Stepniak, B., Papiol, S., Hammer, C., Ramin, A., Everts, S., Hennig, L., Begemann, M. y Ehrenreich, H. (2014). Accumulated environmental risk determining age at schizophrenia onset: a deep phenotyping-based study [Riesgo Ambiental acumulado que determina la edad al inicio de la esquizofrenia: un estudio profundo basado en fenotipo]. *Lancet Psychiatry*, 1, 444-453. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70379-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70379-7)
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology* [El mundo interpersonal del infante: una vision desde el psicoanálisis y la psicología del desarrollo]. Basic Books.
- Winnicott, D.W. (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis* [Artículos Recopilados: de la pediatría al psicoanálisis]. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

MANUEL VILLEGAS

**EL PROCESO DE
CONVERTIRSE EN
PERSONA AUTÓNOMA**



Herder

ASEPCO

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la

**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

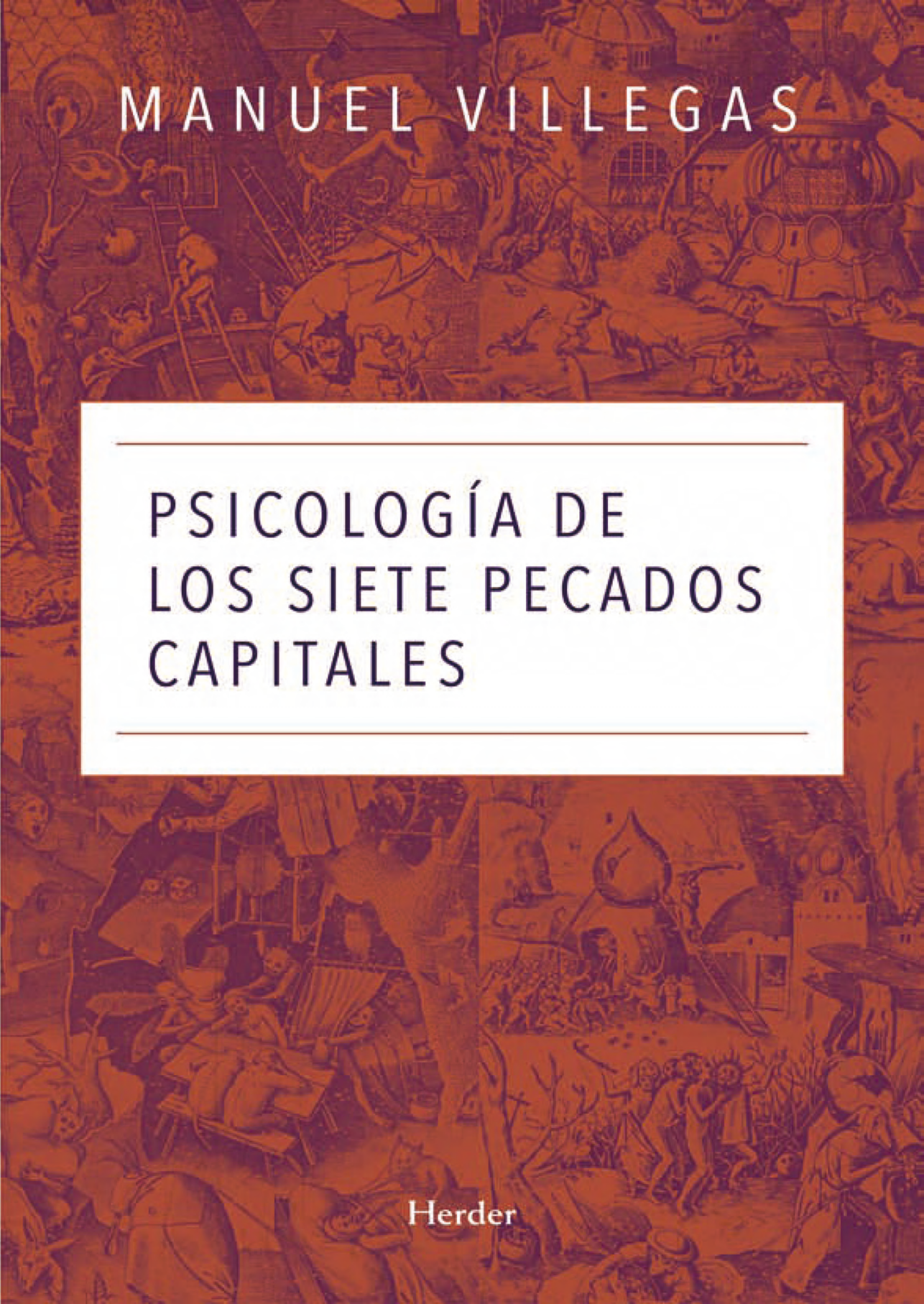
REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>



MANUEL VILLEGAS

PSICOLOGÍA DE
LOS SIETE PECADOS
CAPITALES

Herder

DESENREDANDO EL OVILLO: DE LA DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS A LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN

UNTANGLING THE SKEIN: FROM SUBSTANCE DEPENDENCE TO TRUST IN THE RELATIONSHIP

Mercedes Pedreira Quiroga

Unidad Asistencial de Drogodependencias, Lugo, España

SENDA Gabinete de Psicología, Lugo, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6895-2951>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pedreira Quiroga, M. (2021). Desenredando el ovillo: De la dependencia a las sustancias a la confianza en la relación [Untangling the skein: From substance dependence to trust in the relationship]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.488>

Resumen

En este caso clínico se condensa parte del saber adquirido tras 30 años de trabajo en el mundo de las adicciones como psicoterapeuta integrativa. La teoría (el mapa) no es el territorio. Utilizando los métodos relacionales se trasciende la etiqueta de “adicto” y se conoce al ser humano que hay detrás; se facilita el desarrollo del vínculo y del contacto interno. El cliente se reconoce, y se reintegra, en el espejo que se ofrece. Los fallos relacionales experimentados, sobre todo tempranos, modelan los procesos internos y la relación con el exterior. La sustancia toma la función de estabilizar, regular ante el dolor emocional. Y el cliente precisa una relación psicoterapéutica segura donde obtener esto mismo. Una contratransferencia consciente y no-reactiva resulta decisiva, así como el manejo de las sombras, prejuicios, fantasías y modelos de ayuda interiorizados. Así el cliente podrá mostrar su vulnerabilidad, y celebrar un encuentro verdadero y reparador. Y superar su adicción, su guion de vida.

Palabras clave: adicción, contratransferencia, guion de vida, métodos relacionales, necesidades relacionales, proceso esquizoide, relación

Abstract

In this clinical case, some of knowledge acquired after 30 years of working in the world of addictions as an integrative psychotherapist is condensed. The theory (the map) is not the territory. By using relational methods can transcend the label of “addict” and get to know the human being behind it; is facilitated bond development and internal contact. The client recognizes himself, and is re-integrated, in the mirror that is offered. The relational failures experienced, especially early ones, shape the internal processes and the relationship with the outside world. The substance takes on the function of stabilizing, regulating...in the face of emotional pain. And a secure psychotherapeutic relationship is required to obtain this same thing. A conscious and non-reactive countertransference is crucial, and the managing of the shadows, prejudices, fantasies, internalized models of help. This way the client can show his vulnerability, and have a true and reparative encounter. And overcome his addiction, his life script.

Keywords: addiction, countertransference, life script, relational methods, relational needs, schizoid process, relationship

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 14 de noviembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mpedreiraquiroga@yahoo.com

Dirección postal: Senda - Gabinete de Psicología. Estrada da Granxa, nº 11. Entlo. G. 27002 Lugo, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Solo se ve bien con el corazón, lo esencial es invisible a los ojos.
-- (Saint-Exupery, *El principito*).

Treinta años trabajando en el ámbito de las adicciones, los últimos 28 años en la Unidad Asistencial de Drogodependencias de CRE (unidad ambulatoria de referencia en el campo de la Salud Mental de la sanidad pública del área sanitaria de Lugo para el tratamiento de los problemas de abuso y/o adicción, subvencionada por el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Galicia) unidos al interés por ayudar a los clientes han estimulado una formación continua (cognitivo-conductual, terapia familiar, psicodrama, análisis transaccional, etc.) hasta llegar a la *Psicoterapia Integrativa (PI)*. Esta ha influido de modo esencial en el desarrollo profesional y personal de la autora. La PI son los cimientos, el esqueleto, que sostiene el trabajo psicoterapéutico que realiza y su concepción del *Ser* psicoterapeuta.

En la presentación de este caso clínico se condensa parte del saber y del hacer como psicoterapeuta integrativa en adicciones, y de las reflexiones y pensamientos sobre la relación psicoterapéutica.

Este artículo pretende transmitir el gran valor sanador de la relación psicoterapéutica, y la importancia del proceso, más allá de la técnica concreta utilizada. Cliente y terapeuta co-crean la relación, en cada encuentro comparten, se influyen y de ahí va emergiendo una nueva experiencia, un lenguaje compartido, una síntesis única. Como se refleja en el principio filosófico de la PI “el proceso intersubjetivo en psicoterapia es más importante que el contenido de la psicoterapia” (Erskine, 2013, p. 8).

Alto, pálido, delgado. Parece no ocupar el espacio, etéreo, ojos grandes. Se muestra muy correcto, colaborador, nervioso, con semblante triste. Habla, da información sobre él, y su problema, no hay emoción; hay palabras. Dice “creo que necesito ir a un psicólogo desde hace años arrastro problemas personales que se agravaron con el alcohol y la cocaína”, y narra problemas económicos, varios accidentes graves de coche, ruptura con la pareja de 5 años, etc.

Manuel, en este primer encuentro, sigue hablando de él, de su familia, de sucesos traumáticos; narra su historia como si fuese de otra persona, son palabras y datos. Se esfuerza para dar toda la información, para ser “un buen paciente”, sin mirar a los ojos. Tardará en hacerlo. Parece tan, tan lejano, desconectado, aislado, solo.

Que fácil sería empezar a poner etiquetas, “adicto”, sin conocerlo y empezar “el tratamiento, las pautas, los árboles de decisión”. Pero ¿quién es?, ¿qué necesita?, ¿qué quiere realmente?, ¿cómo se le puede ayudar? Como psicoterapeuta, hacerse estas preguntas lleva a no tener prisa por intervenir, a tener sumo cuidado y respeto por el ser humano que se tiene delante, por su unicidad. Así como a valorar la importancia de estos primeros pasos para co-crear una relación psicoterapéutica única con cada cliente, a no centrarse en el consumo y ampliar el campo de visión e interesarse por la función que ese consumo tiene en su psique. Pues rehabilitarse de una adicción no se reduce a dejar de consumir, sino que implica recuperar al *ser*

humano que se fue quedando por el camino, incluso mucho antes de que siquiera empezara a consumir sustancias. Esto aparece en otro principio filosófico de PI “los humanos sufren perturbaciones-relacionales, no psicopatología” (Erskine, 2013, p. 7). Además, la psicoterapia no busca un alivio del síntoma, sino la resolución del guion de vida, la integración de las partes rechazadas por el cliente.

Se empieza a desenredar el ovillo por lo que trae a cada sesión, el presente, los problemas del aquí y ahora: tiene 29 años, un trabajo estable, es asmático, empezó a consumir alcohol con 17 años y cocaína con 18 años y quiere solucionar su adicción. Se realiza un contrato inicial general en que se acuerda abordar su dependencia a la cocaína y alcohol, y explorar el papel que tienen en su vida estas sustancias para poder conseguir la abstinencia. Este contrato se iría concretando en cada encuentro con un contrato de sesión, donde lo importante es quién era él más allá de su adicción.

Se aborda cómo conseguir la abstinencia, desde el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982) y de prevención de recaídas de Marlatt (1993): fomentar la toma de consciencia de todas las consecuencias negativas del consumo en todos los aspectos de él y de su vida (en sus relaciones, estados de ánimo, economía, etc.), e.g., minimiza los efectos del consumo muy abusivo de alcohol; se proporciona información sobre salud (e.g., efectos en el cerebro del consumo); se aborda el control de estímulos, el *craving*, etc. Adquiere estrategias y opciones de evitación y de autocontrol (técnicas de relajación, identificación de situaciones internas y externas que favorecen el consumo, habilidades para saber decir no, etc.). Estas habilidades de afrontamiento le permiten manejar SAR (situaciones de alto riesgo) e incrementar su autoeficacia.

Abordando el significado y función que tiene la droga en su vida, se descubre un guion transgeneracional (Mauriz-Etxabe, 2016). Al realizar su árbol genealógico, habla de su abuelo materno con el que se siente identificado: “un *festeiro*..., fuerte, viril, atractivo...”. Era alcohólico, “los hombres beben alcohol, ¿qué imagen das a las 3 de la mañana bebiendo un zumo...? Voy a dar una imagen de aburrido”. Habla de cómo identifica beber con ser un hombre más viril. También cómo alivia una profunda soledad, todo esto llevará sesiones.

Narra su desprotección parental. Nunca le han puesto límites en sus salidas nocturnas o se han preocupado por sus borracheras. Él lo interpreta como libertad y lo valora como algo positivo, reflejo de la lealtad del niño que se mantendrá hasta que el vínculo terapéutico sea más fuerte. La abstinencia la vivía como una pérdida de su libertad. Sin embargo, resulta paradójico, ya que un adicto ha perdido la capacidad de decidir si consume o no, ha perdido la libertad de elección. Consumir también le provoca sensaciones fuertes que le distraen de una sensación de vacío, de muerte.

En esta 1ª etapa, cuando está abstinentemente contacta con el vacío, con la angustia que no quería sentir. Come sin control, si bebe o se droga lo hace compulsivamente, incluso agua, se encharca. Se señala la disyuntiva, o actúa y siente sin límites o se

cierra y se bloquea “me meto en una tumba”, “no estoy vivo”. Se da el permiso para sentir, expresar y cuidarse. Para Eric Berne (1973/1974) el permiso es “una licencia para abandonar la conducta que el Adulto quiere abandonar, o una liberación de una conducta negativa” (p. 410). Se despide diciendo: “esta sesión me ha ayudado mucho”.

Al principio, la ambivalencia hacia el consumo es natural. Se quiere dejar la droga (el Adulto) pero la abstinencia es incómoda (para el Niño), no hay todavía en qué o quién apoyarse a nivel interno y externo. Necesita encontrar en la relación psicoterapéutica las funciones intrapsíquicas, que ha depositado en la droga, de estabilización, reparación, regulación y de estímulo al crecimiento.

Viene a todas las citas puntual, colaborador, correcto. Vamos construyendo un vínculo. Me intereso realmente por su día a día, y por lo que le sucede por dentro. Va mostrando dos aspectos de su funcionamiento: uno, hipercorrecto, educado, muy responsable, sociable, complaciente y otro, que consume, corre riesgos, se mete en problemas (deudas, multas, accidentes).

Ya desde la primera sesión aparece lo importante que es la sintonización con su *ritmo* (pausado, profundo, con silencios) y con sus necesidades relacionales (NR). Destaca su *necesidad relacional de seguridad* de entre todas; Erskine (2015/2016) la define como “la experiencia visceral de tener nuestras vulnerabilidades físicas y emocionales protegidas” (p.52). Tiene un radar muy sensible, cuida conscientemente mi conducta verbal (palabras, metáforas, etc.) y no-verbal (gestos, etc.), le dejo escoger la distancia entre las sillas (grande, pues teme el contacto), la intensidad de la luz (tenue). No hace contacto con los ojos. Se describe como muy reservado, “muy especial para la gente”, le resulta muy difícil sentirse comprendido.

La *necesidad relacional de ser aceptado por otra persona estable, fiable y protectora* también es importante. Erskine (2015/2016) dice que “necesitamos contar con otras personas significativas de las que obtenemos protección, estímulo e información” (p. 54). Tras varios meses, y consumos (la abstinencia no es estable), pide explícitamente que necesita comprometerse conmigo para mantenerse abstinentes “conmigo solo, no vale”. Así lo hacemos pues lo interpreto como su necesidad de estar en una relación donde el otro esté realmente implicado e interesado en su bienestar, tenga un papel activo, justo lo que le faltó con sus padres. Esto lleva a que cada vez que tiene una recaída anticipa mi crítica, siente que me ha decepcionado, fallado (transferencias que se abordará más adelante). Que permanezca con una mirada de aceptación incondicional, de aprecio y “no lo eche” (en palabras de Manuel), fortalece el vínculo, y es una protección intrapsíquica de la gran crítica interna.

La falta de cuidados emocionales adecuados y de límites sanos hacen que no sepa cuidarse bien: maneja mal el dinero, la comida (o no come o lo hace compulsivamente), bebe sin control, incluso el agua, estructura mal su tiempo. Hubiera necesitado de sus cuidadores límites, información, referencias, modelos, que satisficieran sus necesidades relacionales y evolutivas a lo largo de su desarrollo. La reiterada

negligencia, en el cumplimiento de las funciones parentales psicológicas, crearon un vacío en Manuel de cómo desenvolverse en la vida. Suele pedir información, opinión, y sobre todo lecturas, lee mucho de análisis transaccional, de psicoterapia integrativa, etc. También se le aportan conceptos teóricos como los estados del Yo, diálogos internos, juegos psicológicos, etc. Estas lecturas y comentarios le ayudan a “entenderse” y manejar sus “altibajos emocionales”. Suele preguntar si es normal lo que le pasa. A veces se ve reflejado y le impactan, se explora lo que le ha estimulado (recuerdos, reflexiones) y se aborda en las sesiones.

Manuel compone música, toca en un grupo, escribe poesía, quería dedicarse a ello. Para su madre son “sus cositas”, con las que se entretiene. Su familia lo convence para estudiar una carrera distinta a la que deseaba. Había un acuerdo con otra persona, que garantizaba un futuro económico bueno y seguro a Manuel y a su familia, pero suponía que Manuel se olvidará de sus sueños. El acuerdo no se cumplió y lo viven como un gran engaño y traición. Me dejó impactar por esta historia, (la *necesidad relacional de causar impacto en la otra persona*; Erskine 2015/2016, p. 56) mostrando mi compasión por ese adolescente que renunció a su sueño, a escribir. Él le quita importancia y casi se enorgullece de que no le cause rabia. Se indaga sobre lo que piensa y Manuel explica que expresar emociones y sentir las es hacerse la víctima. La psicoterapeuta inicia una descontaminación del Adulto en este tema interesándose por en qué basa esa idea (perjuicio), poniendo otras situaciones de expresión emocional para que las valore si considera que también es hacerse la víctima, etc. La contaminación tiene lugar cuando el Adulto acepta como verdad creencias infundadas del Padre o falseamientos del Niño y racionaliza y justifica esas actitudes (James y Jongeward, 1971/1975). Esta “traición” fue un hecho traumático que marcó su vida, y reforzó intensamente creencias de su guion sobre él (“no soy importante”), los demás (“no son de confianza”, “no me tienen en cuenta”) y sobre la vida (“es una mierda”, “es sacrificio”, “es triste”). Trauma que se abordaría en muchas ocasiones para expresar todo el dolor y rabia contenida.

En cada sesión estoy centrada en él, sin prisas, con calma, estoy más interesada en lo que piensa, en lo que siente que en los datos que él proporciona. De esa forma, se facilita que contacte con él mismo (recuerdos, emociones, pensamientos, sensaciones, con su cuerpo, con las tensiones corporales) y conmigo, que establezcamos contacto de verdad. Creando un proceso de autodescubrimiento y de incremento de la consciencia.

Presupongo que en su infancia no tuvo este tipo de encuentros, este espacio para hablar de él y con él. Así como las preguntas de corazón sobre cómo le ha ido, qué piensa, qué siente, en un diálogo implicado y con muchísimo respeto (“en mi familia nos queremos, pero somos poco comunicativos, muy introvertidos entre nosotros”; “no nos abrazamos, ni besamos”; “choco mucho con mi madre”; “no me leía cuentos, me ponía una cinta y se iba”). Estos recuerdos son la punta del iceberg de otras muchas memorias inconscientes procedimentales de patrones relacionales.

Va descubriendo su historia, sus experiencias, sus vivencias cuando a partir de

algo presente se le pregunta ¿qué sientes?, ¿qué piensas?, ¿cómo está tu cuerpo? Y a continuación, ¿eso que piensas, sientes, y haces, lo pensaste, sentiste otras veces?, ¿cuándo?, ¿cómo era? mucha, mucha indagación fenomenológica e histórica. Al principio no tenía recuerdos e insistía “fui feliz”; “no tuve ningún trauma”. Habla de retrasos en su desarrollo: empezó a andar con casi 3 años, porque era un bebe muy gordito y no podía con el peso de su cabeza y se caía, “no paraba de comer, comía y dormía, no lloraba, no daba la lata”. Comer y dormir para calmar la soledad del niño pequeño, estrategias tan similares al consumo de sustancias para autorregularse, estabilizarse. En la infancia eran otros quienes le daban la comida sin límites ahora es él quien se lo administra (comida, alcohol, cocaína). Habla avergonzado de su enuresis hasta los 13 años, por la que no se preocuparon por averiguar qué le podía pasar. Cuanta negligencia y desprotección. Cuantas dificultades para manejarse en la vida ante la falta de adultos implicados. Cuanta emoción debía contener este niño. Y que gran ansiedad debía provocarle todo esto. Se lo expreso, normalizo. Es una reacción normal ante tanta soledad. Su cuerpo (o con sensaciones de tensión, molestias digestivas o ausente, desconectado) guarda todas estas memorias fisiológicas de supervivencia.

Toma consciencia de la falta de cuidados adecuados, y de cómo se las fue ingeniando para manejarse en la vida (sus sistemas de afrontamiento): tensa su cuerpo para no sentir la emoción. En una sesión contacta con la tristeza, sus ojos se humedecen pero no sale ni una lágrima, se indaga: ¿qué ha pasado por dentro Manuel?, ¿qué te has dicho?, ¿dónde han ido las lágrimas que asomaban? Esta interrupción del contacto interno y externo se repetirá muchas veces en la terapia. Su cuerpo tensionado se muestra con frecuencia a lo largo del proceso y será un objetivo de terapia. Habla de “una orden interna muy poderosa” que no le deja llorar, y que le dice “no puedes llorar”. Su guion se va mostrando. Erskine (2015/2016) define los guiones de vida como:

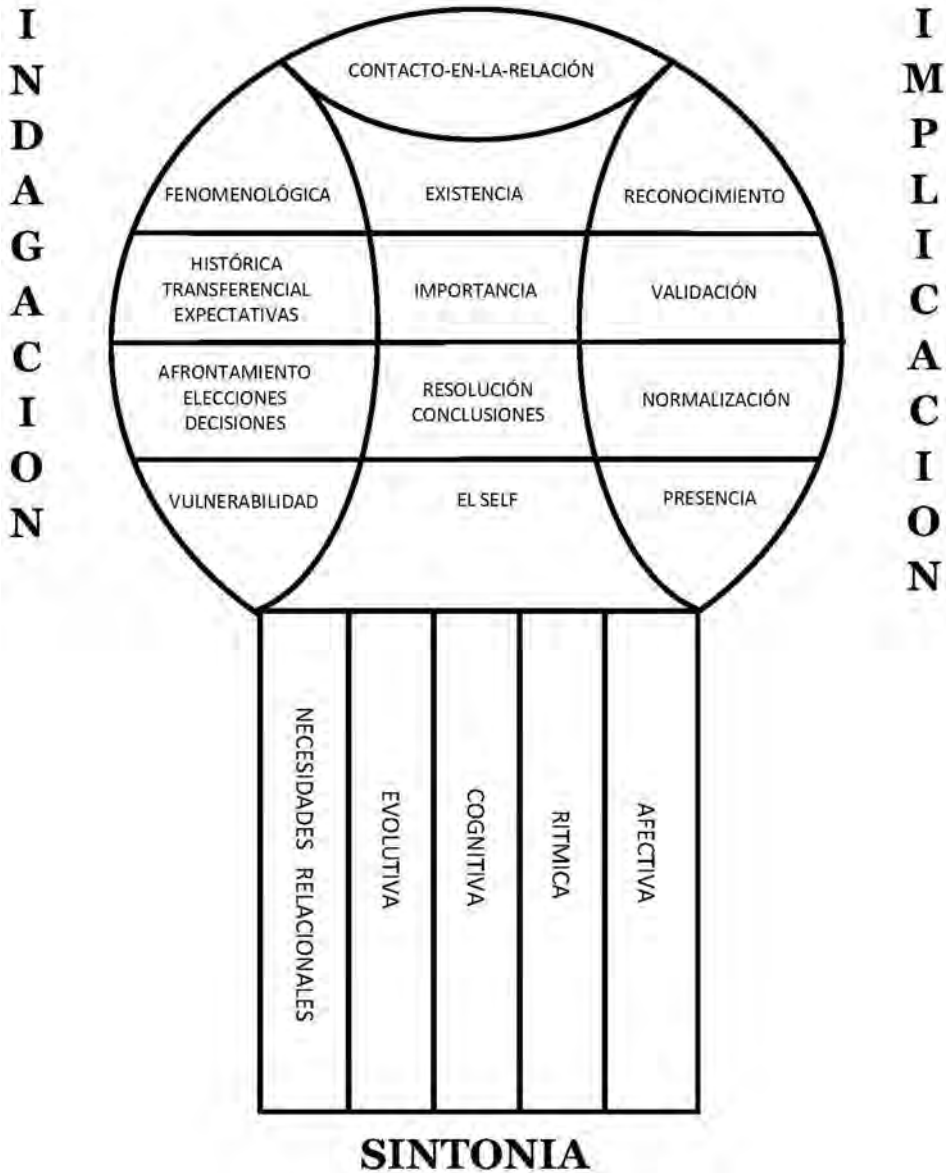
Una compleja serie de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas, decisiones explícitas y/o introyecciones autoregulatoras adoptadas bajo estrés, en cualquier etapa del desarrollo evolutivo, que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud y en la relación con otras personas (Erskine 1980). (p. 101)

Valoro sus lágrimas como preciosos diamantes que cuentan una historia importante y que a mi me interesa, me importa. Tal y como Erskine (2015/2016, p. 53) describe como la necesidad relacional de sentirse validado, confirmado e importante dentro de una relación.

El uso de los métodos relacionales, la *Keyhole* de Erskine et al. (1999/2012), con sus 3 pilares: indagación, sintonía e implicación (ver figura 1), fueron esenciales en todo el proceso y, en esta primera etapa, posibilitaron construir una relación psicoterapéutica que fuera tierra firme, una base segura desde la que ser capaz de

arriesgarse a trabajos intrapsíquicos de regresión y trabajo corporal (a través de gestos, movimientos), etc.

Figura 1. *Keyhole* (tomado de Erskine et al., 1999/2012)



Somos mamíferos, seres sociales, precisamos de una relación para nuestro desarrollo, es nuestro hábitat natural. Los fallos reiterados en estas relaciones tempranas son el origen de que construyamos mecanismos intrapsíquicos como el

guion para manejar el dolor, vacío, y soledad. Por eso, es en una relación psicoterapéutica suficientemente buena donde podemos recuperarnos. Ésta precisa del pleno *contacto*, de la consciencia de pensamientos, afectos, deseos, sensaciones físicas, etc. (contacto interno) y de la consciencia de todo lo que rodea externamente (contacto externo). El pleno contacto en una relación se da del baile constante de dentro a afuera, entre yo y el otro. Así se satisfacen las necesidades relacionales. La satisfacción o no de las necesidades relacionales determina la calidad de la vida y el sentido que se tiene de uno mismo. Erskine et al. (1999/2012) dice “el contacto con los demás es precisamente la base de la noción que tenemos del propio Self y en lo que se basa la capacidad que tenemos de funcionar como seres humanos” (p. 443).

Observo como precisa de la implicación psicoterapéutica más allá de la empatía. En una sesión dice “soy una historia más, soy el paciente de las 9”, refleja su creencia de guion “no soy importante”. Tomo la iniciativa y le propongo sesiones de 90 minutos pues una hora no se adecua a su ritmo interno por lo que ajusto la duración de la sesión a su necesidad, acepta (*necesidad relacional de que el otro tome la iniciativa*; Erskine, 2015/2016, p. 57). Al igual que en una época difícil con ideas de suicidio (que reflejan su angustia) mando “sms” que simbolicen “me importa lo que te pasa y puedes contar conmigo”.

El trabajo psicoterapéutico le hace consciente de su historia de negligencias y trauma acumulativo, así de cómo se ha ido fragmentando por dentro. En esta segunda etapa toma protagonismo el abordaje de su *proceso esquizoide* (utiliza la disociación como mecanismo de afrontamiento principal y lo inunda un profundo sentimiento de vergüenza), y de su *guion de vida*.

Los seres humanos nacen llenos de vitalidad, energía, sensación de estar vivos, con curiosidad natural por explorar, aprender, crecer y al mismo tiempo vulnerables, con necesidades físicas y emocionales, que precisan de otro comprometido con nuestro bienestar para su satisfacción. Cuando en estas relaciones tempranas hay repetidamente fallos, empieza una escisión en dos yoes para manejarlos: el Yo Social y el Yo Vulnerable y vital. Esto es inevitable y necesario para el desarrollo del proceso de socialización, es su base. El problema es cuando es excesiva, y el Yo Social se convierte en casi la identidad, como le sucede a Manuel (es muy educado, hipercorrecto, no dice no, muy racional, no molesta, callado, muy sociable).

Los desencuentros del niño con las figuras parentales se siguen produciendo, y desarrolla otras partes:

- *Introyecta la crítica externa*, se identifica inconscientemente con elementos del otro (actitudes, pensamientos, etc.). Lo que pasaba fuera entre su madre y él, por ejemplo, ahora pasa dentro. La función de la introyección es dar la impresión de que se mantiene la relación, pero a expensas de una pérdida del Self. Protege a su madre, “mamá es buena. Soy yo, que soy malo”.
- Y como la introyección tampoco es suficiente, desarrolla una *crítica autogenerada* todavía más exigente, crítica que protege más duramente a

las figuras parentales de su enfado cada vez que fracasan en sintonizarse con sus necesidades.

Así su parte vulnerable y vital queda escondida en lo más profundo de su interior, fuera de alcance. Esconderse es una manera de regular el afecto y de calmarse y autoreconfortarse. Son las características de un *apego aislado* (O'Reilly-Knapp, 2001), resultado de reiteradas experiencias de negligencia, poca fiabilidad y/o invasión con sus cuidadores. Ser vulnerable se percibe como peligroso. Así se desarrollan: patrones de relación en base a una fachada social, retraimiento psicológico, gran crítica interna y poca expresividad emocional.

En una sesión narra un incidente con su madre, ella “descarga” su enfado con él, y dice “se pasó”. Este hecho da pie a una serie de indagaciones: “¿qué pasó por dentro?”, “me siento culpable”. Y “¿qué pasa después?”, “me voy, me aílo”. Y se continua, “¿a dónde te vas cuando te aílas?”, “a un lugar vacío, no hay pensamientos, ni sentimientos, es una parte muerta, hasta que me quedo dormido”. ¡Qué similar a lo que hacía de bebé! Esta desconexión es su manera de afrontar el dolor, meterse dentro; y su validación es importante, es su manera de sobrevivir y probablemente el resultado de muchas experiencias de falta de respeto similares.

Se observa la retroflexión (un gesto interrumpido que reprime lo que necesita expresarse con el fin de evitar la consciencia del malestar psicológico) en su cuerpo tenso y como aprieta el puño de la mano. Se señala y se le anima a exagerarlo y seguir el movimiento cuando parece querer golpear. Siente pena y rabia, dice “mi madre y yo no nos entendemos”. Validar, legitimizar su enfado y animarlo a expresarlo (golpeando cojines, rompiendo papeles...) fue reparador. Recuperar su energía, su cuerpo. Salir de la congelación.

Una vivencia traumática se caracteriza porque se está a merced de una situación abrumadora, de la que no se puede escapar, y como único modo de protección se entra en un estado de congelación, que mantenida en el tiempo lleva a la disociación, a la desconexión. Toda la energía activada en el cuerpo para reaccionar se tuvo que frenar y no se expresó ni descargó.

Lo acompaño en esta migración interna hasta la puerta con calma, tranquilidad, sin prisas, con todo el respeto del mundo, modulando la afectividad para no invadirlo. Y me quedo en la entrada, custodiando este lugar sagrado, su refugio, sin perturbarlo, pero haciéndole saber que estoy aquí, que no lo he dejado solo.

En otra sesión se le pide que cierre los ojos y que visualice sus años de bebé, que imagine cómo era el momento del baño, cuando lo alimentaba su madre “no la veo, me inclina la cabeza hacia delante, me veo yo a mí”; “me trata como un objeto”; “estoy solo”; “tengo frío, el cuerpo tenso”. Siente rabia y tristeza. Animo a poner palabras a esas emociones “no soy un muñequito al que manejar, decidir por mí lo que tengo que pensar y sentir”; “quería un hijo, no a mí”; “nunca me acepto”.

Abordar su crítica autogenerada fue un trabajo duro. La llamó *Virtud*. Estudió en un colegio de curas, durante su pubertad quiso ser cura, le gusta leer sobre teología. *Virtud*, es mucho más crítica con él que las introyecciones de su madre,

le dice cosas como: “jódete”, “tienes aires de grandeza”, “te crees superior”; y no permite que se valore.

Tanta crítica interna (introyectada y autogenerada), que asume como verdadera, le crean intensos sentimientos, cada vez que muestra su yo vulnerable y vital, de culpa y de vergüenza (que está compuesta de una gran tristeza por no ser aceptado, de mucho enfado que reprime, de miedo al abandono, con una sensación de muerte, sin alegría, disfrute (Erskine, 1995). Tiene una fuerte creencia nuclear de que hay algo malo en él. En esta etapa, la *necesidad de autodefinirse en la relación* (Erskine, 2015/2016, p. 56) toma relevancia. Por ello celebro su música, poesía, sus logros (la madre siempre lo devaluó), pido su *feedback* sobre la sesión o la terapia, y valoro sus críticas, sus opiniones.

El niño es pequeño y físicamente vulnerable (en un mundo habitado por gigantes, ruidos, sin palabras...). Se percibe inferior y a los padres todopoderosos (el poder de vivir o morir, de satisfacer sus necesidades o no). Así, las decisiones de guion representan la mejor estrategia del niño para sobrevivir en un mundo visto a veces como hostil e incluso como una amenaza. Estrategias para mantenerse con vida y conseguir que sus necesidades sean cubiertas lo mejor que puede.

En este plan inconsciente de vida, el guion de vida hay decisiones explícitas, conclusiones experienciales, patrones fijados de autorregulación, creencias sobre quién es él, los demás y sobre la calidad de la vida. Erskine (2015/2016) describe *el guion de vida*:

Como un plan de vida inconsciente, basado en decisiones tomadas por la persona en un estadio cualquiera de su desarrollo, que inhibe su espontaneidad y dificulta su flexibilidad en la manera de resolver los problemas y de vivir las relaciones. (pp. 102-106)

Una y otra vez se siente de la misma forma, en las relaciones se repite lo mismo, se sufre, pero da la seguridad de lo predecible, de lo conocido, nos da identidad, estabilidad. Erskine (2015/2016) refiriéndose al guion dice:

Esta estrategia creativa no es tanto una defensa contra alguien o contra algo, sino un intento desesperado de generar autorregulación, compensación, autoprotección u orientación, y de establecer un seguro contra eventuales situaciones de más estrés, shock psicológico o nuevas perturbaciones en la relación. (p.145)

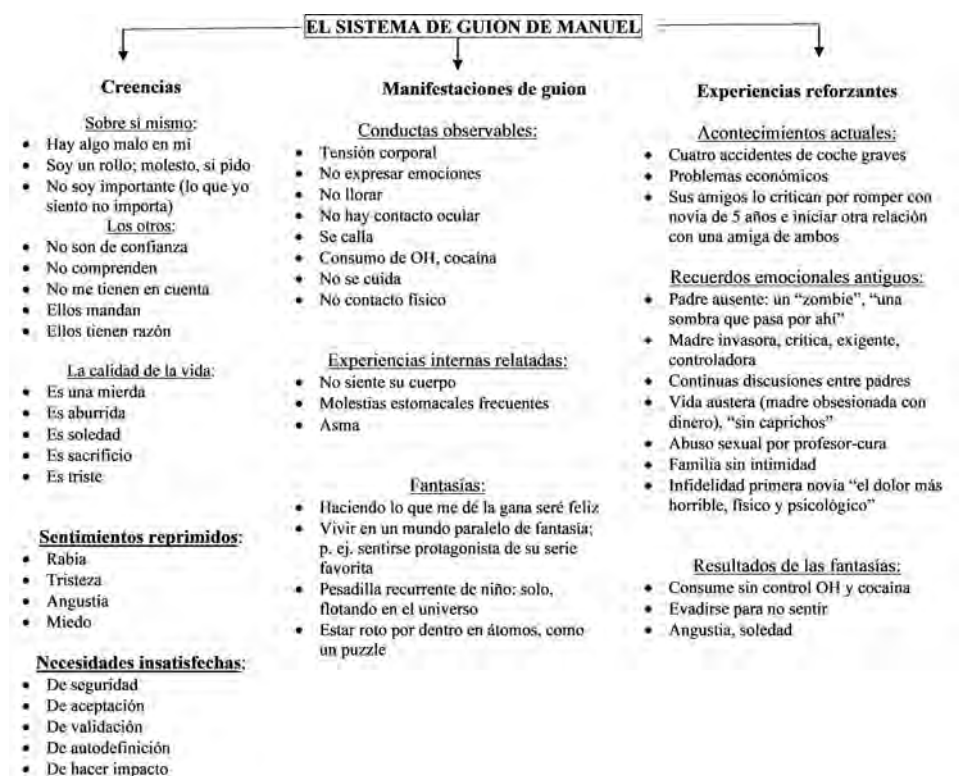
Dejar de creer lo mismo de uno, de los demás, del mundo, dejar comportamientos, maneras de sentir..., y atreverse a experimentar, a fluir con la vida con espontaneidad, flexibilidad, atreverse a tener intimidad, a ser realmente conocido, asusta profundamente. Dejar el guion requiere valor. Como dice el refrán “más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer”.

Un día recordando los múltiples ingresos hospitalarios de su madre cuando era un niño (entre los 3 y 10 años), se le pide que cierre los ojos y vaya a esos años. Cada vez quedaba al cuidado de personas diferentes (abuelos, vecinos, amigos...) contacta con la sensación de abandono y una gran soledad, se hace consciente de

que decidió no mostrar los sentimientos porque “no sirve de nada, nadie me hace caso”. Decide ser bueno, responsable. Se le anima a que el hombre que es hoy hable con ese niño, que lo escuche, lo tenga en cuenta, que lo valore. Al finalizar, espontáneamente da un abrazo de agradecimiento (una de las pocas veces), se siente alegre, dice sentirse vivo, “con un subidón”. Este hecho es relevante, no solo es agradecimiento, simboliza la pérdida del miedo, la intimidad deja de ser peligrosa, la relación es segura, tiene la experiencia del apego seguro. Y por otro lado satisface su *necesidad relacional de expresar el cariño* (Erskine, 2015/2016, p.57), al igual que el día que trajo a la sesión pasteles para celebrar su cumpleaños. Qué símbolo tan maravilloso de la celebración de estar vivo, ¡de sentirse vivo!

El trabajo de su guion se centra en su *sistema de guion*, es decir, como su guion se manifiesta en su presente (figura 2). “El sistema de guion clasifica la experiencia humana en cuatro componentes primarios: creencias de guion, manifestaciones conductuales, fisiológicas y de las fantasías, experiencias reforzantes, y el proceso intrapsíquico de las necesidades y sentimientos reprimidos” (Erskine, 2015/2016, p. 128).

Figura 2. Sistema de Guion de Manuel



De niño tenía una pesadilla recurrente, flotaba en la inmensidad del universo oscuro, solo, con la intensa sensación de estar muerto. La sensación de estar como muerto por dentro o de estar roto en átomos, como piezas de un puzzle, las narra con frecuencia. Otro día pone este ejemplo de cómo se siente por dentro “es como una araña cuando le pones un vaso encima, al principio intenta salir cuando ve que no es posible, entonces se pone en el centro y se deja morir”. Todavía me impresiona su dolor, su tristeza. Un guion nihilista, del que también se aborda sus ideas de suicidio o sus intentos más o menos conscientes (ha tenido cuatro accidentes graves de coche). En esos momentos se realiza un contrato de vida, y se cierran las puertas de escape: no haría nada ni directa ni indirectamente para volverse loco, hacer daño a otros o a sí mismo (compromiso que durante un tiempo se renovarían en cada sesión).

Hablando de esta división interna que siente, menciona cuatro partes:

1. Sin esperanza de estar bien, resignada.
2. Una parte bonita, que vive en la fantasía, en un mundo paralelo. Me cuenta cómo a veces va por la calle y se siente el protagonista de su serie favorita e incluso oye la música.
3. Otra parte que se rebela. Y que para no sentirse como si estuviese muerto, bebe y consume y así tiene sensaciones físicas fuertes.
4. Otra parte que es la que funciona en el mundo, cumple, va a trabajar, etc.

El vínculo, la relación co-creada a lo largo de toda la terapia fue la manera principal de abordar su guion. Al respecto, Manuel dice de la relación terapéutica “generó confianza, generó serenidad..., poner un espejo no deformante delante de mí, y conseguir que pueda mirarme en él sin convertirme en mi peor enemigo..., aportarme seguridad porque sé que puedo contar contigo” y de él, dice sentirse “abierto”. Por supuesto se trabajan sus creencias de guion, sus decisiones, pero fue la experiencia repetida, constante, dándole estabilidad, identidad, consistencia y predictibilidad lo que fue decisivo para pensar sobre sí mismo, sobre los demás, sobre la vida de un modo más positivo. Para recuperar su cuerpo y su energía, para cuidarse, para ser consciente de sus necesidades, para expresar lo que piensa y siente; para tener intimidad, para tener esperanza, ganas de vivir, planes, sueños. Dice “la gente está agobiada y yo estoy en uno de los mejores momentos de mi vida, sintiendo cosas que hace mucho que no sentía”.

Cuando hay un auténtico encuentro, psicoterapeuta y cliente se influyen mutuamente, hay una intensa comunicación inconsciente. El terapeuta moldea al cliente, pero el cliente también moldea al terapeuta, lo impacta. Una dinámica que lo refleja es la transferencia-contratransferencia.

En Psicoterapia Integrativa se considera la transferencia de cuatro modos (Erskine, 1991):

1. El medio con el que el cliente puede describir su pasado, las necesidades evolutivas que han sido frustradas y las defensas que se crearon para compensarlas.

2. La resistencia a recordar completamente, y paradójicamente, una puesta en acción inconsciente de las experiencias infantiles.
3. La expresión de un conflicto intrapsíquico y el deseo de lograr satisfacción de las necesidades relacionales e intimidad en las relaciones.
4. La expresión del esfuerzo psicológico universal para organizar la experiencia y otorgarle sentido.

En varias ocasiones se aborda su *transferencia*. Por ejemplo, cuando tenía una recaída, anticipaba mi crítica, pensando que lo iba a humillar y rechazar porque me ha decepcionado. Por lo que cree que debe dejar la terapia porque ha fallado, se siente culpable, se dice “hago mal”, es decir, refleja la misma dinámica que con su madre. Su madre es invasiva, exigente y crítica con él. Inicialmente se le mantiene en la relación psicoterapéutica y se indaga (*indagación relacional*) sobre si ha percibido en el terapeuta algo de crítica. Posteriormente, se indaga sobre si alguien de su vida actuó o actuaría de ese modo. Cuando Manuel contesta que su madre actuaba así, se confirma la hipótesis (por lo que ha ido contando de su historia), aquí está la transferencia. Finalmente se normaliza (la recaída forma parte del proceso, todavía no ha terminado, es una señal de que algo ha pasado, de que hay algo que se tiene que abordar) diciéndole “vamos a ver qué pasó dentro de ti”. Además, se le explica el modelo de Prochaska y DiClemente (1982) donde la recaída forma parte del proceso de recuperación. Citando a Tejero et al. (1993):

Se ha podido ir formulando la hipótesis de que el proceso de cambio en las adicciones no es prácticamente nunca lineal, sino dinámico y en espiral (Prochaska et al., 1992) y que las recaídas son, normalmente, tan frecuentes que deben ser integradas como un eslabón más de dicho proceso de cambio. (p. 296)

O cuando a raíz de un comportamiento considera que se ha portado mal con su amigo (también cliente), anticipa que cuando lo sepa lo voy a despreciar y a dificultar la terapia de su amigo. Manda un mensaje comunicando que deja la terapia. Por supuesto, no se interrumpe la terapia y a su mensaje se le contesta “yo estoy aquí”, y que puede continuar con la terapia cuando lo desee. Tarda más de un mes en regresar.

Que no lo rechace le emociona, que mantenga mi aceptación incondicional, mi aprecio por él ¡es tan diferente a lo que ha vivido! Dice “Noto como me cierro. No quiero sentir tu cariño. Nunca sentí ese cariño”. Aquí se muestra la *yuxtaposición* de que habla Erskine et al. (1999/2012) “intensas respuestas emocionales... el fenómeno de la yuxtaposición ocurre cuando existe para el cliente un marcado contraste entre lo que se proporciona en la relación terapéutica y lo que necesitó y anheló, pero no se dio en relaciones previas” (p. 219).

En cuanto a la *contrtransferencia* fue importante tener consciencia de ella y no ser reactiva, controlar la expresividad, o el impulso de decirle explícitamente qué hacer, de aleccionarlo. Para no invadirlo como hacia su madre. Y también controlar el deseo de buscar su aprobación, y me pregunté si esto que él elicitaba en mí era

algo que a él le ocurría cuando estaba ante otro.

El contacto físico fue otro tema relevante. Ante su dolor se utilizó la imaginación “imagina mi mano en tu espalda” para que empezara a tolerar el contacto sin la confusión que le producía. El contacto físico es un modo primitivo, instintivo de encontrar confort, apoyo en momentos difíciles. En su familia no se tocan, no se abrazan, no se besan. Él fuera del contexto íntimo tolera mal el contacto físico. Tiene miedo, lo asocia a la invasión sexual. Reflejo del trauma del abuso sexual por el director de su colegio (cura y profesor de él). Un abuso por una figura de referencia, de autoridad moral, referente de conocimiento, en una relación de desigualdad que abusa de su rol y de su confianza. Cuánta confusión, desprotección debió sentir el adolescente, en este momento de la vida tan importante en cuanto al cuerpo, la sexualidad. Nunca lo habló, la primera vez fue en la terapia. A partir de ahí pudo hablarlo con los padres, pareja. Empezando así a adueñarse de su legítimo enfado, tristeza y dolor.

Se pusieron límites claros y protectores que disminuyeran su temor, como “nunca voy a tocarte sin tu permiso”. Se comenzó un proceso de desconfusión del Niño, en el que la intimidad y el cariño no tienen por qué ir unidos a algo sexual.

Que los psicoterapeutas sean conscientes de las reacciones que les provocan los clientes (pensamientos, recuerdos, emociones, sensaciones físicas) es muy importante para que no influyan inconscientemente en su labor. Y distinguir si son aspectos personales que se han activado y que es preciso trabajar, o tiene que ver con el cliente y ese material se puede usar a su favor en la terapia propiciando indagaciones, intervenciones, etc.

En la relación psicoterapéutica también se generan emociones, afectos que tienen un componente corporal-físico (el cliente puede agradarnos o no). La atracción y el deseo sexual pueden aparecer. Para Jung (1966/2006) la atracción sexual es un símbolo de unificación de los opuestos. Y como otros aspectos se debe analizar su significado, y manejarlo garantizando el bienestar del cliente (Little, 2018).

Pero no todo lo que sucede entre cliente y terapeuta es transferencial. En ambos se estimulan imágenes, fantasías sobre su naturaleza, potencialidades, sobre cómo va a ser esta experiencia de hacer terapia. Estas fantasías pueden ser positivas o negativas, e influyen, aunque no se verbalicen.

Por último, comentar alguna idea más sobre *la relación psicoterapéutica*. Como toda relación, no es estática, está en constante desarrollo, es algo co-creado a lo largo del proceso de terapia. Es una relación especial, de aceptación incondicional, asimétrica, profesional, respetuosa. Y en cierto sentido, como muchas relaciones, es parcialmente enemiga de otras, quiere la exclusividad. Se pueden tener dos pistas de que esto sucede, si el terapeuta se centra excesivamente en lo negativo de las relaciones del cliente (implícitamente pensar que nadie lo entiende como él) o si el terapeuta pierde el contacto con la vida y vive vicariamente a través de ellos. Los clientes pueden llevar vidas interesantes, y hacer cosas poco comunes y sorprendentes (en adicciones es bastante frecuente).

Conclusiones

Es importante que el psicoterapeuta tenga la mejor formación posible, se recicle, se actualice y se mantenga comprometido con una formación continua. Es una obligación para con el cliente. Pero también influye quién es, su historia, su vida, sus aficiones, experiencias, su ética, sus creencias y sus valores. Reflexionar sobre todo ello y tomar consciencia va a permitir manejar su influencia. Creencias, ideas, valores sobre lo que es correcto, sano, objetivo, normal, se activan especialmente en la terapia con adictos. Es importante evitar establecer relaciones de poder, e imponer visiones de la vida, valores, ideas. Buscando trabajar *con* el cliente no *sobre* él (“el cliente no siempre es capaz de reconocer lo que le conviene” se puede pensar). Todas estas ideas, valores son discutibles. Por otro lado, si estas creencias, ideas y valores del psicoterapeuta son parecidos a los del cliente se corre el peligro de dar por hecho muchas cosas y perder la curiosidad y la posibilidad de conocerlo. En cambio, si son diferentes o muy diferentes pueden interferir en la terapia y en su aceptación incondicional, siendo lo mejor para el cliente derivarlo a un colega.

Y qué se hace con los errores *terapéuticos*: ¿se es consciente de ellos?, ¿se hace autosupervisión?, ¿se reconocen?, ¿cómo se manejan? Guistolise (1996) señala la importancia de incorporar los errores terapéuticos como un elemento del proceso intersubjetivo de una psicoterapia profunda y de calidad.

Es interesante también explorar la motivación que lleva a escoger el trabajo de psicoterapeuta, un trabajo con el lado oscuro de la vida, con personas que sufren, son infelices, que han vivido situaciones traumáticas, etc. y preguntarse sobre los beneficios secundarios de ser psicoterapeuta (quizá, hace que el terapeuta se pueda sentir mejor, menos infeliz, más afortunado).

Además, analizar qué *modelos de ayuda de nuestra cultura occidental* se tienen interiorizados. El modelo del médico, en su versión negativa de gran sanador, el que todo lo cura. O el modelo del sacerdote que en su peor versión niega cualquier tipo de duda, que impone dogmas, es todopoderoso. Tener presente controlar el “furor curandis”, aceptar que hay diferentes modelos psicoterapéuticos, aceptar que se tienen limitaciones, seguir al cliente. Éste es el que marca los objetivos de la terapia, hasta dónde quiere llegar. Y escucharlo atentamente, también cuando critica, valorando estas críticas con humildad y honestidad (viendo si tiene razón). Pues el modelo psicoterapéutico no *ES* el cliente, evitando así confundir el mapa con el territorio.

Es inspirador el mito *de Quirón* el curador herido que simboliza la consciencia de la enfermedad, que humaniza y coloca al terapeuta en una relación de igualdad ante el cliente en cuanto a que ambos son humanos, imperfectos. El terapeuta también tiene aspectos que sanar, que abordar en una psicoterapia personal y si afronta sus sombras y heridas, estimulará al cliente a afrontar también las suyas. Esta idea se refleja en la frase de San Agustín “nada de lo humano me es ajeno” o el saludo *Namasté* que viene a decir “la luz divina en mi honra la luz divina en ti”. Como dice el principio filosófico de PI “todos somos igual de valiosos” (Erskine, 2013, p. 2).

El trabajo de psicoterapeuta es maravilloso y honorable, pero también tiene aspectos negativos. Se pasa mucho tiempo en una actividad solitaria, es una relación asimétrica, al cuidado del otro. Por lo que es esencial el autocuidado, mantener la propia psicoterapia y supervisión clínica, buscar relaciones simétricas, disfrutar de la vida, de aficiones, etc. Tener un botiquín de recursos que minimicen el impacto emocional e incrementen nuestra resiliencia. Cuidarse es cuidar al cliente. Y vivir enriquece al psicoterapeuta como ser humano. Al fin y al cabo, él es el instrumento de la terapia.

Manuel en una primera etapa realiza la terapia en la Unidad Asistencial; hace una parada y la retoma dos años después en la consulta privada (considera que puede pagarla, que ya aprovechó el recurso público demasiado). Se acepta, ya que para el proceso psicoterapéutico un cambio de contexto puede ser favorable.

Los consumos han desaparecido, actualmente está abstinente. Se siente cada vez mejor consigo mismo, se acepta. Estudia por fin la carrera que deseaba, y ya la finalizó. Se cuida, acude a sesiones de antigimnasia, tiene energía, su presencia es mayor, ha recuperado su cuerpo, lo siente. En sus relaciones tiene mayor intimidad y compromiso, con su pareja, con su familia (ha tenido conversaciones con su madre de mucha intimidad hablando del pasado y del presente). Expresa lo que siente y necesita. Tiene planes de futuro y busca y lucha por lo que desea. Todos los aspectos de su Self (conducta, cognición, afecto, fisiología) están más conscientes e integrados (no está fragmentado). En resumen, funciona mucho más libre de su guion de vida y proceso esquizoide.

Actualmente ha hecho otro alto en la terapia. Recientemente me envía un mensaje compartiendo que acaba de publicar un poemario. Lo celebro. No sé si habrá una tercera vez en la terapia conmigo pues quedan aspectos que abordar. Pero de lo que sí estoy segura es que yo estaré si lo decide.

Nota de la autora

1. En la narración en algunos puntos (fragmentos de sesiones y momentos terapéuticos relevantes) se emplea la primera persona para resaltar los aspectos intersubjetivos de la relación y reflejar el aspecto relacional, tan importantes en este caso clínico. Donde el proceso intersubjetivo, la psicoterapia co-creada, la implicación más allá de la empatía, fueron decisivos.
2. La autora quiere agradecer a Richard Erskine por su gran y valiosa contribución a la psicoterapia y por desarrollar la Psicoterapia Integrativa, a Amaia Mauriz-Etxabe por su sabiduría y humanidad, a sus formadores y colegas por todo lo que le han enseñado, y especialmente a todos sus clientes por su confianza y estímulo.

Referencias

- Berne, E. (1974). *¿Qué dice Usted después de decir Hola?* (N. Daurella, trad.). Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1973)
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: critique from an intrapsychic and integrative perspective [Transferencia y transacciones: crítica desde una perspectiva intrapsíquica e integrativa]. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76. <https://doi.org/10.1177/036215379102100202>
- Erskine, R. G. (1995). A Gestalt Therapy approach to shame and self-righteousness: theory and methods [Un enfoque de la terapia de la Gestalt para la vergüenza y la arrogancia: teoría y métodos]. *British Gestalt Journal*, 4(2), 108-117.
- Erskine, R. G. (2013). Vulnerability, authenticity, and inter-subjective contact: philosophical principles of Integrative Psychotherapy [Vulnerabilidad, autenticidad y contacto intersubjetivo: principios filosóficos de la Psicoterapia Integrativa]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4(2), 1-9. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/78>
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez Burgos, Trad.). Karnac Books. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una terapia de contacto-en-la-relación* (N. Mestre, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Guistolise, P. G. (1996). Failures in the therapeutic relationship: inevitable and necessary? [Fallos en la relación terapéutica: ¿Inevitable y necesario?]. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 284-288. <https://doi.org/10.1177/036215379602600403>
- James, M. y Jongeward, D. (1975). *Nacidos para triunfar: Análisis Transaccional con experimentos Gestalt*. Fondo educativo interamericano. (Trabajo original publicado en 1971)
- Jung, C. G. (2006). *Obra completa* (vol.16). *La práctica de la psicoterapia: contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia*. Editorial Trotta. (Trabajo original publicado en 1966)
- Little, R. (2018). The Management of erotic/sexual countertransference reactions: an exploration of the difficulties and opportunities involved [La gestión de las reacciones de contratransferencia eróticas/sexuales: una exploración de las dificultades y oportunidades implicadas]. *Transactional Analysis Journal*, 48(3), 224-241. <https://doi.org/10.1080/03621537.2018.1471290>
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 137-160). Ediciones en Neurociencias.
- Mauriz-Etxabe, A. (2016). Los hilos silentes: trabajando con la introyección. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 59-7. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i105.144>
- O'Reilly-Knapp, M. (2001). Between two worlds: the encapsulated Self [Más allá de dos mundos: el yo encapsulado]. *Transactional Analysis Journal*, 31(1), 44-45. <https://doi.org/10.1177/036215370103100106>
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transactional therapy: toward a more integrative model of change [Terapia transaccional: hacia un modelo integrativo del cambio]. *Psychotherapy: theory, research and practice* 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour [En búsqueda de cómo la gente cambia: aplicaciones en el comportamiento adictivo]. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: su aplicación en un contexto clínico. En M. Casas (Ed.), *Recaída y prevención de recaídas* (p. 296). Ediciones en Neurociencias.

TRATAMIENTO DE LOS PATRONES RELACIONALES INCONSCIENTES. EL CASO DE PABLO: IMPLICACIÓN Y SINTONÍA EN PSICOTERAPIA

TREATMENT OF UNCONSCIOUS RELATIONAL PATTERNS. PABLO'S CASE: INVOLVEMENT AND ATTUNEMENT IN PSYCHOTHERAPY

Izaskun Andollo Hervás

NOÛS Instituto de Psicoterapia Integrativa, Bilbao, Bizkaia, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5643-2564>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Andollo, I. (2021). Tratamiento de los patrones relacionales inconscientes. El caso de Pablo: Implicación y sintonía en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 133-147. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.489>

Resumen

Este artículo describe el proceso de psicoterapia con los patrones relacionales inconscientes desde una perspectiva Relacional Integrativa basada en el desarrollo evolutivo. El caso de Pablo ilustra cómo se forman los patrones relacionales inconscientes y cómo se expresan en el presente. Los patrones relacionales representan un intento desesperado y arcaico del cliente de auto estabilizarse y auto regularse para compensar el dolor de su historia de vida. Este artículo proporciona una visión de la complejidad y la unicidad de los patrones relacionales inconscientes, del interés auténtico y el respeto profundo que requieren. Como psicoterapeutas es esencial implicarse y ofrecer respuestas diferentes y sintónicas a los patrones relacionales de los clientes. El establecimiento de una relación terapéutica de pleno contacto permite a los clientes dar sentido y reorganizar sus experiencias, no usar sus viejos patrones relacionales, satisfacer sus necesidades relacionales e integrar sus vivencias en un sentido del self cohesivo.

Palabras clave: patrones relacionales inconscientes, psicoterapia, implicación, sintonía, relación, autorregulación

Abstract

This article describes the psychotherapy process of Unconscious Relational Patterns from a developmentally-based, relationally-focused Integrative Psychotherapy perspective. Pablo's case illustrates how unconscious relational patterns are formed and how they are expressed in the present. Relational patterns represent a client's desperate and archaic attempt to self-stabilize and self-regulate to compensate for the pain of his or her life's story. This article provides an insight into the complexity and uniqueness of unconscious relational patterns, and the genuine interest and deep respect they require. As psychotherapists, it is essential to get involved and offer different and attuned responses to clients' relational patterns. Establishing a full-contact therapeutic relationship allows clients to make sense and reorganize their experiences, not use their old relational patterns, meet their relational needs, and integrate their experiences into a cohesive sense of self.

Keywords: unconscious relational patterns, psychotherapy, involvement, attunement, relationship, self-regulation

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 24 de octubre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: izaskun@nousintegrativa.es

Dirección postal: Travesía Altube, 14, 7. 48002, Bilbao, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



El propósito de este artículo es transmitir una aproximación a la Psicoterapia Relacional Integrativa basada en el desarrollo evolutivo. Para ello se comparte una experiencia en psicoterapia con el tratamiento de los patrones relacional inconscientes: el caso de Pablo. Cada una de las reflexiones e intervenciones psicoterapéuticas que se presentan serían seguramente diferentes en cada lector. El reconocimiento a estas diferencias y la transmisión de los procesos internos y relacionales únicos que ocurren en la psicoterapia –tanto en el cliente como en el terapeuta– son objeto de este artículo. Por estas razones, las siguientes líneas están redactadas en primera persona cuando se hace referencia a la experiencia de la psicoterapeuta. Con ello se pretende también facilitar a los lectores una ocasión para reflexionar en su propia visión de los conceptos que se presentan y en la manera única en la que cada uno los usa en psicoterapia.

Pablo vivió diferentes rupturas relacionales en sus relaciones tempranas significativas; creció en una familia en la que no tuvo cubiertas necesidades relacionales tan importantes como la seguridad y la protección, lo que produce un profundo dolor en cualquier niño (Erskine et al., 1999/2012). Sus padres no estaban presentes para él de una manera afectuosa y sintónica y no podían proveerle de la estabilización y regulación que un niño necesita cuando sus necesidades no están siendo cubiertas. Así que Pablo estableció un conjunto de sistemas de autoprotección, autoestabilización y autoregulación, que conformaron la base de sus patrones relacionales inconscientes (Andollo, en prensa; Erskine, 2015/2016, 2019). En sus relaciones actuales, reproducía los conflictos que vivió siendo niño, lo que reestablecía y reforzaba sus patrones relacionales inconscientes (Andollo, en prensa; Erskine, 1997a, 2015/2016, 2019).

Su dolorosa historia se había mantenido en el inconsciente porque Pablo no tuvo unos padres presentes e interesados genuinamente en responder a sus necesidades y reconocer sus afectos y sus conflictos relacionales. En algunas ocasiones sus experiencias eran preverbales; en otras, había lenguaje, pero no tuvo diálogos con ninguna persona significativa acerca de su experiencia interna, que nunca fue comunicada. Por estas razones, Pablo no había podido pensar sobre su historia, crear una narrativa coherente y darle sentido a sus experiencias infantiles dolorosas, que se estaban manteniendo en el inconsciente (Andollo, en prensa; Cozolino, 2006; Erskine, 2008, 2010a, 2015/2016; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020).

Los efectos del trauma acumulado que había vivido eran visibles a través de las diferentes maneras en las que expresaba su experiencia inconsciente y que conformaba sus distintos patrones relacionales inconscientes (Andollo, en prensa; Erskine, 2008, 2010a, 2013, 2015/2016).

Estos patrones relacionales incluían una variedad de manifestaciones (Andollo, en prensa; Erskine, 2015/2016): sus conclusiones implícitas (*“algo está mal en mí”*), la intensidad de sus afectos (miedo, ambivalencia, soledad y vergüenza), reacciones fisiológicas de supervivencia (la retroflexión en su cuerpo), anticipaciones (de rechazo y abandono), comportamientos repetitivos (como tocarse la nariz), su

crítica interna, su apego aislado (Erskine, 2011; O'Reilly-Knapp, 2001, 2012), su aislamiento y el proceso esquizoide (O'Reilly-Knapp, 2001, 2012) que mostraba en la terapia y en otras relaciones.

Sus patrones relacionales inconscientes eran la expresión de su conflicto interno y un intento creativo y desesperado de contar su historia, satisfacer sus necesidades y mantener la esperanza de apego y contacto en la relación (Andollo, en prensa; Bowlby, 1969, 1988; Erskine 2015/2016; Erskine et al., 1999/2012). Frente a la imposibilidad de poder satisfacer necesidades relacionales tan importantes como la seguridad y la protección en periodos evolutivos más tempranos, Pablo estaba atrapado entre su necesidad de relación y su necesidad de protegerse (Erskine, 2015/2016).

El caso de Pablo ilustra la teoría y los métodos de mis intervenciones psicoterapéuticas; es una muestra de mi implicación y sintonía y de cómo co-creamos un estilo de relación terapéutica que fue curativa de sus patrones arcaicos (Andollo, en prensa; Erskine, 2013, 2019). Los principios filosóficos, teorías y métodos de la Psicoterapia Relacional Integrativa (Erskine, 1997b, 2010a, 2015/2016, 2019; Erskine et al., 1999/2012; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020; Erskine y Moursund, 1988/2014; Erskine y Trautmann, 1997; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003), guían mis intervenciones y son la base de mi actitud psicoterapéutica. Construimos el estilo de relación terapéutica que Pablo estaba necesitando: una relación con un otro presente, implicado en su bienestar, que le ofreciera respuestas diferentes a su experiencia vital (Andollo, en prensa; Erskine, 2008; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020; Erskine y Trautmann, 1997; Stern, 1994).

Estaba realmente comprometida con estar en sintonía con cómo Pablo había vivido diferentes momentos de su desarrollo evolutivo, con las diferentes necesidades de estos periodos, con su ritmo y su manera de pensar, sentir y estar en el mundo (Erskine et al., 1999/2012). Mi implicación y mi forma respetuosa de indagar acerca de su experiencia interna, su historia, sus necesidades y sus estilos de afrontamiento, fueron aspectos cruciales en todo el proceso. Mi reconocimiento auténtico a Pablo, mi apreciación de su vulnerabilidad y valía, de sus necesidades relacionales y la normalización de sus sistemas de autoregulación y sus funciones, crearon la posibilidad de un contacto interno e interpersonal completo (Andollo, en prensa; Erskine, 2015/2016, 2019; Erskine et al, 1999/2012).

Mi actitud terapéutica facilitó su comprensión de la organización de su experiencia emocional, cognitiva, fisiológica y comportamental, y la toma de conciencia de las funciones y significados de sus ajustes creativos ante las rupturas del contacto interno y con otras personas que había vivido (O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003). Así fue posible para Pablo la elección libre de otras alternativas a las conocidas, la cura de sus heridas psicológicas, la vitalización de su impulso innato para el crecimiento y la integración de sus experiencias y su personalidad (Erskine, 2015/2016, 2019; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020; Erskine et al., 1999/2012; Erskine y Moursund, 1988/2014; Erskine y Trautmann, 1997; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003).

Pablo: Atrapado entre la Necesidad de Protegerse y la Necesidad de Relación

Pablo tiene 37 años, lo conocí hace 5 años y medio, cuando me llamó para decirme que necesitaba ayuda porque estaba teniendo comportamientos muy dependientes en una relación de pareja y eso estaba terminando con la relación. Acude desde entonces a terapia. Durante los 5 primeros años ha asistido a nuestros encuentros una vez por semana y actualmente viene a psicoterapia de manera quincenal.

Cuando nos vimos por primera vez, pude ver en él la imagen de un niño de unos 4 años, muy asustado. Le pregunté por la razón por la que había venido a verme y me contó que se sentía frágil, triste y perdido. Sus ojos miraban al suelo o a la pared, en raras ocasiones hacía contacto visual conmigo y, cuando lo hacía, se tapaba después la cara con sus manos, o hacía algún gesto con sus manos en la nariz. Me pregunté sobre la historia de aislamiento y de vergüenza de Pablo y las rupturas del contacto que se habrían producido con personas importantes en su historia; por sus gestos parecía que desde una edad temprana.

Cuando en momentos posteriores de la terapia le preguntaba por lo que sentía cuando bajaba la mirada, o cómo era para él estar conmigo contándome su historia, usaba la palabra vergüenza para referirse a lo que ocurría tanto en sus pensamientos (conclusiones como *“algo no está bien en mí”*), como con sus emociones (un profundo sentimiento de inseguridad y fragilidad, miedo, confusión y tristeza). Sentía la vergüenza en su cuerpo como una fuerte retroflexión (*“es como que el cuerpo se me va hacia dentro”* - decía), que era visible en su postura corporal encogida, que era también un reflejo de la manera en la que Pablo se aislaba. En lo comportamental, tenía conductas repetitivas (como acariciarse o tocarse la nariz) y dificultades para mantener el contacto.

Desde el inicio procuré que la terapia fuera un espacio seguro donde Pablo pudiera mostrarse y autodefinirse, expresar su personalidad, su estilo de relación y su manera de comunicarse. Quería construir la confianza necesaria que le permitiera poder mostrarse sin miedo de ser vulnerado, sin avergonzarse de sus propios sistemas de afrontamiento, o de su manera de sentir, de pensar, y de hacer. Estuve presente de una forma consistente y tierna, observando las diferentes etapas evolutivas que me mostraba, interesándome de forma genuina por sus necesidades, por sus emociones, sus pensamientos, sus relaciones, tomando en serio quién es Pablo y cómo es. Escuchaba atentamente su historia y hacía las indagaciones o las afirmaciones empáticas oportunas que le dieran la posibilidad de profundizar en lo que me iba contando, como modo de hacer consciente su manera de funcionamiento.

Observaba continuamente cómo era el efecto en Pablo de lo que yo sentía y de cómo le respondía. Estaba atenta a la manera en que mis respuestas impactaban él, en su historia y su experiencia interna. Mi compromiso era proporcionarle respuestas diferentes a su experiencia infantil y facilitarle el dar sentido y transformar sus patrones relacionales en una relación reparadora (Andollo, en prensa; Erskine, 2013, 2010a, 2014, 2015/2016, 2019; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020). Le proveía de estabilización y regulación, para que no tuviera que hacerlo solo y recurrir a sus

viejos sistemas y patrones relacionales.

Durante algún tiempo al inicio me mantuve en el presente y en la relación psicoterapéutica, para establecer las condiciones de seguridad y protección que Pablo parecía estar necesitando (Erskine et al., 1999/2012). Este fragmento, de una de nuestras sesiones al inicio de la terapia, ilustra la manera en la que co-creamos nuestra relación y la manera en la que ya se expresaban sus patrones relacionales.

Cliente (C): *Estoy pensando en eso que me pasa cuando estoy con gente...*

Terapeuta (T): *¿Puedes describir a qué te refieres con “eso”?*

C: *No sé, es... como una sensación de que... de que no estoy, que estoy, pero no estoy de verdad...*

T: *¿Cómo es para ti cuando sientes que no estás?* (Quería que conociera su experiencia interna)

C: *No poder conectar, no estar del todo cuando estoy con otras personas. Es horrible. No entiendo por qué me pasa esto, y no puedo pararlo, la gente no se da cuenta, pero yo sé que no estoy...*

T: *Escucho la angustia en tu voz...* (Hice una pausa para observar cómo Pablo reaccionaba a mis palabras y a la forma en la que le estaba ayudando a poner lenguaje a sus emociones).

C: *Angustia... sí... No sé, son muchas cosas... por un lado esa angustia que tú decías, de querer estar y no poder.... Sí, la necesidad de la gente y no poder estar...*

Pablo estaba verbalizando cómo expresaba relacionalmente su conflicto interno entre la necesidad de relación y la necesidad de protegerse. El conflicto que originalmente había sucedido externamente, en la relación con sus padres, había sido internalizado y se había convertido en un conflicto intrapsíquico (Andollo, en prensa; Erskine, 1991, 2010a) que ahora se expresaba en la relación con otras personas.

T: *La angustia es un sentimiento natural cuando hay una necesidad importante y un anhelo que no estás pudiendo cubrir...* (Hice una pausa después de normalizar y validar sus afectos). *Has dicho que sentías muchas cosas... ¿quieres contarme alguna más?*

C: *Dentro de mí... me siento pequeño, asustado, y frágil –dijo mientras se encogía, retiraba la mirada y se tapaba la cara con las manos.*

La descripción de cómo se sentía parecía una memoria emocional de una vieja experiencia. Dudé de si continuar por lo que me estaba contando que sentía, e ir a los recuerdos que elicitan sus emociones para descubrir juntos su historia y la manera en la que sus patrones relacionales se habían conformado. Tenía interés y sabía que iba a ser importante conocer su historia infantil, pero decidí crear primero la relación entre nosotros que aún estaba comenzando.

Su seguridad era una prioridad. Si mientras me contaba su historia no le proveía de la seguridad y protección suficientes para él en nuestra relación, Pablo podría repetir y amplificar sus viejos sistemas de autoestabilización y autoregula-

ción (Andollo, en prensa; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020, Siegel, 1999). No quería que esto ocurriera. Además, no estaba segura de si la reacción que había observado en su cuerpo tenía que ver con los sentimientos de los que me hablaba, o era una reacción a lo que ocurría en nuestra relación. En cualquier caso, me parecía que indagar en sus respuestas corporales era una buena idea para que pudiera conectar con lo que sentía y darle un sentido. Así que decidí prestar atención a la forma en la que su cuerpo cambiaba y se encogía.

T: *Pequeño, asustado y frágil... Mientras me cuentas esto tu cuerpo se ha encogido y has retirado la mirada... ¿está ocurriendo algo dentro de ti?*

C: *Bueno... no sé... me da vergüenza...*

T: *Vergüenza...*

C: *De sentirme así, y la vergüenza que también siento cuando siento que no estoy.*

T: *¿Está ocurriendo eso ahora en nuestra relación?*

C: *En la parte de contarte esto, nunca se lo he contado a nadie.*

T: *Eso ha debido de ser muy duro, y al mismo tiempo parece que te protege de algo.* (Quería validar la función de no haber hablado antes de sus experiencias internas, e indagué sobre esto último) ... *¿qué temes que puede ocurrir si me lo cuentas?*

C: *No sé... Supongo que lo que me pasa no es normal, que algo me pasa.*

Estaba verbalizando su conclusión implícita de “algo está mal en mí” mientras su confusión emocional se hacía evidente en su lenguaje, pero también en sus gestos y sus reacciones corporales como encoger sus hombros o su cuerpo o taparse la cara.

T: *¿Cómo si algo no estuviera bien en ti por sentirte así?*

C: *Sí, justo eso.*

T: *¿Eso es lo que temes que yo piense sobre ti?*

C: (Asiente y se encoge más; sus anticipaciones mostraban también sus viejos patrones).

T: *¿Crees que te sería útil saber lo que yo pienso sobre lo que me has contado hasta ahora?*

C: *Sí... (su voz era débil)*

T: *Vale... Lo que pienso es que no hay nada malo en ti por estar viviendo esto ni por sentirte así, porque estoy segura de que debe de haber razones muy importantes para todo lo que me estás contando...*

C: (silencio) *¿Razones?*

T: *Bueno, pensaba en que algo doloroso ha debido de ocurrir en tu vida para que te sientas así.*

Quería desconfundir al niño pequeño que atribuyó el significado de “algo está mal en mí” a las rupturas del contacto que había vivido y a que sus necesidades infantiles no hubieran sido cubiertas.

C: *No sé... yo pienso que soy yo, que algo me pasa a mí... llevo sintiendo eso desde que soy pequeño.*

C: *Muchos niños cuando no tienen cubiertas necesidades importantes, o cuando sufren, sienten que algo malo hay en ellos para que todo eso ocurra... –dije normalizando y validando lo que me contaba– Es una reacción tan natural...*

C: *Bueno... mi vida... no ha sido fácil... pero ha pasado mucho tiempo de eso y necesito entender por qué me ocurre todo esto todavía ahora...*

T: *¿Qué esperas que ocurra al entender lo que te sucede?*

C: *No sé, dejar de sentirme así...*

T: *¿Quieres que lo entendamos juntos? Quizá eso facilite que pueda ser diferente... (hice una pausa). Pero para ello vamos a necesitar hablar de tu historia y quizá “entender” implique que hagamos trabajo con tus emociones y también con tu cuerpo, y que podamos conectar toda tu experiencia y darle un sentido juntos, ¿estás de acuerdo?*

C: *Sí...*

T: *Tu cuerpo ha vuelto a cambiar, y tu postura también, ¿qué ha ocurrido ahora?*

C: *... es agradable saber que no piensas nada malo de mí. Y eso de hacerlo juntos me ha sonado bien.*

Pablo me producía una profunda ternura. Había mucha soledad en lo que contaba, y en la manera en la que lo contaba. Me pregunté sobre lo que no decía y lo que no hacía.

T: *Hacerlo sólo es muy duro y difícil...*

C: *Sí...*

T: *Antes has dicho que sentías también vergüenza de no estar... ¿Sientes que estás ahora conmigo?*

C: *A ratos... a ratos me voy. Siempre me pasa.*

T: *También eso debe de tener un sentido importante... vamos a dejar que ocurra y a hablar sobre ello, no hay nada malo en eso. Vamos a entender juntos cuál es su significado, ¿vale?*

(Pablo asintió)

¿Qué vas a necesitar de mí cuando te vayas de nuestra relación?

C: (silencio)... *lo que estás haciendo me gusta.*

T: *¿Qué es lo que estoy haciendo que está siendo importante para ti?*

Mi propósito era que pudiera poner palabras a lo que necesitaba de nuestra relación, y que probablemente era justo lo que le había faltado antes. Pensaba en la relación terapéutica necesitada (Erskine, 2008; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020; Erskine y Trautmann, 1997; Stern, 1994). Tuve presente la necesidad de Pablo de una implicación recíproca por mi parte, de manera que un otro esencial pudiera responder y ofrecer respuestas diferentes a las conocidas por él (Andollo, en prensa), tanto a sus necesidades como a sus patrones relacionales inconscientes.

C: *No sé... Cómo estás, cómo me preguntas, me escuchas, me entiendes... Me respetas. No me juzgas. Y es como que me siento más seguro. Tengo*

la sensación de que no vas a hacerme daño.

T: Tener la certeza de que tu vulnerabilidad no va a ser dañada... eso es algo tan importante...

Me estaba preguntando de qué formas Pablo habría tenido vulnerada su seguridad y cómo habría carecido de la protección necesaria.

C: Sí...

T: Quiero comprometerme contigo a eso... y también creo que será importante que, cuando necesites que algo sea diferente en nuestra relación, puedas decírmelo.

Tenía presente su vergüenza y pretendía que la terapia fuera un espacio donde pudiera mostrarse como era, autodefinirse y que tuviera la libertad de expresarse si algo no estaba bien para él.

C: Eso me va a costar...

T: ¿Te ayudará si de vez en cuando te pregunto cómo está siendo para ti?

C: Puede que sí.

T: Tu cuerpo parece más relajado que hace unos momentos... ¿Cómo te sientes ahora conmigo?

C: No sé... ya no me da tanta vergüenza...

T: Así que parece que tu vergüenza también tenía que ver con lo que te estaba faltando de mí, y con esta conversación que acabamos de tener...

Quería contribuir a la desconfusión de aquel niño que estaba atribuyendo el significado de “*algo está mal en mí*” cuando no había seguridad suficiente para él, y entonces experimentaba vergüenza, un patrón que parecía ser muy viejo. Estaba también interesada en saber cómo era su experiencia cuando si tenía lo que necesitaba, porque en lo poco que había visto en él hasta este momento, me parecía que podría ser una razón para desbordarse afectivamente (Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020; Siegel, 1999). A medida que avanzábamos en nuestra conversación, yo era más consciente del hilo fino en el que tenía que moverme y lo atenta que debía estar a todas sus reacciones para ser sintónica con su ritmo, sus afectos y sus necesidades.

T: ¿Y cómo es para ti cuando estoy interesada en ti, en lo que sientes, o en lo que necesitas?

C: No sé... Me estoy bloqueando.

Este último “*no sé*” sonaba diferente a otros “*no sé*” que había dicho en otros momentos y que tenían que ver con que no podía saber porque no había tenido la experiencia de seguridad o con que nunca había hablado de sus sentimientos. En este caso pensé si el “*no sé*” era un reflejo del bloqueo que estaba mencionando. Hipoteticé si ese bloqueo era un viejo sistema para evitar traer a su memoria experiencias pasadas dolorosas, que podrían estar emergiendo por el contraste con lo que estaba recibiendo de la terapia (Andollo, en prensa). Con cada una de sus intervenciones Pablo me enseñaba como necesitaba ser tratado para no reforzar sus viejos patrones.

Pensé también en que las indagaciones de su experiencia interna –por el pa-

trón de apego aislado que estaba observando en él (Erskine 2011; O'Reilly-Knapp, 2001, 2012)—podrían resultarle invasivas. Tuve esto presente, así que normalicé su reacción e hice una afirmación empática en lugar de una indagación:

T: *Muchas personas se sentirían bloqueadas si están sintiendo muchas emociones...*

C: *No sé... me estaba sintiendo bien.... Ha sido extraño... me estaba gustando lo que estabas haciendo.... Lo que antes te he dicho que estaba siendo importante...*

T: *Me estoy preguntando qué significa cuando dices “extraño”.*

C: *Bueno, no estoy acostumbrado a que alguien me cuide, me entienda y me respete así... y, no sé... en una parte eso también me duele... no sé por qué...*

La terapia le estaba poniendo en contacto con lo que no tuvo.

T: *Recibir algo que ha faltado en tu vida es algo bueno, y al mismo tiempo muy doloroso —hice una pausa— Muchas emociones juntas...*

C: *Sí... y me bloqueo....*

T: *¿Estás bloqueado ahora?* (probablemente hubiera sido demasiado para él ir en ese momento a las memorias emocionales relacionadas con ese dolor, y que precisamente él trataba de evitar a través de esos bloqueos, así que decidí dejarlo para un momento posterior)

C: *No.... Creo que ya no...*

T: *Va a ser importante que hablemos cuando recibas algo en nuestra relación que te haga sentir tantas emociones, ¿qué te parece?*

C: *Que eso también es diferente... pero que sí, que estará bien. Me gusta hablar contigo... Ahora es como que estoy mucho más aquí... contigo... de verdad...*

T: *Cuánto me alegro de saber eso... y cuando no sea así, no pasará nada. Hablaremos sobre ello y sobre si en nuestra relación algo te está faltando o algo está siendo demasiado y te está trayendo recuerdos dolorosos. Y trabajaremos en ello.*

(Pablo asintió).

T: *Antes de hablar de nosotros, estabas hablándome de la manera en la que te sentías... ¿Estás para que podamos seguir? ¿O es demasiado por ahora?*

C: *No, sí que me gustaría seguir... es increíble, pero me siento a salvo. Y ahora no me estoy bloqueando.*

T: *Voy a ocuparme siempre de eso... Estoy recordando la intensidad de tus emociones cuando has dicho que te sentías pequeño, asustado y frágil...*

C: *Me siento siempre así... es horrible.*

T: *Horrible, sí..., me doy cuenta de todo tu sufrimiento, y de cómo todo tu cuerpo se encoge.*

C: *Sí... me voy para dentro, muy adentro.*

La manera en la que se aislaba, se retiraba del contacto y buscaba un lugar

más seguro dentro de él, evidenciaba la manera en la que había hecho frente a su dolor, y a no tener sus necesidades cubiertas.

T: *Eso parece más seguro que quedarte fuera...*

Validaba una y otra vez sus patrones y las funciones que tenían.

C: (baja la mirada) *Pues no lo sé, pero... siempre, desde que recuerdo, siempre me he sentido así... Muy asustado y muy frágil...*

T: *Así que esos sentimientos son algo viejo... me estoy preguntando con qué experiencias de tu vida están conectados...*

Quizá era el momento de conocer su historia. Me mantuve un momento en silencio para darle el tiempo que necesitaba y comprobar si estaba en lo cierto o no. De pronto hubo una reacción en su cuerpo:

T: *Has bajado la mirada, ¿estás recordando algo?*

C: *La relación con mi madre y ahora también con mi pareja...*

T: *¿Quieres contarme esa historia?*

Durante las primeras sesiones, me contó que tenía una relación homosexual con un hombre 10 años mayor que él, y me relató cuidadosamente cómo se enamoró de su seguridad y su aparente consistencia, que era lo que estaba necesitando. Ante el miedo a perderle, se había hecho dependiente de él, le complacía desatendiendo sus propias necesidades, y se sentía incapaz de mostrar desacuerdo ante el miedo al enfado de su pareja. Me di cuenta de lo conveniente que había sido pedirle que me dijera lo que no estaba bien para él en la terapia. Pablo se sentía apagado. Su pareja le instigaba a reponerse y cuando no era así, o le criticaba o le abandonaba.

Indagué fenomenológicamente en lo que escuchaba, y empezó a relatar que se sentía pequeño e indefenso, asustado y sólo; hipoteticé que los sentimientos de los que me hablaba eran viejos sentimientos que estaba trayendo a su relación en el presente, como otra muestra de sus patrones relacionales. Pensé en lo que me contaba como adaptaciones que habría hecho como niño para intentar satisfacer sus necesidades, como sistemas arcaicos de autoestabilización y autoregulación y como maneras de organizar las experiencias dolorosas de su vida (Erskine, 2015/2016, 2019). Le pregunté entonces si esas emociones de las que me hablaba eran ya algo conocido para él en otros momentos y otras relaciones, y comenzó a narrarme la terrible historia que vivió siendo niño y el impacto que esa historia había creado en él.

Creció con una madre diagnosticada de trastorno bipolar que hacía fortísimos estallidos en casa, gritaba, amenazaba y violaba la seguridad física y psicológica de Pablo, su hermana y su padre. Su madre había hecho varios intentos de suicidio y su padre y su hermana estaban muy ocupados en atender a su madre y estaban muy poco presentes para él.

A través de la indagación fenomenológica e histórica, Pablo ponía palabras a la historia de un niño que sintió muchísimo miedo, inseguridad, tristeza y soledad. Cuando le preguntaba por sus sistemas de afrontamiento, me hablaba de un niño de 4 años que se iba a jugar sólo a la habitación, cerraba la puerta y así estaba a salvo

y no se enteraba de lo que estaba ocurriendo fuera. Aquella habitación era el único lugar seguro en su vida. Pensé de nuevo en la idea de que Pablo estaba atrapado entre la necesidad de contacto y la necesidad de estar a salvo y protegerse (Erskine, 2015/2016). Era la necesidad de relación lo que le hacía retraerse y esconderse, pues sus relaciones no habían sido seguras.

Otras veces, en el relato de cómo dependía y complacía a su pareja Pablo contaba su profunda necesidad de relación y contacto. Sus diferentes patrones relacionales contaban la historia de aquel niño hambriento de relación, de seguridad y protección, y las maneras que había tenido de compensar estas faltas.

Sentí mucha compasión por las fuertes rupturas del contacto consigo mismo y con otros que manifestaba (Erskine, 2015/2016), la soledad de la que me hablaba y el profundo sufrimiento que le ocasionaba. Le mostré mi compasión y rompió a llorar. Me comprometí con él a ir de la mano juntos en comprender su historia. Usé a propósito el término ir de la mano, pues tenía clara la imagen evolutiva (Erskine, 2019) del niño pequeño que estaba necesitando protección y seguridad; le dije que estaría con él en su experiencia, al ritmo que él necesitara, validé sus creencias, sus emociones y sus estrategias de afrontamiento y le transmití la esperanza que él no podía sentir. Le pedí permiso para poder entrar con él a esa habitación y acompañarle a que pudiera contarme aquella terrible historia a la que jamás había puesto palabras (una de las razones por las que su experiencia se mantenía inconsciente), y a cómo era estar en aquella habitación durante tantos años a lo largo de su vida. Mi propósito era indagar y estar presente en su historia como si fuera un testigo.

Mi interés genuino por Pablo y por su historia y mi compromiso con su bienestar y su seguridad, fueron construyendo una relación diferente a lo que Pablo estaba acostumbrado. A veces el impacto de ser reconocido, validado y de sentirse en una relación segura era tanto, que se quedaba callado y de pronto se quedaba bloqueado y se aislaba, para evitar así recuerdos emocionales, como ocurrió en el fragmento anterior de una de nuestras sesiones.

Hipoteticé que estos bloqueos podrían tener que ver con la yuxtaposición: una intensa respuesta emocional por un marcado contraste entre aquello que la relación terapéutica provee y aquello que fue anhelado y no tuvo. Es decir, el contraste con la memoria emocional de la carencia de sintonía en sus relaciones con sus padres, lo que podría producir una intensa respuesta emocional que amplificara sus viejos patrones (Andollo, en prensa; Erskine, 2015/2016). Cuidé mucho mi sintonía con su ritmo y sus afectos y validé lo difícil que debía de ser para él poner la mirada en él, ser tratado con respeto o sentirse seguro y reconocido en una relación, lo que elicita muchas memorias emocionales sobre la falta de todo eso en su infancia. La relación terapéutica estaba representando un reto frente a los patrones relacionales de Pablo y su homeostasis psicológica (Erskine, 2015/2016).

Hablé con él sobre mi previsión de que este pudiera ser un motivo para abandonar la terapia, y acordamos que hablaríamos a menudo sobre lo que le pasaba cuando recibía protección, reconocimiento o aceptación, o cuando estaba atenta a

sus necesidades; hablamos de la importancia de poder ponerles voz a sus emociones y a poder contar conmigo cuando esto ocurriera y no hacerlo en el silencio de la soledad, como estaba acostumbrado a hacer.

Cuando sucedían los bloqueos mencionados le preguntaba sobre lo que estaba sintiendo en el momento justo antes de bloquearse, como estrategia para poder traer a la terapia sus recuerdos emocionales.

En algunas ocasiones su respuesta era “*no sé*”. Y ahí estaba precisamente el recuerdo, en lo que no tuvo y que estaba recibiendo de la relación terapéutica. Era un recuerdo emocional que no podía encontrar porque la situación no sucedió. No sabía lo que era sentirse seguro, protegido, validado o importante porque nunca sucedió en su familia. No podía tener recuerdos ni hablar de lo que nunca había tenido, y no podía identificar sus emociones cuando esto ocurría. Entonces mi tarea era crear juntos un lenguaje (“*veo el miedo en tu mirada*”) y una manera de dar significado a esa parte de su historia. Esto permitió que fuera haciendo conscientes sus emociones y necesidades no cubiertas, y la manera en la que su historia se reproducía en el presente e influía en su relación con otros o conmigo (Andollo, en prensa; Erskine, 1997a, 2010a, 2010b, 2008, 2013, 2019; Little, 2011; Moiso, 1985; Novellino, 1984).

En otras situaciones su “*no sé*” respondía a que la experiencia de la que hablábamos era preverbal (por ejemplo, cuando encogía su espalda); no sabía porque no había lenguaje en la situación original y el recuerdo estaba en el cuerpo (Andollo, en prensa; Erskine, 2014). Poníamos el foco en lo que ocurría con sus reacciones fisiológicas para que pudiera por un lado tomar conciencia de ellas y de las emociones que contenían y, por otro, construir un significado de los patrones relacionales codificados en sus reacciones fisiológicas. El trabajo corporal fue un medio importante para que Pablo pudiera conectarse con cómo había aprendido a esconderse, protegerse y auto regularse, también fisiológicamente.

Otras veces, cuando le preguntaba “¿*qué estabas sintiendo justo antes de irte?*”, en lugar de “*no sé*” me decía que se sentía asustado y frágil, y esas emociones eran el recuerdo de la relación con su madre, una memoria emocional que traía al hoy. Cuando le preguntaba con qué le conectaba ese miedo, me decía que no sabía. Entonces, manteniéndome aún en nuestra relación antes de ir a hacer un trabajo emocional más profundo, le preguntaba si algo en esta relación era diferente a la relación con su madre y también con su padre y a lo que había experimentado con ellos. Así podía establecer la conexión, y comenzaba a hacer consciente y hablar del miedo terrible que sintió y de lo triste y enfadado que en realidad estaba. Narrarme su historia de esta manera, le ayudaba a conectar con el haber crecido hambriento de reconocimiento y relación, y de la seguridad y protección que aquel niño necesitaba.

Establecí una relación entre la negligencia acumulativa que había vivido y el proceso esquizoide (Erskine, 2011; O'Reilly-Knapp, 2001, 2012) que aparecía en la terapia a través de algunos de los bloqueos mencionados, las fantasías de sole-

dad, las fantasías anticipatorias de la vergüenza, el aislamiento, la crítica interna o la retroflexión en su cuerpo, que fueron los medios para traer a la terapia sus recuerdos emocionales. Su historia estaba codificada en sus patrones relacionales.

La acumulación de pérdidas de sintonía y de conexiones habían ido creando las condiciones por las que Pablo comenzó a avergonzarse y a esconderse cada vez más, quedando secuestrado en su propio mundo interno (Erskine, 2015/2016). Estaba ante un niño pequeño que estaba necesitando ser tratado como auténticamente vulnerable y dependiente en una relación segura. Me sentí honrada de poder acompañarle.

Después de mucho trabajo relacional puse el foco en profundizar en sus experiencias emocionales tempranas e ir a distintas escenas de diferentes momentos de su desarrollo, resolver los conflictos infantiles y conectar sus experiencias de la infancia con lo que le estaba pasando en el hoy. Estuve ahí para darle apoyo en el trabajo regresivo (Andollo, en prensa; Erskine, 2008; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020). Íbamos a alguna de esas escenas con su madre o su padre, y le animaba a activar y expresar lo que fue inhibido en la situación original: su miedo, su tristeza y un profundo e intenso enfado. Después le apoyaba para expresar lo que hubiera necesitado que hubiera sido diferente (seguridad, protección, ser tomado en serio y validación) y, al terminar, volvíamos a la relación y hablábamos de lo que había experimentado para que pudiera darles un significado a sus patrones relacionales e integrar sus experiencias vitales y su personalidad (Erskine et al., 1999/2012).

El trabajo de regresión con apoyo a diferentes escenas y momentos del desarrollo evolutivo de Pablo nos llevó a la psicoterapia de las introyecciones (Erskine, 2015/2016): identificaciones inconscientes auto reguladoras que había hecho con aspectos significativos de la personalidad de sus padres (la crítica y la humillación). La influencia interna de esta crítica introyectada en Pablo era observable en sus ya mencionados patrones relacionales, que incluían también una potente crítica interna que le protegía de la humillación externa (Erskine, 2015/2016).

La combinación de métodos relacionales (Erskine et al., 1999/2012) con métodos expresivos e intrapsíquicos (Erskine, 2010b, 2015/2016; Erskine y Mauriz-Etxabe, 2020) estaba resultando eficaz para resolver con el conflicto interno y relacional que Pablo manifestaba.

Mi implicación, sintonía e indagación cuidadosa, han sido el medio para que Pablo pusiera palabras y narrara con detalles su historia. La validación y normalización de lo que me contaba y también la expresión de mi compasión, le han facilitado la toma de conciencia sobre su manera de ajustarse al mundo y de poder sobrevivir a aquella situación, así como la comprensión de los significados que había atribuido a sus experiencias de vida.

En la relación terapéutica, ha podido ir construyendo significados diferentes a los que tenía y ha sido a través de estos nuevos significados cuando sus creencias han ido cambiando (*“soy valioso, querible y capaz”*), y ya no se siente tan asustado, tan frágil y tan solo. Rompió su relación de pareja y se independizó, retomó la rela-

ción con sus amigos y sus estudios, ahora tiene una pareja con la que mantiene una relación sana, y dice que se siente mucho más tranquilo y a salvo. Sus reacciones ya no son por compulsión o por miedo, mantiene su autonomía y es más auténtico, flexible y espontáneo.

Ahora, cuando viene a terapia, se sienta y me mira a los ojos, y no hace mucho en una sesión me dijo: “*Lo cuidadosa que has sido al abrir poco a poco la puerta de mi habitación, pedirme siempre permiso para entrar en ella y acompañarme en lo que ahí ocurría, me han cambiado la vida*”. Nos emocionamos juntos.

Conclusiones

La Psicoterapia Relacional Integrativa es efectiva en el tratamiento de los patrones relacionales inconscientes, que son resultado de fallos en relaciones tempranas significativas cuando las necesidades relacionales no son cubiertas. Los métodos relacionales—la implicación, la sintonía y una indagación respetuosa—son los ingredientes esenciales en una relación psicoterapéutica de pleno contacto. Este tipo de relación es curativa de los conflictos internos e interpersonales y de las heridas psicológicas (Erskine, 2008; Erskine et al., 1999/2012); provee a los clientes de la oportunidad de dar sentido y reorganizar sus vivencias, no usar sus viejos patrones relacionales, satisfacer sus necesidades relacionales, integrar su personalidad y sus experiencias de vida, establecer otras relaciones de contacto pleno y “elegir libremente cómo vivir su vida” (Erskine, 2019, p.8).

Referencias

- Andollo, I. (en prensa). Psychotherapy of unconscious relational patterns. Laura's therapeutic process [Psicoterapia de los patrones relacionales inconscientes. El proceso terapéutico de Laura]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment: Vol. 1. Attachment and loss [Apego: vol.1. Apego y pérdida]*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychology comes of age [La psicología del desarrollo llega a la mayoría de edad]. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1>
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain* [La neurociencia de las relaciones humanas: apego y el cerebro social en desarrollo]. Norton.
- Erskine, R. G. (1997a). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective [Transferencia y transacciones: Críticas desde una perspectiva intrapsíquica e integrativa]. En R. G. Erskine (Ed.), *Theories and methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles* (p. 129-146). TA Press.
- Erskine, R. G. (1997b). *Theories and methods of an Integrative Transactional analysis: A Volume of Selected Articles [Teorías y métodos de un análisis integrativo transaccional]*. TA Press.
- Erskine, R. G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience [Psicoterapia de la experiencia inconsciente]. *Transactional Analysis Journal*, 38(2), 128-138. <https://doi.org/10.1177/036215370803800206>
- Erskine, R. G. (2010a). Life scripts: Unconscious relational patterns and therapeutic involvement [Guiónes de vida: patrones relacionales inconsciente y participación terapéutica]. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns* (pp.1-28). Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2010b). Integrating expressive methods in a relational-psychotherapy [Métodos expresivos integrados en psicoterapia relacional]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1(2), 55-80. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/31/17>

- Erskine, R. G. (2011). Attachment, relational-needs, and psychotherapeutic presence [Apego, necesidades relacionales y presencia psicoterapéutica]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 2(1), 10-18. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/36/19>
- Erskine, R. G. (2013). Intrapsychic conflict, transference, and a healing relationship [Conflictos intrapsíquicos, transferencia y relación saludables]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4(1), 53-61. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/83/53>
- Erskine, R. G. (2014). Nonverbal stories: The body in psychotherapy [Historias no verbales: El cuerpo en psicoterapia]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 5(1), 21-33. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/94/62>
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica y patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez Burgos, Trad.). Karnac. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G. (2019). Developmentally based, relationally focused Integrative psychotherapy: Eight essential points [Psicoterapia integrativa basada en el desarrollo y centrada en las relaciones: ocho puntos esenciales]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 10, 1-10. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/144/96>
- Erskine R. G. y Mauriz-Etxabe, A. (2020). Inferencia, re-experimentación y regresión: psicoterapia de los estados niño del yo (A. Pérez Burgos, Trad.). *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 205-226. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.362>
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía. Una terapia de contacto en la relación* (N. Maestre, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en acción* (A. Pérez, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1997). Methods of an Integrative Psychotherapy [Métodos de una psicoterapia integrativa]. En R. G. Erskine (Ed.), *Theories and methods of an Integrative Transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 20-36). TA Press.
- Little, R. (2011). Countertransference self-disclosure [Autorrevelación contratransferencial]. En H. Fowlie y C. Sills (Eds.), *Relational Transactional Analysis: Principles in Practice* (pp. 47-56). Karnac.
- Moiso, C. (1985). Ego states and transference [Estados del ego y transferencia]. *Transactional Analysis Journal*, 15(3), 194-201. <https://doi.org/10.1177/036215378501500302>
- Novellino, M. (1984). Self-analysis of countertransference in integrative transactional analysis [Autoanálisis de la contratransferencia en análisis transaccional integrativo]. *Transactional Analysis Journal*, 14(1), 63-67. <https://doi.org/10.1177/036215378401400110>
- O'Reilly-Knapp, M. (2001). Between two worlds: The encapsulated self [Más allá de dos mundos: El yo encapsulado]. *Transactional Analysis Journal*, 31(1), 44-54. <https://doi.org/10.1177/036215370103100106>
- O'Reilly-Knapp, M. (2012). Organizing Self-Experiences [Organizando experiencias personales]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 3(1), 1-14. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/52/31>
- O'Reilly-Knapp, M., y Erskine, R. G. (2003). Core concepts of an integrative Transactional analysis [Conceptos nucleares de un análisis transaccional]. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 168-177. <https://doi.org/10.1177/036215370303300208>
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* [El desarrollo de la mente: cómo las relaciones y el cerebro interaccionan para mostrar quiénes somos]. Guilford Press.
- Stern, S. (1994). Needed relationships and repeated relationships: An integrated relational perspective [Relaciones necesarias y relaciones repetidas: una perspectiva relacional integrada]. *Psychoanalytic Dialogues*, 4(3), 317-345. <https://doi.org/10.1080/10481889409539020>

LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN EL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN SOCIAL: CONCEPTOS Y MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY IN SOCIAL INTERVENTION DOMAIN: CONCEPTS AND METHODS OF INTERVENTION

Angela Pérez Burgos

Doctora en psicología. Alcalá de Guadaira, Sevilla, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1596-9853>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pérez Burgos, A. (2021). La Psicoterapia Integrativa en el ámbito de intervención social: conceptos y métodos de intervención. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 149-162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.490>

Resumen

La Psicoterapia Integrativa ofrece unas herramientas exquisitas para implementar el contacto de calidad en las relaciones profesionales establecidas dentro del ámbito social. Los profesionales que se dedican a la relación de ayuda llevan a cabo intervenciones que resultan eminentemente reparadoras –sin hacer psicoterapia propiamente dicha– por lo que puede suponerles un enriquecimiento aplicar los principios, conceptos y métodos de la Psicoterapia Integrativa en las interacciones con sus diferentes usuarios. La relación reparadora que entablan se considera el medio para desarrollar el trabajo específico con cada persona usuaria y el escenario para potenciar el crecimiento y nuevas conductas. En este artículo se describirá la Psicoterapia Integrativa en ámbitos de intervención social desde 3 pilares básicos: la persona profesional, la persona usuaria y la relación reparadora

Palabras clave: indagación, sintonía, implicación, relación de ayuda

Abstract

Integrative Psychotherapy offers unique tools to implement quality contact in professional relationships established also within the social domain. The professionals who are dedicated to the helping relationship carry out interventions that are highly reparative so it can be an enrichment to apply the principles, concepts and methods of Integrative Psychotherapy in the interactions with their different users. The reparative relationship they establish is considered the means to develop the specific work with each user and the setting to promote growth and new behaviors. Integrative Psychotherapy in social field it will be described from 3 basic pillars: the professional, her/his user and the reparative relationship.

Keywords: inquiry, attunement, involvement, helping relationship



Existen numerosos modelos teóricos que describen enfoques diferentes para la intervención social (psicológicos, filosóficos, pedagógicos, familiares-sistémicos, técnicos, comunitarios, socio-laborales...). Fernández (2017) detalla estos diferentes modelos y postula que según el modelo humanista “el ser humano, complejo y complicado, es el protagonista central de un proceso que debe conocer sus anhelos y sus miedos, sus valores y sus experiencias, y que debe apoyar el crecimiento personal por encima de patologías psicológicas” (p.18).

Siguiendo esta línea, la Psicoterapia Relacional Integrativa (creada por Richard G. Erskine), una de las escuelas psicoterapéuticas humanistas más recientes, refleja además en su premisa central que el contacto constituye la experiencia motivadora primaria de la conducta humana. Su marco teórico ofrece unas herramientas extraordinarias para establecer el contacto de calidad en las relaciones profesionales con diferentes usuarios (niños, adolescentes, familias, víctimas de violencia de género, personas mayores, personas con discapacidad, personas con adicciones, etc.) dentro también del ámbito social. El grupo de profesionales a los que se refiere este artículo incluye psicólogos, educadores sociales, trabajadores sociales y trabajadores familiares, entre otros.

La esencia que aportan los conceptos de contacto interno (consciencia propia) y contacto externo (consciencia de la otra persona) y así como el de relación (entendida en este caso como el medio para la reparación, para incrementar el nivel de autoconocimiento, el espacio seguro donde practicar nuevas conductas y poner en acción patrones relacionales más saludables) van a definir cada interacción:

“La relación se construye sobre el contacto interpersonal. Pero el verdadero contacto interpersonal es posible solamente si uno está en contacto consigo mismo” (Erskine et al., 1999/2012, p.226).

Los aspectos relacionales incluyen características tales como:

1. La calidad de la interacción profesional-persona usuaria
2. El establecimiento del contacto pleno
3. El acompasamiento del ritmo de la intervención
4. La resonancia afectiva
5. La atención a las necesidades relacionales

El profesional de ayuda trabaja desde una posición de igualdad, respeto y normalización, basada en los principios filosóficos de la Psicoterapia Integrativa (Erskine, 2015/2016), está centrado en el crecimiento más que en el cambio, y asume la responsabilidad de su intervención, incluidos los errores que pudiera cometer (Guistolise, 1996).

Uno de los mayores retos en el ámbito social es el tiempo disponible para invertir en los “casos”; y sí, el contacto y la relación requieren tiempo para consolidarse. De ahí la relevancia de la calidad del contacto que pueda establecer el profesional con la mayor agilidad posible. Cuanto mejor sea su nivel de contacto interno adquirido (consciencia sobre su cognición, fisiología y afectos), con mejor calidad interpersonal invitará a la persona usuaria a establecer la relación reparadora,

así como a mejorar su nivel de autoconocimiento. En áreas como la drogadicción y la violencia de género, pueden presentarse carencias en la consciencia personal de la gravedad de la situación, lo que conlleva a veces a minimizar la necesidad de ayuda e incluso la urgencia de esa ayuda.

Elementos básicos de contacto interno: ser consciente de las sensaciones y emociones que despierta la persona con la que se interactúa, los pensamientos que se generan en la intervención con ella, las reacciones fisiológicas que emergen (pautas de respiración, ritmo cardíaco, sudoración, etc.).

Elementos básicos de contacto externo: qué se percibe en la otra persona en cuanto a reacciones emocionales, respuestas cognitivas, lenguaje no verbal, contacto visual, fluidez del encuentro, etc.

En la experiencia de trabajo con adolescentes, no resulta extraño encontrarse a veces con la dificultad de poder conectar con el mensaje real emitido porque la respuesta emocional manifestada tiene un efecto amplificado en el proceso de comunicación.

Una joven adolescente a la que se le pregunta en un tono neutral por qué ha ocultado el resultado de sus notas sabiendo que existe esa información del centro escolar, puede tener una reacción de enfado desproporcionada que esconde una profunda sensación de vergüenza. Si el profesional sólo reacciona ante el enfado y desatiende los efectos de la vergüenza, las transacciones con esta joven resultarán muy pobres, con lo que la posibilidad de crecimiento en esta experiencia queda mermada.

Contacto, conexión y relación van a reflejar las dinámicas relacionales. Creemos y maduramos en relación. A través de ella, aprendemos sobre nosotros. La relación con pleno contacto, donde se establece un nivel de conexión óptimo, es la que posibilitará la satisfacción de las necesidades relacionales (Erskine et al., 1999/2012). Si bien en este artículo no se van a describir las 8 necesidades relacionales dentro del enfoque de Psicoterapia Integrativa, cabe resaltar algunas de ellas para ejemplificar su aplicación en la práctica del ámbito social.

Si tomamos en consideración la necesidad de *seguridad*, es decir, de sentirse protegido por otra persona, ésta podría considerarse como una base de inicio a la hora de entablar la relación de ayuda. La persona usuaria que experimenta la sensación de seguridad, que puede asumir que no será avergonzada o criticada por parte del profesional, podrá mostrar su intimidad y vulnerabilidad en presencia de éste. En el área de trabajo con personas mayores, resulta de vital relevancia reflejar esta seguridad en el trato cotidiano con personas dependientes, estén en domicilio o en centros residenciales. Esta seguridad se demuestra en pequeños grandes detalles como la hora de la higiene (delicadeza en el tacto), asistencia para la alimentación y el vestido (paciencia y adaptación al ritmo personal), actividades lúdicas (iniciativa y creatividad para romper la rutina y el asilamiento), etc.

Otra base de inicio importante es la necesidad de *validación*, es decir, ser significativo en la relación; se satisface cuando la persona usuaria acepta que no

solo es “un caso más”, sino que se siente vista y tratada como única. Este mensaje de “eres importante para mí” emitido por el profesional (a nivel tanto verbal como conductual, con palabras y con hechos) marca la diferencia de la intervención. Muchos profesionales han vivido en directo reacciones como “tú estás aquí porque necesitas el dinero”, “me tienes que aguantar porque para eso te pagan”, “te vas a tu casa y te olvidas de todos” ... reacciones fruto de la propia ausencia acumulativa de satisfacción de necesidades relacionales en la historia de la persona usuaria. Estas reacciones aparentes de rechazo, no deben desanimar al profesional comprometido con su labor de continuar en la relación de calidad. Pueden aprovecharse para explorar los acontecimientos vitales de la historia de esa persona e incluso para explorar la relación ya establecida con el profesional (miedos, inseguridades, desconfianzas...) que puede reflejarse en los patrones relacionales aprendidos sobre los que se puede trabajar.

Cada persona usuaria con la que se entabla la relación de ayuda requiere un ritmo único y a veces, aún con la mejor intención, el profesional puede aportar más de lo que esa persona puedes digerir en un momento dado. El equilibrio sutil supone un constante reajuste del nivel de atención, dedicación y profundidad que evite la sensación de *yuxtaposición* (Erskine et al., 1999/2012). La relación de ayuda representa un reto frente a todo lo vivido en el pasado. Este contraste entre el contacto disponible con el profesional y la carencia de contacto en las anteriores relaciones resulta a menudo más de lo que las personas usuarias pueden soportar, por tanto, se protegen del contacto presente para evitar así recuerdos emocionales o carencias actuales en relaciones significativas. Las emociones y las conductas expresadas, suponen un intento de negar y no reconocer las memorias emocionales o no querer asumir la percepción de la carencia. A menudo la *yuxtaposición* se manifiesta rechazando al profesional después de un encuentro cercano.

En casos de abusos físicos o sexuales, las reacciones de *yuxtaposición* pueden indicar que la intensidad de la implicación resulta demasiado intensa y no permite la existencia de una sensación de seguridad.

En el trabajo con infantes y adolescentes de centros de acogida, centros residenciales educativos o inmersos en procesos de adopción, las reacciones de *yuxtaposición* expresan que el profesional está estableciendo un contacto de calidad relacional pero, en ese momento, resulta difícil de manejar porque podría estar activando pensamientos asociados a creencias como “mejor no me fio de nadie y menos de éste...”, “parece buena persona pero seguro que me falla...”, “yo no necesito ayuda de nadie...”, por lo que el profesional debe replantearse el ajuste de la frecuencia y la intensidad de ese contacto ya que esa novedosa relación saludable está activando también la consciencia de la carencia de relación adecuada con personas significativas previas (progenitores que han abusado, criticado, maltratado, abandonado...).

La historia vital de carencias en la satisfacción de necesidades relacionales constituye un aspecto común generalizado de las personas usuarias que solicitan los

diferentes servicios de atención. Las heridas relacionales del pasado se recrean en la actual relación de ayuda. De hecho, incluso pueden observarse comportamientos que corresponden a edades más tempranas. Si bien el nivel de intervención social no persigue una terapia profunda, mantener el concepto de imagen evolutiva, imaginar en la mente a qué edad corresponderían las expresiones emocionales y conductuales observadas (Erskine, 2019) puede orientar las pautas de intervención.

Por ejemplo, en una adolescente funcional y competente residente de un piso asistido, cercana a su mayoría de edad (con todo lo que conlleva el miedo a enfrentarse a su propia independencia y autonomía al tener que “abandonar” la seguridad de un recurso residencial que ha sido su hogar en los últimos años), resulta frecuente observar conductas regresivas como *acting-outs*, aislamiento, dificultades para cumplir la normativa, bajo rendimiento académico, ausencias injustificadas, conductas desafiantes hacia los educadores del centro, conflictos con los demás residentes, etc.

Ante situaciones de esta índole, replantearse un acompañamiento que equilibre las interacciones adultas con interacciones que incluyan atención a aspectos más infantiles (evitando la presión de las exigencias adultas constantes) puede ayudar a esta joven a recuperar la calma y la confianza o, al menos, a sentirse más protegida, acompañada y segura. En esta etapa, *la necesidad relacional de depender de alguien en quien poder confiar y apoyarse* resulta crucial.

En Psicoterapia Integrativa estaríamos hablando en este caso de *sintonía evolutiva* –cuando el profesional puede percibir y adaptarse a la edad evolutiva de la persona con la que realiza la intervención– y *sintonía con las necesidades relacionales* –cuando el profesional identifica qué necesidades no se han cubierto, qué necesidades están aflorando en la relación y cómo satisfacerlas.

La sintonía, junto con la implicación y la indagación, conforman los métodos relacionales de la Psicoterapia Integrativa (Erskine et al., 1999/2012). Estos métodos, uno de los sellos de identidad de este modelo y una de sus aportaciones más significativa, están diseñados para implementar la relación reparadora. Representan una combinación de arte y ciencia, de aspectos humanos y aspectos técnicos; reflejan la actitud y la aptitud del profesional en su labor de acompañamiento para promover el bienestar.

Los tres métodos, indagación, sintonía e implicación se interrelacionan entre sí y están conceptualizados como el eje central desde donde se origina la intervención terapéutica. En el ámbito social, su aplicación aporta una comprensión general sobre el proceso de establecer la relación reparadora y desde ella, contribuir al crecimiento de la persona usuaria y a la transformación de algunos aspectos que están interfiriendo en su realización como persona de área tan diversas como la relacional, laboral, social, familiar, personal, lúdica, salud, etc.

Los métodos aportan la guía para la implementación de la relación profesional-persona usuaria con el foco puesto en el establecimiento del contacto pleno y de la calidad relacional con el fin de crear un clima de bienestar donde primen la confianza

y la seguridad, garantizar el espacio donde poder compartir y explorar, e incrementar así la consciencia y el autoconocimiento de la persona usuaria. Experiencias de desatención y maltrato (en sus diferentes manifestaciones) en la historia vital han originado serias dificultades para que se atreva a abrirse, expresar emociones, compartir inquietudes o mostrarse, si no percibe un grado suficiente de acogida, dedicación y presencia por parte del profesional que le atiende.

La calidad de la relación mutua se ve mejorada por la dinámica que el profesional establece a través de la indagación (“Me gustaría conocerte y comprender más sobre ti mientras te vas descubriendo”), sintonía (“Respeto tu propio ritmo y te acompaño a tu propio paso”) e implicación (“Eres importante y me preocupo por ti, te lo demostraré”).

Aunque son conceptos creados originalmente dentro del contexto terapéutico (Erskine et al., 1999/2012), la práctica profesional demuestra buenos resultados en el campo de la psicología social. A continuación se definen de una forma breve y descriptiva los métodos relacionales.

Métodos Relacionales

Indagación

Supone una demostración de interés genuino y curiosidad auténtica por parte del profesional hacia lo que le sucede a la otra persona. Se brinda la experiencia de ir más allá del mero hecho de ser preguntado, se inicia desde “Quiero saber más de ti” (tu pasado, proyectos, experiencias, sueños, miedos, anhelos, etc.) asumiendo que el conocimiento más relevante de este proceso es el que adquirirá la propia persona usuaria sobre sí misma. Resulta crucial comunicar y transmitir con mucho respeto para alentar a compartir a nivel personal y minimizar reacciones de crítica interna, vergüenza, retraimiento... Desde la indagación, se incluye y se hace posible también la exploración de la relación co-creada. Esto conlleva analizar aspectos que hayan podido originar fricciones y malestar entre ambos participantes involucrados en el proceso.

Sintonía

Enseña a tener en cuenta el ritmo, no invadir con demandas o exigencias, esperar el momento adecuado, no malinterpretar el distanciamiento, no hacer intervenciones apresuradas. Cuando la otra persona está lista, hay cercanía y apertura emocional. Refleja una actitud de “estoy aquí contigo y te respeto”. Mantiene el ajuste a cada etapa de desarrollo evolutivo como una prioridad. En otras palabras, la consciencia de los requisitos específicos de cada ciclo vital (infancia, adolescencia, edad adulta, senescencia), incluyendo las necesidades relacionales. La sintonía afectiva facilita, desde la resonancia del profesional, una reacción acorde con la expresión emocional de la persona usuaria, y, de este modo, se toma en serio su enfado (hacia él u otras personas), protege del miedo, comparte la alegría y acoge la tristeza con

compasión. Proporciona un contacto interpersonal más allá de las palabras.

Implicación

Pone el énfasis en el mensaje “eres importante para mí”. Las habilidades del profesional están al servicio de la atención y el bienestar de la persona a la que trata. A su vez, el profesional, presente en la relación, se siente afectado en sus propias reacciones, respuestas y emociones. Es importante recalcar que el profesional trabaja desde una vertiente humana, no solo técnica. La implicación incluye estar completamente presente cuando el profesional realiza la intervención con la persona usuaria, como una forma de transmitir seguridad. El profesional, en ese momento, está centrado en su atención y lo pone de manifiesto; y con ello refleja que es digno de confianza.

Se detallarán a continuación las características básicas del enfoque de Psicoterapia Integrativa desde 3 pilares fundamentales.

Profesional

Asume que no Conoce la Experiencia Interna del Cliente

Explora con curiosidad e interés genuino: aunque el trato con la persona usuaria facilita un mayor conocimiento sobre ella, resulta esencial mantenerse abierto a nuevas reacciones y a nuevas respuestas que surgen a lo largo de la intervención y que van aportando diferente información en la fascinante tarea de descubrir los aspectos más significativos de la persona usuaria.

Crea un Espacio de Seguridad

Este espacio incluye los aspectos físicos del entorno (privacidad acústica, orden e higiene, estructura de la sala...), pero sobre todo incide en las actitudes del profesional que garantizan la ausencia de críticas, de respuestas humillantes o de comentarios vergonzantes hacia la persona usuaria.

Establece un Ambiente de Confianza

Hace hincapié en los aspectos relacionales que generan una acogida emocional (respeto, ritmo no invasivo, presencia, aceptación) para que la persona usuaria consiga abrirse y mostrarse de forma auténtica.

Domina Herramientas de Intervención (Métodos)

El profesional de la relación de ayuda posee un nivel de formación que incluye los métodos de indagación, sintonía e implicación. Conoce el modo de gestionarlos y los aplica adecuadamente en las transacciones que establece, manteniendo como prioridad la relación reparadora.

Se Responsabiliza de Errores Terapéuticos

Cometer errores es inevitable. El profesional los reconoce y asume en la relación. Al responsabilizarse de ellos, ofrece una experiencia, a veces única, a la persona usuaria. Con frecuencia, resulta una situación novedosa para la persona usuaria que el profesional comparta con ella que se ha equivocado (desde un error de agenda, hasta uno asociado a la intervención –malentendido, falta de empatía, indicación equivocada, precipitación, asunción incorrecta) y ofrezca una oportunidad de enmendar la situación.

Dispone de un Alto Nivel de Contacto (Interno y Externo)

Supone una calidad de consciencia de sus aspectos personales y de la consciencia del contacto con la persona usuaria. Conoce qué dinámicas internas propias influyen en su relación mientras establece las dinámicas interpersonales con la persona usuaria.

Es Considerada como Figura Adulta “Más Fuerte y Más Sabia”

La potencia que le otorgan tanto su experiencia como sus conocimientos, y la protección que emana de su capacidad de generar seguridad y confianza la convierten en esa persona “más fuerte y más sabia”.

Conoce sus Fortalezas y Debilidades

Sus propios puntos fuertes y, además, aquellos aspectos que necesita mejorar, con el fin de que no interfieran en su labor profesional. Asume un aprendizaje personal y profesional constante.

Prioriza la Relación como Elemento Esencial del Proceso Reparador

Conoce los beneficios de las herramientas relacionales (contacto, intimidad, confianza, vulnerabilidad) desde donde analiza cada intervención. Se concentra en la calidad relacional como beneficiosa para el proceso de ayuda.

Adopta un Posicionamiento de Igualdad hacia la Persona Usuaria

Evita considerarse “superior” o de mayor valía ante la persona con la que interviene. Trabaja desde un posicionamiento de “yo estoy bien, tú estás bien” más allá de la dificultad vital y el sufrimiento expresados en la relación.

Elabora Diagnósticos Basados en Perturbaciones Relacionales, No Patologías

Si bien en el ámbito social no se emplea el diagnóstico clínico como tal, el profesional de enfoque integrativo, sabe interpretar éste desde la dificultad en el establecimiento de relaciones saludables que ha sufrido la persona usuaria en etapas previas y a lo largo de su vida.

Trabaja con Imágenes evolutivas

Detecta mentalmente las edades previas de la persona usuaria; tiene en cuenta manifestaciones (conductuales, cognitivas y emocionales) de la etapa evolutiva que corresponde a cada persona usuaria en el momento la intervención y que se asemejan en su modo de hablar, la posición del cuerpo, gestos faciales y reacciones emocionales a una persona de edad más joven. En momentos concretos, la persona usuaria responde como lo hacía en su infancia o adolescencia.

Enfocado en el Crecimiento, No en el Cambio

Acompañar en el proceso de crecimiento a una persona, origina procesos de cambio naturales, marcados por el ritmo de dicha persona, no por el profesional. En el ámbito social, la presión de la limitación de recursos asistenciales (carencia de medios) actúa en detrimento de este proceso natural de cambio.

Manifiesta Sentimientos y Emociones

Desde la consciencia personal mencionada con anterioridad, el profesional se muestra a nivel emocional sin esconder sus reacciones, siempre manteniendo como prioridad el bienestar de la persona usuaria. Esta manifestación emocional es acorde y proporcionada a cada particularidad de la intervención.

Comparte Experiencias Propias

Si el profesional considera adecuado en beneficio de la persona usuaria exponer una situación personal relacionada con lo que está compartiendo en un momento determinado esa persona usuaria, hablará de dicha experiencia.

Alienta a Examinar la Relación Profesional Establecida

La relación en sí misma forma parte del contenido compartido en cada intervención. El profesional inicia la exploración de aspectos asociados a su relación con el interés puesto en mantener la calidad relacional en un nivel saludable y eliminar elementos que supongan una interferencia en esta calidad.

Persona Usuaría**Establece un Proceso Intersubjetivo Único con el Profesional**

Cada persona es singular, y como tal, el proceso que se crea entre ella y el profesional mantiene unas características exclusivas. No existen “recetas” colectivas, cada intervención está ajustada y adaptada a la persona que en ese momento necesita de la intervención.

Presenta Dificultades Relacionales Normalmente Originadas en Etapas Tempranas

La experiencia vital de cada historia personal ha marcado los patrones relacionales que se van a poner en acción en la actualidad y con el profesional. De ahí la importancia de conocer aspectos evolutivos básicos y situar la intervención según la experiencia relacional previa. La desconfianza hacia el profesional nace del maltrato, los abusos y la negligencia sufrida anteriormente por la persona usuaria.

Necesita Intervenciones en Todos sus Ámbitos (Afectivo, Cognitivo, Conductual y Fisiológico)

Aun presentando más dificultad o problemática en un área determinada, la intervención se beneficiará del enfoque completo hacia la persona, incluyendo también el ámbito espiritual.

Manifiesta Conductas (Consideradas a Veces como “Raras” o “Inmaduras”) que Tuvieron Sentido en un Momento Dado

Las experiencias previas han conformado una forma de actuar, a veces no consciente, que tuvo sentido en un momento dado. Lo importante sería cuestionar, en el instante oportuno, si ese sentido se mantiene en la situación actual.

Muestra Formas de Actuar, Pensar y Sentir que Corresponderían a Etapas Evolutivas Previas

Se ha señalado previamente la relevancia de prestar atención a estos aspectos evolutivos que aportan una información relevante y orientan la actuación profesional. No considerarlos podría suponer una experiencia que originaría a veces un enquistamiento del problema.

Pone en Acción Patrones Relacionales Aprendidos con Figuras Significativas de su Infancia

Valorar esos patrones originados del modelaje aportado por personas significativas supondrá el primer paso para trabajar la idoneidad de estos en el momento presente y las consecuencias en la vida actual de la persona usuaria.

Expresa Carencias en la Satisfacción de las Necesidades Relacionales

De ahí la relevancia de poder contar con el profesional como la persona con la que aprenderá a hacerlas conscientes y a satisfacerlas: una de las tareas clave es determinar el nivel de satisfacción de necesidades relacionales que presenta la persona usuaria, conocer cómo se cubrieron o no estas necesidades. Ayudarle a darse cuenta, explorarlas juntos, compartir sobre esa experiencia ayudará a replantearse nuevos patrones. El profesional se convierte temporalmente en la fuente de satisfacción de necesidades relacionales.

Refleja Dificultades de Contacto Interno y Contacto Externo, No Conscientes

Suele ser habitual que la persona usuaria se relacione, de forma no consciente, desde una fachada social. No ha aprendido a mostrarse, sobre todo porque ha carecido de oportunidades para practicar su autenticidad. Hay aspectos de sí que desconoce, lo que complica conectar con los demás. El profesional le invitará a explorarse y a conocerse para facilitar y poner en práctica nuevas dinámicas.

Mantiene su Propio Ritmo en la Comunicación, desde su Estilo Cognitivo y Afectivo

Por eso necesita la resonancia del profesional: el profesional tiene que adaptarse y no imponer su propio ritmo, ya que claramente se perjudicaría el proceso y se pondría en peligro el nivel de contacto que se está estableciendo.

Anhela la Relación, Aunque la Teme, por Experiencias Fallidas Previas

Como ser humano, desea mantenerse en contacto, pero si lo que ha vivido en el pasado le ha enseñado que es mejor permanecer distante con las personas y desconfiar, presentará lógicamente dificultades iniciales en la relación con el profesional.

Relación Reparadora**Relación Co-creada entre Profesional y Persona Usuaria**

Será una relación basada en un contacto pleno generado por el profesional: este contacto ofrecido por el profesional es el que genera la invitación a la persona usuaria. El profesional se convierte en el elemento facilitador para la relación reparadora que ambos establecen juntos.

Elemento Esencial para que se Produzca la Reparación

En ausencia de relación, la intervención corre el riesgo de mecanizarse, hacerse automática. Esto impacta de forma negativa en la persona usuaria, reforzando el desaliento y el desánimo para lidiar con sus dificultades.

Área Segura donde la Persona Usuaria Pone en Práctica Nuevos Patrones Relacionales (Conductas, Fantasías, Reacciones Fisiológicas, etc.)

A través de la relación reparadora se crea un nuevo escenario para ensayar conductas que se está aprendiendo y que, suponiendo aún un reto, demuestran el beneficio, primero dentro de la relación con el profesional y después en la relación con las demás personas.

Ámbito de Actuación que Facilita la Consciencia de Aspectos No Conocidos a la Persona Usuaria

La persona usuaria tiene la posibilidad de conocerse mejor y con mayor profundidad cuando se encuentra ante un profesional que la acoge, que la acepta, que

comprende su malestar y que le acompaña en el proceso de hacerse más consciente.

Entorno dónde se Prioriza el Bienestar y el Crecimiento de la Persona Usuaría

La relación reparadora está al servicio de cada persona que requiere la ayuda, la persona usuaria prima en la intervención. El profesional trabaja en objetivos asumidos conjuntamente que potencian los beneficios que obtiene dicha persona usuaria.

Aspecto más Relevante en el Proceso Reparador que el Contenido en el que se Trabaja

Sin menospreciar ningún tema de los que se trabajan en la intervención de ayuda, ni la relevancia de aspectos que determinan el problema presentado, desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa, se hace patente la esencia de mantener como elemento central la relación. Sin el trabajo relacional, la reparación no puede ocurrir.

ESPACIO donde:

1. no solo se pregunta, se indaga: la exploración se realiza a través de cuestiones, afirmaciones, reflexiones, énfasis verbales... todos ellos enfocados a conocer a la persona usuaria, pero sobre todo a que sea ella la que se vaya conociendo cada vez más y mejor.
2. no se critica ni se juzga, se acepta: esto evita la autocrítica tan común y tan frecuente entre las personas que necesitan de intervención. La experiencia de ser aceptada alienta la apertura emocional y disminuye el miedo a mostrarse vulnerable ante el profesional.
3. la exploración está al servicio de la persona usuaria: quien se convierte en la protagonista del proceso. El profesional guía y orienta desde su experiencia y nivel de competencia, pero siempre es la persona usuaria quien decide qué rumbo tomar.
4. la persona usuaria se siente única: sabe que su intervención está diseñada desde el respeto a su singularidad. Siente y percibe un trato exclusivo por parte del profesional al que ha acudido.

A modo de síntesis, se presenta en la siguiente tabla un esquema que resume los 3 pilares (tabla 1):

Tabla 1. *Los tres pilares*

PROFESIONAL	PERSONA USUARIA	RELACIÓN REPARADORA
Asume que no conoce la experiencia interna del cliente (explora con curiosidad e interés genuino)	Establece un proceso intersubjetivo único con el profesional	Relación co-creada entre profesional y persona usuaria, basada en un contacto pleno generado por el profesional
Crea un espacio de seguridad	Presenta dificultades relacionales normalmente originadas	Elemento esencial para que se produzca la reparación
Establece un ambiente de confianza	en etapas tempranas	Área segura donde la persona usuaria pone en práctica
Domina herramientas de intervención (métodos)	Necesita intervenciones en todos sus ámbitos: afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico	nuevos patrones relacionales (conductas, fantasías, reacciones fisiológicas, etc.)
Se responsabiliza de errores terapéuticos	Manifiesta conductas (consideradas a veces como "raras" o "inmaduras")	Ámbito de actuación que facilita la consciencia a la persona usuaria
Dispone de un alto nivel de contacto (interno y externo)	que tuvieron sentido en un momento dado	de aspectos no conocidos
Es considerada como figura adulta "más fuerte y más sabia"	Muestra formas de actuar, pensar y sentir que corresponderían	Entorno dónde se prioriza el bienestar y el crecimiento
Conoce sus fortalezas y debilidades	a etapas evolutivas previas	de la persona usuaria
Prioriza la relación como elemento esencial del proceso reparador	Pone en acción patrones relacionales aprendidos con	Aspecto más relevante en el proceso reparador que el contenido en el que se trabaja
Adopta un posicionamiento de igualdad hacia la persona usuaria	figuras significativas de su infancia	ESPACIO donde:
Elabora diagnósticos basados en perturbaciones relacionales, no patologías	Expresa carencias en la satisfacción de las necesidades relacionales, de ahí la relevancia de poder contar con el profesional como la persona con la que aprenderá a hacerlas	1. no solo se pregunta, se indaga
Trabaja con imágenes evolutivas (edades previas de la persona usuaria), tiene en cuenta la etapa evolutiva que corresponde a cada usuario en el momento la intervención.	conscientes y a satisfacerlas	2. no se critica ni se juzga, se acepta
Enfocado en el crecimiento, no en el cambio	Refleja dificultades de contacto interno y contacto externo, no conscientes	3. la exploración está al servicio de la persona usuaria
Manifiesta sentimientos y emociones	Mantiene su propio ritmo en la comunicación, desde su estilo cognitivo y afectivo (por eso necesita la resonancia del profesional)	4. la persona usuaria se siente única
Comparte experiencias propias	Anhela la relación, aunque la teme, por experiencias fallidas previas	
Alienta a examinar la relación profesional establecida		

Conclusiones

El modelo de intervención social desde la Psicoterapia Integrativa se puede implementar en cualquier servicio (pisos asistidos, hogares de acogida, residencias de mayores, centros de tratamiento, recursos educativos, etc.) donde la interacción personal forme parte de la tarea profesional diaria. El foco principal de atención está dirigido a la interacción, al "quién y cómo" es la persona con quien el profesional se relaciona, cuáles son sus necesidades, cómo reaccionan, qué expresan, etc.

La conducta externa disruptiva que puede aparecer, se considera la manifestación de un conflicto interno que debe comprenderse, porque ese conflicto interno puede explicar dicha conducta y darle sentido. “No hay personas sin contexto” (Sánchez et al, 2018).

La intimidad en la relación profesional-persona usuaria genera una proximidad emocional entendida como el acto de aceptar y compartir sentimientos y poner a disposición la capacidad empática que facilitará la expresión de la variedad de emociones sin temor al rechazo o la crítica.

Este enfoque permite aceptar al profesional cómo le afecta la otra persona y descarta la posición de “Soy mejor que tú”, “Sé más que tú”... con lo que en a su vez evita la necesidad de que la persona atendida se tenga que proteger psicológicamente. Comporta un trato exquisito en la relación establecida por el profesional y un reconocimiento serio y profundo hacia la persona que requiere su ayuda.

Referencias

- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa*. (A. Pérez Burgos, Trad.). Karnac. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G. (2019). Developmentally based, relationally focused Integrative psychotherapy: Eight essential points [Psicoterapia integrativa basada en el desarrollo y centrada en las relaciones: Ocho puntos esenciales]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 10, 1-10. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/144>
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación*. (N. Mestre, Trad.). Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Guistolise, P. (1996). Failures in the therapeutic relationship: Inevitable and necessary? [Fallos en la relación terauéutica: ¿Inevitable y necesario?]. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 284–288. <https://doi.org/10.1177/036215379602600403>
- Fernández, S. (2017). La teoría en la Intervención social. Modelos y enfoques para el trabajo social del siglo XXI. *Acción social. Revista de política social y servicios sociales*, 1(1), 9-43. <http://hdl.handle.net/10201/51521>
- Sánchez, A. M., Martínez, M. F., Piñero, R., Torres, J. A., Pérez, L. A., Eguzquiza, I., Ollero, A., Rovira, J. y Rodríguez, M. A. (2018). *Reflexiones en torno a la Psicología de la Intervención Social y el Sistema de Servicios Sociales*. Consejo General de la Psicología de España. <https://doi.org/10.23923/cop.PISoc.2018>

LA PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA EN EL CAMPO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

INTEGRATIVE RELATIONAL PSYCHOTHERAPY IN THE FIELD OF INTELLECTUAL DISABILITY

Verónica Aguado Rodríguez

Aukebi Centro Psicológico, Bilbao, Bizkaia, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8137-5546>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Aguado Rodríguez, V. (2021). La psicoterapia Relacional Integrativa en el campo de la Discapacidad Intelectual. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 163-175. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.491>

Resumen

Tradicionalmente, la intervención psicoterapéutica en el campo de la discapacidad intelectual, ha recibido poca atención por los diferentes desafíos que implica el trabajo con personas con dicha diversidad. Elementos tales como la diversidad en el estilo cognitivo, dificultades de lenguaje y/o comunicación y estereotipos en torno a la discapacidad intelectual, entre otros, han hecho que su práctica sea limitada, y más aún su estudio. El objetivo del presente artículo es realizar una breve aproximación al ámbito de la discapacidad intelectual desde el modelo de la Psicoterapia Relacional Integrativa basada en el desarrollo evolutivo (PRI). Para ello, se presentarán breves casos clínicos con el fin de mostrar y acercar de forma práctica parte de la teoría, filosofía e intervención del modelo PRI.

Palabras clave: psicoterapia, psicoterapia integrativa, discapacidad intelectual, relación terapéutica, desarrollo evolutivo, métodos

Abstract

In the field of the intellectual disability, psychotherapeutic intervention is not completely well characterized. Cognitive style, language limitations, communication difficulties and stereotypes around the intellectual disability are among the main causes that do not facilitate the study and application of psychotherapy. This article represents an attempt to use Integrative Relational Psychotherapy (IRP) based on the evolutive development as a tool to study and treat the intellectual disability. In order to present part of the theory, philosophy and intervention method of this IRP model, several clinical cases are presented.

Keywords: psychotherapy, integrative psychotherapy, intellectual disability, therapeutic relationship, evolutive development, methods



Históricamente, el término de discapacidad intelectual (DI) se ha conocido como retraso mental, sin embargo, desde el 2004 existe un consenso internacional a favor del concepto DI con el fin de eliminar el estigma y devaluación que conlleva dicho concepto (Marquéz-Caraveo et al., 2011). Si bien, a partir del año 2015 diferentes foros de personas con DI y entidades sociales proponen utilizar el concepto “diversidad funcional intelectual” con el objetivo de perfilar el lenguaje y mostrar una realidad más amplia del funcionamiento cognitivo de las personas, aún hoy en día no está establecido como tal, por lo que en el presente artículo se utilizará el término DI. En todo caso, ambos conceptos aluden a un funcionamiento general cuya definición, según la asociación americana de discapacidad intelectual y del desarrollo (AAIDD, 2010/2011), sería la siguiente: “la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”.

Las personas con DI presentan un proceso más lento e incompleto de lo habitual en la adquisición de las habilidades neurocognitivas durante el desarrollo evolutivo (Di Nuovo y Buono, 2007). Esto implica que pueden tener dificultades para la comprensión, el aprendizaje, recordar cosas nuevas y otras funciones cognitivas, que se manifiestan durante el desarrollo y que contribuyen al nivel de inteligencia general, generando dificultades para la vida cotidiana, comunicación y socialización (Ke y Liu, 2017; Marquéz-Caraveo et al., 2011).

Teniendo en cuenta la realidad funcional interna y externa que presentan las personas con DI, la comorbilidad con algunos trastornos psicológicos es una complicación común, presentando de este modo una mayor incidencia de problemas en la salud mental en comparación con población que no presenta una DI (Di Nuovo y Buono, 2007; Galí, 2018; Martorell et al., 2009; Turygin et al., 2014).

Sin embargo, a pesar de esta alta tasa de dificultades en la salud mental, la psicoterapia en el campo de la DI ha tendido a ser una disciplina terapéutica poco utilizada, y casi nada estudiada. Tradicionalmente, la salud mental de las personas con DI ha sido atendida desde las farmacoterapias y las técnicas de modificación de conducta (Garvía y Flórez, 2018). Si bien, es importante tener en cuenta ambas terapias a la hora de intervenir sobre la salud mental, en las personas con DI generalmente, se ha prestado menos atención a los procesos emocionales y fenomenológicos de la persona; es decir, a la propia construcción subjetiva individual desarrollada a través de las experiencias vitales. Y en muchas ocasiones, los conflictos psicológicos derivados de esas experiencias vitales, quedan ocultos bajo la propia DI, sin ni siquiera valorar la opción de poder realizar un proceso psicoterapéutico.

Probablemente, uno de los principales motivos sea debido a la creencia general de que los tratamientos psicológicos son poco eficientes en dicha población debido a los déficits cognitivos y a las limitaciones de comunicación que habitualmente presentan (Galí, 2018). Sin embargo, la dificultad radicaría en la no adaptabilidad de los métodos psicoterapéuticos y no tanto en las personas con DI. De ahí, que estos

métodos requerirían de capacidad de adaptación en el estilo, en las técnicas y en el ritmo de la intervención, así como una mirada amplia por parte del psicoterapeuta.

Aunque, en la última década cada vez se tiene más presente la psicoterapia como opción de intervención en este campo debido al aumento de su demanda, y debido a que cada vez hay más expertos que aportan sus beneficios (e.g., Brown et al., 2011; Drury y Alim, 2014; Galí, 2018; Garvía y Flórez, 2018; McGuire y Chicoine, 2006/2010), aun hoy en día es escasa la literatura en torno a ello. Por ello, la finalidad del presente artículo es presentar una breve aproximación teórica desde el marco de la Psicoterapia Relacional Integrativa y la forma en la que este modelo teórico ofrece una mirada completa, compleja, coherente y humanista para la intervención psicoterapéutica con personas con DI. El contenido se centra en tres ejes relevantes vinculados a este marco teórico: la relación terapéutica, la perspectiva evolutiva y la teoría de los métodos, intercalando pequeños fragmentos de casos clínicos a modo de ejemplos básicos¹ y prácticos.

Psicoterapia Relacional Integrativa Basada en el Desarrollo Evolutivo

La Psicoterapia Relacional Integrativa (PRI) fue desarrollada por Richard G. Erskine (PhD) en los años 70 y 80 con la finalidad de dar respuesta a la necesidad de aunar e integrar de forma coherente diferentes modelos teóricos y métodos de intervención para el abordaje en la psicoterapia de los sistemas afectivos, cognitivos, conductuales, fisiológicos y relacionales de las personas (Erskine y Moursund, 1988/2014; O'Reilly-Knapp, 2016). Por ello, la PRI tiene en cuenta muchos enfoques teóricos, tales como el psicodinámico, el enfoque centrado en la persona, el cognitivo-conductual, la teoría de la *Gestalt*, teorías sistémicas y el análisis transaccional, entre otros (Erskine y Moursund, 1988/2014). Cada uno de ellos proporciona una explicación válida del funcionamiento psíquico y comportamental del ser humano en el que se complementan, al integrarse de forma coherente entre sí, dando lugar a un amplio modelo con una base compleja y coherente con una teoría de la motivación, teorías de la personalidad y teoría de los métodos (Erskine, 2015/ 2016; Erskine y Moursund, 1988/2014; Erskine et al., 1999/2012).

Además, “integrativa” también hace referencia al proceso de integración de la personalidad que se da en el proceso de la psicoterapia, es decir, asimilar aspectos “fragmentados”, no conscientes o no resueltos de uno mismo y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, con el fin de reestablecer la capacidad del contacto interno y externo, reduciendo así el uso de estrategias auto-protectoras que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de la salud y las relaciones saludables (Erskine, 2015/2016; Erskine et al., 1999/2012; Erskine y Moursund, 1988/2014).

Tanto en la teoría como en los métodos existen principios y valores con respecto al valor del ser humano, la importancia de la calidad de la vida, el significado de las relaciones, y el apoyo del crecimiento psicológico a través de una psicoterapia relacional (O'Reilly-Knapp, 2016). Estos valores se presentan por medio de los

principios filosóficos y sirven como cimientos sobre los que se construye la PRI (Erskine, 2015/2016). Se nombran a continua

- A) Todas las personas son igualmente valiosas
- B) Toda experiencia humana se organiza física, afectiva y/o cognitivamente
- C) Toda conducta humana tiene significado en algún contexto
- D) El contacto interno y externo es esencial para el funcionamiento humano
- E) Todas las personas buscan relaciones y son interdependientes a lo largo de la vida
- F) Los seres humanos tienen el impulso innato de crecer y desarrollarse
- G) Los seres humanos sufren interrupciones relacionales, no “psicopatología”.
- H) El proceso intersubjetivo en psicoterapia es más importante que el contenido de la psicoterapia

La Relación Terapéutica

Desde este modelo teórico, se atienden las diferentes dimensiones de la persona (afectiva, cognitiva, comportamental y fisiológica) dentro de un marco relacional. Por ello, la relación terapéutica que se crea entre el psicoterapeuta y la persona es un eje principal y esencial a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, y si esta relación es sintónica con la persona con la que se trabaja, proporcionará la oportunidad de intervenir en los patrones relacionales inconscientes que conforman el sistema automatizado de la organización mental (memorias implícitas y procedimentales, reacciones fisiológicas y emocionales de supervivencia, modelos operativos internos, etc.), creando y adquiriendo una experiencia alternativa y reparadora del malestar y daño intrapsíquico y relacional (Criswell y Erskine, 2015; Erskine et al., 1999/2012). La teoría de motivación en la cual se sustenta la PRI y la relevancia de la relación terapéutica, está construida en base a los imperativos biológicos del “impulso del ser” descritos por Berne (citado en O’Reilly-Knapp y Erskine, 2003) y conocidos como “hambres”: hambre de estímulo, hambre de estructura y hambre de relación. Todo ser humano está repleto de estímulos tanto internos como externos y nunca se está sin ellos, es un sistema informativo que promueve la satisfacción de las necesidades internas y externas (O’Reilly-Knapp y Erskine, 2003). Estos estímulos requieren de estructura para darles un sentido, comprensión y una capacidad de lenguaje (O’Reilly-Knapp, 2016; O’Reilly-Knapp y Erskine, 2003), es decir, la necesidad de organizar la experiencia. Y asimismo, el procesamiento del sistema de información de los estímulos y la estructuración, se dan siempre dentro de la relación como seres sociales que somos (Erskine, 2015/2016; Erskine et al., 1999/2012; Martínez, 2017). Son tres “hambres” que se dan de forma simultánea, se interconectan, se retroalimentan y se compensan entre sí. Si estas necesidades no son cubiertas de forma suficiente, generarán un desajuste en el sistema interno de la persona a fin de crear un ajuste adaptativo, sin embargo, pudiendo llevar a la persona a desarrollar conflictos emocionales, relacionales, comportamentales y de pensamiento.

Ejemplo 1

Ane (12 años) era una joven con síndrome de Down y diagnóstico de TEA (trastorno del espectro autista). Uno de los motivos de consulta que presentó la familia fue que habían observado que, cada vez más a menudo, Ane realizaba una serie de rituales repetitivos y que se quedaba “bloqueada” (paralizada y sin reacción) en situaciones cotidianas tales como la compra en el supermercado, en el patio del instituto y en el cine. Una de las hipótesis formuladas tras la valoración inicial, fue que Ane atravesaba un periodo muy “estimulante” (cambios corporales y neuronales por la propia etapa evolutiva, cambio de instituto y grupo de referencia, muchas actividades extraescolares, etc.) que podría estar resultando difícil de procesar por ella. Desde esta premisa, y colocando la mirada en la teoría de la motivación, una de las intervenciones que se trabajó, en este caso con la familia, fue el reajuste de la “sobreestimulación”. Se procuró, como punto de partida, que tuviera más espacio para el descanso (dando la oportunidad de que pudiera integrar y estructurar internamente sus vivencias) y el fomento de encuentros relacionales con personas de confianza y nutritivas para ella, además de disminuir las exigencias y/o situaciones de estrés del día a día. Esta comprensión desde la teoría de la motivación ayudó a su familia a colocar una mirada diferente a las conductas y respuestas de Ane, pudiendo ajustarse un poco más a sus necesidades. En pocas semanas los rituales y los bloqueos disminuyeron significativamente en ella. Paralelamente, se trabajó con Ane la seguridad en la relación terapéutica, poniendo especial atención a su ritmo interno y a la sintonía evolutiva y afectiva. A través de técnicas proyectivas y activas, entre otros aspectos, se pudo trabajar en alternativas de autorregulación, resignificación de las anticipaciones que aparecían en forma de fantasías (es decir, a comprender el significado de las anticipaciones para poder diferenciar realidad-fantasia, y darles un nuevo valor más actualizado al contexto) y el concepto de identidad.

A través de la perspectiva de la teoría de la motivación, existen una serie de necesidades específicas y esenciales en torno al contacto interpersonal que se denominan necesidades relacionales (Erskine et al., 1999/2012; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003). Las necesidades relacionales son tales como la necesidad de sentir racional, emocional y visceralmente la seguridad en la relación, de sentirse validado y significado en la experiencia interna y externa a través de la relación, de tener una relación en la cual sentirse aceptado y dependiente de alguien estable y confiable, de poder autodefinirse libremente, de hacer impacto en otra persona, de sentir la iniciativa del otro hacía uno mismo, de compartir y confirmar experiencias similares y de ser capaces de mostrar afecto y aprecio en la relación. Del mismo modo, si estas necesidades no son cubiertas de forma persistente crearán en la persona una sensación de desajuste incrementando la intensidad de la necesidad y se experimentarán fenomenológicamente como un anhelo, un vacío, una soledad persistente y/o como un intenso impulso, acompañado a menudo de agitación interna (Erskine, 2015/2016). Por ello, una de las tareas principales que corresponde en la

intervención psicoterapéutica desde el modelo PRI es atender a estas necesidades relacionales, entre otras formas, desde la relación terapéutica.

Ejemplo 2

Aritz, un joven de 16 años con síndrome de Down, acudió a psicoterapia a través de la demanda de sus padres porque tenía reacciones de enfado “desmesuradas y agresivas”. Aritz era una persona muy curiosa, con una capacidad sensitiva alta y muy perceptivo a la emocionalidad de los otros, además le encantaban los cómics, escuchar música y salir con sus amigos. Su estilo relacional en la consulta era amable, pausado y muy respetuoso y sereno. Resultaba difícil imaginarlo con reacciones de enfado intensas y/o agresivas. Sin embargo, a medida que la psicoterapia avanzaba, no sólo hablaba de ello, sino que también, comenzó a reproducir esas reacciones cuando conectaba con situaciones que experimentaba como injustas. Estas situaciones experimentadas como injustas eran muy diversas, se le activaba la misma intensidad emocional cuando conectaba con los recuerdos relacionados a situaciones como que no hubiera un cómic que buscaba en la tienda, como cuando conectaba con el acoso que sufrió en el colegio. Expresaba literalmente “nadie me toma en serio, es injusto, porque tengo Down, pues yo doy puñetazos y así saben quién soy”, “Yo voy a defender a los pequeños, soy un héroe ¡como Batman! Mis puños son la justicia” “si soy un héroe no saben que tengo síndrome de Down”. A través de la indagación sintónica, su narrativa y la escucha “de las necesidades relacionales”, se pudo dar un significado al enfado más allá de una reacción “desajustada”. A través de la relación psicoterapéutica pudo sentir el impacto de su dolor, la confirmación y validación de su experiencia, la posibilidad de autodefinirse más allá del síndrome de Down y, por supuesto, la seguridad de poder conversar e intervenir sobre el sentimiento de vergüenza que se le activa cuando conecta con el síndrome de Down y la mirada de los demás. Esto le permitió ampliar el nivel de conciencia sobre sí mismo, desarrollando otras respuestas más ajustadas a la realidad y sobre todo a sus necesidades relacionales.

Perspectiva Evolutiva

Si uno de los ejes esenciales para la intervención desde este marco teórico es lo relacional y la relación psicoterapéutica, otro de los ejes que marca una diferencia importante es intervenir a través de la perspectiva evolutiva. Tener esta perspectiva implica ser sensibles y tener capacidad de sintonizar con las necesidades que emergen a través de pequeñas regresiones de edad y expresiones a través de la transferencia que surgen en el proceso psicoterapéutico (Erskine, 2019). Para ello, se requiere de un conocimiento profundo sobre las teorías del desarrollo evolutivo, entre ellas, las teorías de apego de Bowlby (Ainsworth y Bowlby, 1991; Bowlby, 1973, 1979/1986), las teorías del desarrollo cognoscitivo de Piaget y Vygotsky (citados en Raynaudo y Peralta, 2017), las teorías del desarrollo de Erikson (Erikson, 1982/2000) y las teorías de mentalización de Fonagy (Bateman y Fonagy,

2016/2016; Sánchez-Quintero y De la Vega, 2013), y comprender las respuestas concretas que cada necesidad evolutiva requiere del psicoterapeuta. Cada persona con la que se trabaja presenta un estado de desarrollo evolutivo específico en las diversas dimensiones de su funcionamiento humano, que pueden ir o no acorde con la edad cronológica, y éstas además, se presentan de forma dinámica como respuesta a momentos determinados en los que se activan recuerdos, memorias y/o procesos implícitos ante situaciones de estrés y/o conflicto. Tal como indican Erskine y Mauriz-Etxabe (2020):

Esto requiere que pensemos sobre nuestros clientes desde una perspectiva evolutiva con sensibilidad hacia las necesidades físicas y relacionales de la niña o el niño, los posibles conflictos relacionales y las pérdidas que pudo haber sufrido, así como en la calidad y tipo de influencia proporcionada por sus cuidadores y, finalmente, en las estrategias que encontró para lograr una estabilidad, algún tipo de regulación e incluso para mejorar y evolucionar. (p. 206)

Estas estrategias son las que hoy en día en momentos de estrés, conflicto y/o crisis, probablemente se activen con el fin de procurar restablecer la estabilidad interna y externa. La mirada de la persona psicoterapeuta hacia esta perspectiva evolutiva posibilitará intervenir, a través de una relación terapéutica reparadora, sobre aquellas necesidades vinculadas a crisis arcaicas pero ligadas al hoy. Tener una perspectiva evolutiva no significa “infantilizar” a la persona con DI, significa comprender en profundidad su funcionamiento interno y adaptarse a su estilo relacional, cognitivo, de comunicación, etc., con el máximo respeto, no olvidando a la persona que se tiene delante y su etapa evolutiva vincula a su edad cronológica, salvaguardando y fomentando todo el derecho al desarrollo de su propia autonomía personal.

Ejemplo 3

Leticia (persona con DI) tenía 21 años cuando su padre falleció por una enfermedad que padecía desde hacía un año. Según su madre, desde algo antes de fallecer su padre, Leticia comenzó a tener comportamientos “extraños” para su edad, “como si de repente se hubiera convertido en una niña pequeña”. Se chupaba el dedo pulgar de forma repetitiva, su lenguaje verbal había cambiado en el tono y en el vocabulario como si hubiera habido un retroceso, volvió a emerger la enuresis nocturna que tuvo durante unos años en su infancia y su estilo relacional se volvió más dependiente e inseguro. Comprender su estado como una regresión a modo de respuesta a un intenso miedo y tristeza derivado de la vivencia de una pérdida tan vital para Leticia, permitió poder acompañarla en la elaboración del duelo desde la sensibilidad a sus necesidades más primarias que emergieron como una forma de estabilización y regulación interna. Para ello fue importante trabajar en la seguridad de la relación terapéutica, la sintonía evolutiva a través del tono de voz y los movimientos corporales siendo suaves y cuidadosos, el ritmo de las

intervenciones también con la delicadeza de no ser de “más” respetando su propio ritmo interno. Esto permitió que ella poco a poco pudiera ir conectando con el dolor de la pérdida, el miedo a lo que les iba a ocurrir ahora que no estaba *aita*, y aquellos aspectos que se quedaron sin resolver en la relación con su padre. Sobre todo con una de las fantasías “secretas” que tenía que ver con escenas de enfado con su padre, en las que él le decía “me vas a acabar matando”. En ella, internamente se representaba esta frase como una realidad, generando un gran sentimiento de culpa por “crear su enfermedad” y vergüenza, por lo que se había convertido en un secreto “no puede saberlo nadie si no voy a la cárcel”. Esto requirió mucha intervención respetuosa y cuidadosa hasta que fue comprendiendo estas fantasías e integrando todas las emocionales y sensaciones que se habían activado.

Los Métodos en la Psicoterapia Relacional Integrativa

Como ya se ha mencionado previamente, la teoría de los métodos se basa en la idea de que la cura se da a través de una relación psicoterapéutica de pleno contacto, en donde se enfatiza el contacto interno a través de los procesos intrapsíquicos, y el contacto externo a través de los procesos interpersonales (Erskine, 2015/2016). Los métodos están compuestos por tres categorías principales: indagación, sintonía e implicación, y cada una de ellas son centrales para la relación terapéutica y para la reorganización de la personalidad que reconduce al bienestar emocional y psicológico (Erskine et al., 1999/2012; Erskine y Trautmann, 1996; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003).

Indagación

Erskine et al. (1999/2012) describen detalladamente la función de la indagación como una forma de intervención dirigida a acompañar y ayudar a la persona a extender su propia conciencia sobre los pensamientos, sentimientos, sensaciones y percepciones, especialmente por medio de la indagación fenomenológica. Esto permite crear una nueva imagen de sí misma, de los demás y de la vida (Erskine y Trautmann, 1996; Martínez, 2017). Además, la indagación ayuda al psicoterapeuta a salir de un rol interpretativo, colocándolo en un rol de curiosidad, interés y respeto por la experiencia única de la persona (Martínez, 2017). Va más allá de hacer preguntas, significa tener la asunción de que el psicoterapeuta “no sabe nada” sobre la experiencia subjetiva y la conceptualización del otro.

Ejemplo 4

Pedro (con síndrome de Down) de 38 años acudió a consulta porque únicamente quería estar solo en su habitación. Su familia estaba muy preocupada por ello, él en cambio no estaba preocupado por eso, a él le preocupaba conocer y comprender a su “familia de antepasados”. Pedro presentaba rasgos psicóticos a través de sus fantasías que, sin llegar a estar desajustado y con un buen nivel de funcionalidad (tenía tratamiento farmacológico), en el último periodo le habían llevado a estar

más retirado, porque tenía el proceso obsesivo muy activado con la idea que él en realidad nació en otra familia de origen noruego. Durante muchas sesiones la finalidad principal fue escuchar atentamente aquello que le preocupaba, indagar sobre su “familia de antepasados”, qué significaban para él, de qué forma los había “dibujado en su mente”, cuál era la historia que albergaba, en qué le iba ayudar conocerles y comprenderles... En definitiva, desgranar aquellas fantasías y tomar conciencia de las necesidades que había en ellas. Un día en una sesión dijo “ojalá mi padre fuera como Peter (padre de la familia de antepasados de la fantasía)”. Su padre había fallecido hacía dos años. Este contacto permitió abrir una línea de trabajo psicoterapéutico sobre la relación que vivió con su padre, en la que él sentía “no me quería porque yo era Noruego”. Al indagar sobre si ser noruego era “como” tener síndrome de Down, él dijo que no, pero que muy parecido. De nuevo, esto abrió nuevos caminos en el proceso de psicoterapia.

Sintonía

La sintonía implica un proceso que requiere, por un lado, de la sensibilidad y la capacidad de reconocimiento e identificación con las sensaciones, necesidades y sentimientos de la otra persona y, por otro, de la transmisión y comunicación de dicha sensibilidad, creando así un proceso de comunión y de contacto interpersonal único (Erskine et al., 1999/2012; Erskine, 2015/2016; Erskine y Trautmann, 1996). La sintonía no se da sólo a través del canal verbal, se requiere también, la apertura de los canales sensorio-perceptivos, la comunicación afectiva y la resonancia corporal; y por ello, la postura corporal, los movimientos, el tono de voz y los gestos faciales del psicoterapeuta, son elementos esenciales para transmitir la sintonía, y con ello validar las necesidades y los sentimientos, y la importancia de todo ello (Erskine et al., 1999/2012; Martínez, 2017). El proceso de sintonización procura una sensación de seguridad y estabilidad que permite a la persona experimentarse a sí misma de forma diferente, creando nuevas conexiones y representaciones internas (Erskine y Trautmann, 1996; Bateman y Fonagy, 2016/2016).

La sintonía será diferente en base a la resonancia producida y a la reciprocidad necesaria para crear un espacio de contacto en la relación. Según estas diferencias, la sintonía se puede categorizar en: sintonía rítmica, sintonía cognitiva, sintonía evolutiva, sintonía afectiva y sintonía de las necesidades relacionales (Erskine, 2015/2016; Erskine et al., 1999/2012; Erskine y Trautmann, 1996; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003), sin embargo, todas ellas se entrelazarán en el proceso relacional produciendo una sintonización dinámica.

Dentro del campo de la DI, aunque todos los estilos de sintonización son fundamentales, probablemente la sintonía cognitiva y evolutiva tienen una relevancia especial, debido a que los estilos personales pueden ser tan diferentes que la sintonización realmente se convierte en un reto.

Ejemplo 5

Martín (25 años con síndrome de Down y diagnóstico de psicosis desde la infancia) tenía un estilo cognitivo único. Sus pensamientos y, por lo tanto, también parte de su comunicación, se vinculaban y se elaboraban a través de las historias Disney, cuentos infantiles o la saga de Harry Potter. Fue muy complicado crear una sintonía cognitiva con la cual comprender en profundidad el mecanismo y el procedimiento interno de sus pensamientos. Sin embargo, a través de la sintonía afectiva fue más fácil. Con el tiempo, gracias a la indagación respetuosa y sintónica, el significado de las historias y la metáfora en ellas fueron revelándose en el proceso de psicoterapia. Una de ellas fue a través de la historia de la Bella y la Bestia de Disney, en la que él era la Bestia y durante varias sesiones solo habló y se relacionó como Bestia. A través de esta historia se realizó un importante trabajo de autodefinición.

Implicación

La implicación hace referencia a la actitud del psicoterapeuta ante la persona. Como indican Erskine et al. (1999/2012) “la indagación trata de lo que *hace* un psicoterapeuta; la implicación no trata tanto de *hacer* como de *ser*” (p. 135). Significa poder estar plenamente presente desde una autenticidad real. Erskine (2015/2016) también afirma que “la implicación enfatiza el reconocimiento, la validación, la normalización y la presencia hacia la persona, pudiendo disminuir así la descalificación interna que forma parte de un proceso defensivo arcaico” (p.20). Así como “despatologizar” y aumentar la comprensión funcional de los procesos internos y externos (Erskine, 2015/2016).

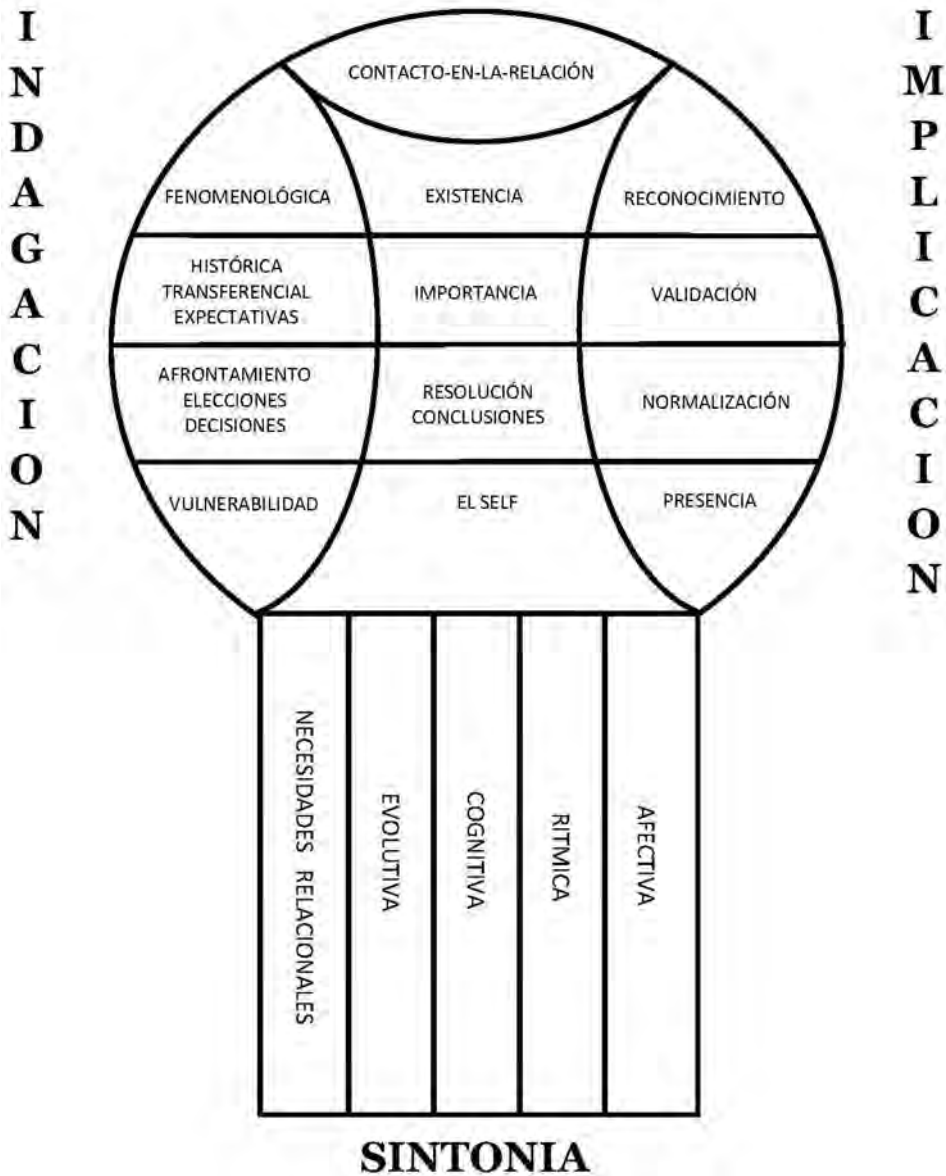
Ejemplo 6

Celia tenía 30 años y una parálisis parcial física y DI leve derivada de una falta de oxígeno durante su nacimiento. Durante toda su vida se ha sentido “insignificante, sin que a nadie le importe. No hay nadie para mí”. Para este proceso terapéutico fue esencial mostrar y hacer sentir la presencia psicoterapéutica, ella la buscaba constantemente y la ponía a “prueba” buscando los límites (llamadas constantes, emails, enfados, etc.). Si bien, crear una sólida estructura a través de los límites fue necesario, mostrar la disponibilidad emocional y presencial, también. Tomar en serio sus enfados, atender ciertas llamadas y ciertos emails, establecer límites protectores y atender la contratransferencia fueron, entre otros elementos, formas en las que la presencia psicoterapéutica fue tomando forma en las sesiones y fuera de ellas, creando un vínculo terapéutico sólido y estable.

Estas categorías de los métodos se representan gráficamente en el diagrama del *Keyhole* u Ojo de la Cerradura mostrado en la figura 1. Este diagrama, que es expuesto en profundidad por Erskine et al. (1999/2012), pretende recoger los métodos específicos y la idea sobre cómo la indagación, la sintonía y la implicación están inevitablemente interconectadas en la relación psicoterapéutica. De forma

concreta, el diagrama representa la sintonía como la base que guía la indagación y que determina la naturaleza de la implicación terapéutica.

Figura 1. *Keyhole* (Erskine et al., 1999/2012; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003)



Conclusión

La psicoterapia no ha sido una disciplina terapéutica muy utilizada en el campo de la DI, a pesar de las evidencias sobre su eficacia en la mejora de la salud mental. Establecer marcos teóricos en torno a ello se presenta como un desafío necesario y actual. Desde esta premisa, este artículo describe una aproximación al modelo teórico de la PRI como un marco referencial sólido y robusto para la intervención psicoterapéutica. Además, este modelo, a través de la mirada teórica que brinda y sus principios filosóficos como marco de referencia, permite comprender en profundidad a la persona (y en este caso a la persona con DI) por medio de sus conductas, fantasías, respuestas emocionales y fisiológicas, estilo relacional y cognitivo,... y construir desde la relación terapéutica un “mapa” para poder comprender sus necesidades, sus experiencias fenomenológicas, y así establecer una intervención sintónica y ajustada a su realidad interna y externa, más allá del propio diagnóstico y/o la discapacidad intelectual.

Notas

- 1 Los ejemplos se presentan de forma sucinta, con la finalidad de enfatizar en aquel concepto o idea que se esté presentando. (p. 4).

Referencias

- AAIDD (2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo social* (M. Verdugo, Trad.). Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 2010)
- Ainsworth, M. D. S. y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad: Una guía práctica* (F. Mora, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 2016)
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation [Apego y pérdida, vol. II: Separación]*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (A. Guera, Trad.). Morata. (Trabajo original publicado en 1979)
- Brown, M., Duff, H., Karatzias, T. y Horsburgh, D. (2011). A review of the literature relating to psychological interventions and people with intellectual disabilities: issues for research, policy, education and clinical practice [Una revisión de la literatura relacionada con las intervenciones psicológicas y las personas con discapacidad intelectuales: temas para la investigación, las políticas, la educación y la práctica clínica]. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1), 31-45. <https://doi.org/10.1177/1744629511401166>
- Criswell, G. E. y Erskine, R. G. (2015). La psicoterapia del contacto en la relación. Diálogos con Richard Erskine. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 115-127. <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/48/18>
- Di Nuovo, S. F. y Buono, S. (2007). Psychiatric syndromes comorbid with mental retardation: differences in cognitive and adaptive skills [Síndrome psiquiátrico comórbido con retraso mental: diferencias en habilidades cognitivas y adaptativas]. *Journal of Psychiatric Research*, 41(9), 795-800. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.02.011>
- Drury, H. y Alim, N. (2014). Integrative psychotherapy in intellectual disabilities: using cognitive-behavioural and psychodynamic formulations [Psicoterapia integrativa en discapacidad intelectual: utilizando formulaciones cognitivo-comportamentales y psicodinámicas]. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8(3), 197-209. <https://doi.org/10.1108/AMHID-10-2012-0001>
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado* (E. Prieta, Trad.). Paidós Ibérica. (Trabajo original publicado en 1982)

- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica y patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez Burgos, Trad.). Karnac. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G. (2019). Developmentally based, relationally focused Integrative psychotherapy: Eight essential points [Psicoterapia Integrativa basada en el desarrollo y centrada en la relación: Ocho puntos esenciales]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 10, 49-59. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/144/96>
- Erskine, R. G. y Mauriz-Etxabe, A. (2020). Inferencia, re-experimentación y regresión: Psicoterapia de los estados niño del Yo. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 205-226. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.362>
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en acción* (A. Pérez Burgos, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía. Una terapia de contacto en la relación* (N. Maestre, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996). Methods of an integrative psychotherapy [Métodos de una psicoterapia integrativa]. *Transactional Analysis Journal*, 26, 316-328. <https://doi.org/10.1177/036215379602600410>
- Galí, D. (2018). Intervenciones psicológicas en adultos con discapacidad intelectual y trastorno límite de la personalidad comórbido. *Revista Española de Discapacidad*, 6(2), 49-62. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.02.03>. https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/329/pdf_112
- Garvía, B. y Flórez, J. (2018). *Psicoterapia y farmacoterapia en la discapacidad intelectual*. CEPE.
- Ke, X. y Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual (M. Irrázabal, A. Martín, F. Prieto-Tagle y O. Fuertes, Trad.). En J. M. Rey (Ed.), *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPP* (pp. 1-28). Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. <https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf>
- Marqu岸-Caraveo, M. E., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L. y Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34, 443-449. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam115g.pdf>
- Martínez, J. M. (2017). Relational methods and theories of intersubjectivity [Métodos relacionales y teorías de la intersubjetividad]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 8, 1-15. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/138/86>
- Martorell, A., Tsakanikos, E., Pereda, A., Gutiérrez-Recacha, P., Bouras, N. y Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Mental health in adults with mild and moderate intellectual disabilities: the role of recent life events and traumatic experiences across the life span [Salud mental en adultos con discapacidad intelectual leve y moderada: el papel de los eventos recientes y experiencias traumáticas a lo largo de la vida]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(3), 182-186. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181923c8c>
- McGuire, D. y Chicoine, B. (2010). *Bienestar mental en los adultos con síndrome de Down. Una guía para la comprender y evaluar sus cualidades y problemas emocionales y conductuales* (R. León y J. Flórez, Trad.). Fundación Iberoamericana Down21. (Trabajo original publicado en 2006)
- O'Reilly-Knapp, M. (2016). Integrative Psychotherapy 'Revisited' [Psicoterapia Integrativa 'Revisitada']. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 7, 49-59. <https://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/126/79>
- O'Reilly-Knapp, M y Erskine R. G. (2003). Core concepts of an Integrative Transactional analysis [Conceptos nucleares de un Análisis Transaccional Integrativo]. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 168-177. <https://doi.org/10.1177/036215370303300208>
- Raynaudo, G. y Peralta, O. (2017). Cambio conceptual: una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky. *Liberrabit*, 23(1), 137-148. <https://doi.org/10.24265/liberrabit.2017.v23n1.10>
- Sánchez-Quintero, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Turygin, N., Matson, J. L. y Adams, H. (2014). Prevalence of co-occurring disorders in a sample of adults with mild and moderate intellectual disabilities who reside in a residential treatment setting [Prevalencia de trastornos concurrentes en una muestra de adultos con discapacidad intelectual leve y moderada que residen en un entorno de tratamiento residencial]. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1802-1808. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.027>

EL ENCUADRE COMO ESCUCHA Y ACCESO A LA VIDA EMOCIONAL PROFUNDA. LA ÓPTICA PARA ALCANZAR EL CEREBRO SUBCORTICAL

THE FRAME AS LISTENING AND ACCESSING THE DEEP EMOTIONAL LIFE. THE LENS TO REACH THE SUBCORTICAL BRAIN

Mario C. Salvador Fernández

Alecés, Instituto de Psicoterapia Integradora del Trauma. Sant Cugat, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0107-7822>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Salvador, M. C. (2021). El encuadre como escucha y acceso a la vida emocional profunda. La óptica para alcanzar el cerebro subcortical [The frame as listening and accessing the deep emotional life. The lens to reach the subcortical brain]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 177-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.492>

Resumen

Este artículo explica cómo el sentido de nosotros mismos está conformado en las capas más profundas de nuestro cuerpo y cerebro subcortical y cómo luego influencia y colorea nuestra vida emocional consciente. Muestra cómo la vida consciente se asienta en los sistemas emocionales primarios con los que todos los mamíferos vienen equipados. Propone cómo una psicoterapia esencial debe alcanzar los estratos más profundos de nuestra psique en orden a promover un proceso de transformación y consolidación de una nueva narrativa y sentido del self. Se propone un modelo para desarrollar la habilidad de una escucha selectiva en el terapeuta que cree un sentido de ser límbicamente visto y organizar el encuadre para reprocesar la experiencia traumática. Finalmente, se ilustra el proceso con un estrato de una sesión de terapia en el cual el terapeuta ayuda al paciente a acceder a su historia dolorosa organizada en su vida temprana, historia que estuvo impregnando y organizando la vida adulta consciente.

Palabras clave: sistemas emocionales primarios, cerebro subcortical, encuadre, psicoterapia esencial

Abstract

This article explains how the sense of ourselves is shaped in the deeper layers of our subcortical brain and body, then later coloring our emotional and conscious life. It shows how our conscious life sits on primary emotional systems with which all mammals are equipped. It proposes how an essential psychotherapy should reach the deepest stratum of our psyche in order to promote a process of transformation and consolidation in a new personal narrative and sense of self. It exposes a model to develop the skills for selective listening in the therapist to create a sense of being limbically seen and to organize the frame for the reprocessing of traumatic experience. At the end, it illustrates this process with an excerpt of a psychotherapy session in which the therapist helps the patient to access her own painful history organized on her early life; this history was permeating and organizing the conscious and adult life.

Keywords: primary emotional systems, subcortical brain, frame, essential psychotherapy



En este trabajo se aborda el papel y la función del terapeuta para ayudar al paciente a acceder a los sistemas profundos, conformados en la vida temprana, que organizan y determinan en adelante la percepción de sí mismo, los otros y el mundo. Se plantea cómo lo que aquí se denominan “esquemas organizadores nucleares” se enraízan en nuestros sistemas emocionales primarios, de base neurobiológica, y que luego colorean nuestro modo de sentir y actuar en la vida actual. Se propone un modelo de escucha terapéutica que, señalando los indicios del material histórico aún activo, ayuda al paciente a localizar el contexto interpersonal original donde se conformó su percepción. Se expone el encuadre como una herramienta terapéutica que ayuda al acceso y localización de las experiencias raíz para posteriormente invitar al reprocesamiento de la experiencia de abajo-arriba (del cuerpo hacia las estructuras superiores cerebrales), en una manera que facilita que estas experiencias no metabolizadas, y encapsuladas en nuestro sistema subcortical-somático, puedan finalmente encontrar un ambiente propicio, la presencia plena y radicalmente aceptadora del terapeuta, pero también del mismo paciente sobre su propia experiencia dolorosa, para salir a la luz, ser completadas, transformadas y en último término consolidadas en una nueva forma de percibirse a uno mismo y al mundo.

Este modelo de escucha selectiva y encuadre es una forma de crear una sintonía con el cerebro más inconsciente, el subcortical, que guarda en formato implícito (somato-sensorial) nuestra historia antigua. Asimismo, es una herramienta para promover en el otro la experiencia de sentirse límbicamente visto y comprendido. Al final del artículo se ilustra este método de intervención con un extracto comentado de una sesión de terapia.

De lo Interpersonal a lo Intrapersonal

Nuestro cerebro es un complejo órgano de gestión de la vida. Como organismos multicelulares hemos necesitado desarrollar un órgano capaz de coordinar y gestionar la complejidad de los diferentes sistemas especializados que contribuyen a nuestra vida: el sistema cardiocirculatorio, sistema inmune, sistema nervioso, etc. Por otro lado, el ser humano es asimismo el animal mamífero más evolucionado en la especie, capaz de observarse a sí mismo, crear y transformar el medio. De alguna manera, la inteligencia nos ha dotado de la capacidad de estudiar el medio y manipularlo. La ciencia y la tecnología han puesto en nuestras manos una herramienta muy sofisticada para transformar la propia naturaleza y la naturaleza en general; esto puede estar hecho para ayudar al crecimiento y al desarrollo o para la destrucción. La terapia trata de crear un ambiente interpersonal propicio para que las capacidades de curación del cerebro humano se pongan en marcha y puedan procesar la información experiencial que no había sido metabolizada hasta el momento.

Gestionar la vida propia implica la capacidad de gestionar las necesidades propias, siempre cambiantes, y los intercambios con el mundo externo. Así que nuestro cerebro ha de evaluar constantemente, 24 horas al día, el estado del ambiente interno, el estado del ambiente externo y cómo se produce la interacción y el

intercambio entre ambos. Como mamíferos este intercambio con el mundo externo nos hace especialmente dependientes de la respuesta de nuestros congéneres. Dependemos unos de otros para regular nuestro mundo interno, muy especialmente en las etapas más tempranas de nuestro desarrollo.

La primera y más primordial tarea de nuestro cerebro en la gestión de la vida es ayudarnos a sobrevivir. Todo lo que organiza el cerebro es en función de ayudarnos a adaptarnos al medio para sobrevivir. Venimos al mundo ya equipados con una serie de programas neurobiológicos que son el resultado de la selección de aquellos programas reflejos más necesarios para relacionarnos con el mundo al nacer y antes de nacer, a lo largo de millones de años de evolución filogenética. Debido a que el ser humano necesita depender de sus cuidadores por más largo tiempo, también es más dependiente y vulnerable a las influencias del entorno exterior y de sus cuidadores en él y, al mismo tiempo, tiene más capacidad de aprendizaje y desarrollo que ningún otro mamífero.

Uno de los primeros sistemas emocionales primarios, en términos del neurocientífico Jaak Panksepp (1998) es el sistema de apego. El niño buscará y se orientará hacia el cuerpo de la madre tanto en busca de alimento y nutrición física como de conexión emocional y reconfortamiento, de importancia tan capital como el primero. Para el niño pequeño el apego es una cuestión de supervivencia. También sabemos que nuestro cerebro tiene un período sensitivo de aprendizaje de los esquemas relacionales en los dos primeros años de la vida. Así que en este tiempo la interacción de nuestra programación biológica con los cuidadores del entorno comienza a conformar los patrones o esquemas de estar en relación con el otro. Asimismo, es en la relación con los otros que vamos adquiriendo y dando forma a las vivencias y significados sobre nosotros mismos, los otros y el mundo. Para el niño pequeño, que siente que es amado o no por cómo es cuidado, comienza a organizarse lo que Damasio (2010/2018) llama el “proto-sí-mismo”, la vivencia corporal de quién somos para el otro; en esencia, si somos dignos o indignos.

Estos esquemas relacionales primarios funcionarán en adelante como un filtro que organizará y determinará una predisposición y atención selectiva a los estímulos externos y a atribuirles un significado que encaje con lo ya conocido o no. Este proceso corresponde con las ideas expuestas por Jean Piaget (1968) de asimilación y acomodación. Así que el niño ya se enfrenta a las experiencias con “una idea previa” de cómo podrán ser las cosas; y, como el humano vive generalmente con los mismos cuidadores durante un largo período de tiempo, predice qué se va a encontrar, asimilando lo que experimenta en lo ya conocido o acomodando lo ya conocido a los nuevos matices. De este modo va configurando las redes neurológicas que acumulan información sobre cómo sentirse, reaccionar y qué esperar. Estas redes neurológicas conforman al mismo tiempo diferentes sentidos del yo en función de los contextos y relaciones. Así pues, la vida interpersonal va configurando nuestro mundo intrapersonal, de alguna manera, lo que hay afuera hay adentro.

Pongamos un ejemplo: un bebé fue abandonado en su primer año de vida,

luego estuvo en cuidados institucionales y posteriormente fue adoptado. En la vida temprana esta pérdida del vínculo primario es una amenaza para su sentido de supervivencia, subcorticalmente puede verse en peligro de muerte. La inestabilidad de los vínculos en la institución de cuidados confirma que los vínculos no son seguros y que pueden perderse en cualquier momento, no se puede confiar; además, posteriormente la familia de adopción nunca ofrecerá una experiencia de vinculación de sintonía perfecta, así que será ya muy sensible a las pequeñas muestras de rechazo-abandono. Esto organizará en este niño un esquema relacional traumático con el que en adelante anticipará el abandono en otros contextos de la vida. Cuando vaya al colegio tendrá una sensibilidad aumentada a las muestras de sutiles rechazos, ser dejado de lado, ser ignorado, no visto... que asimilará en su esquema relacional como confirmaciones (retraumatizaciones) de experiencias de abandono y rechazo. Las experiencias que en los primeros años tienen una naturaleza esencialmente somática y emocional, posteriormente serán la base para la conformación de creencias limitadoras: “no merezco amor”, “no soy importante”, “no soy digno”, etc. y aprenderá a acomodarse a lo que percibe como exigencias y requerimientos del ambiente relacional.

Los Organizadores Primarios y las Emociones Primarias

Todo este mundo experiencial está ocurriendo en el infante en los primeros años del desarrollo, cuando las estructuras dominantes son el hemisferio derecho y el cerebro subcortical, que es de naturaleza somatosensorial y emocional. En palabras de Panksepp (2010) “aún existen mentes antiguas dentro de nuestras mentes humanas modernas, y no entenderemos nuestros procesos mentales superiores a menos que encaremos seriamente las soluciones neurales más tempranas que aún influyen en el complejo aparato mental de los mamíferos altamente encefalizados”.

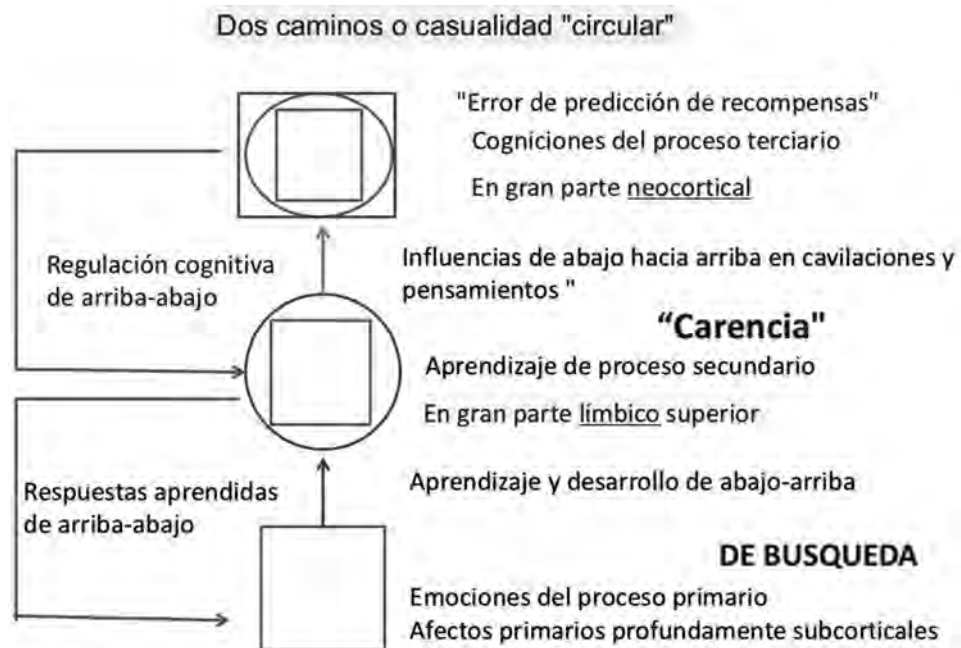
Panksepp (1998) estudió con estimulación eléctrica cerebral las áreas del cerebro subcortical que disparan respuestas emocionales primarias y que son comunes en todos los mamíferos. En esencia, nuestro cerebro subcortical (límbico y reptiliano) es compartido con el resto de las especies mamíferas. Él habla pues de “sistemas emocionales primarios” o “sentimientos en bruto” con los que venimos ya equipados neurobiológicamente como legado de la selección natural filogenética. Estos “sistemas emocionales primarios” nos equipan con respuestas predeterminadas ante estímulos o situaciones específicos sin tener que pensar, identifican amenazas primarias para la supervivencia y asimismo posteriormente informarán a los procesos mentales de orden superior. Informan de manera inmediata de qué hacer. Estos afectos emocionales de proceso-primario incluyen, según su investigación, búsqueda, temor, ira, deseo sexual, cuidado maternal, ansiedad de pérdida social y sistemas de juego-lúdicos.

Panksepp et al. (2012) y Panksepp (2011) proponen un concepto tripartito de las funciones mentales (figura 1) que maduran jerárquicamente y que continúan influyendo y coloreando las funciones de orden superior durante toda la vida:

- Funciones de procesos-primarios, que son resultado de la evolución y contienen mecanismos de acción vitales brutos pero muy eficaces. Habitualmente son tildados de reacciones “innatas” o “instintivas”. Están arraigados en sustratos neurales del cerebro reptiliano y límbico.
- Funciones de procesos-secundarios. Estas reflejan las capacidades cerebrales básicas de aprender mediante sensibilización-habituaación. Estos procesos secundarios se conforman cuando el individuo empieza su interacción con el medio, tratando de responder y adaptarse a lo que éste requiere. Aquí situaríamos las emociones sociales tales como la empatía, el orgullo, la vergüenza, la culpa, la confianza, etc. Se arraigarían asimismo en el cerebro paleomamífero o límbico.
- Funciones de procesos-terciarios. Incluyen, en palabras de Panksepp, todos aquellos procesos “reflexivos” del CerebroMente superior que referimos como pensamiento, toma de decisiones, planificación, las formas superiores de la intencionalidad (esto es, intenciones-de-actuar), y otros procesos neocorticales tales como la reflexión, la meta-reflexión, etc.

La idea de Panksepp, al igual que la de otros neurocientíficos tales como MacLean (1990), Damasio (2003/2005), es que cada estrato del sistema de orden superior se asienta sobre la adecuada o inadecuada maduración de los estratos inferiores. Es decir, un individuo no podrá hacer eficazmente tareas del orden terciario cuando hay alteración o daño en los estratos inferiores.

Figura 1. Anidamiento de la Mente Afectiva (imagen extraída de Jaak Pankseep, 2011)



Los sistemas emocionales primarios tienen una “sabiduría natural” y nos aportan respuestas inmediatas programadas por la evolución, no requieren el proceso cognitivo ni el aprendizaje.

Mientras que las funciones del proceso primario (afectos primordiales) son comunes a todos los mamíferos, a medida que ascendemos a los niveles secundarios y terciarios del Cerebro-Mente la complejidad del funcionamiento aumenta enormemente, va dando forma a manifestaciones idiosincráticas, que son individuales y dependientes de la cultura familiar, social, nacional...

Lo que aquí interesa es ver que las vidas emocionales de los sujetos adultos están tan fuertemente ligadas a las capacidades cognitivas superiores como a las redes emocionales inferiores. Pero las capacidades superiores (de orden terciario) no tienen “vida propia”. Podemos decir que todo lo que está en el piso de arriba sigue ligado a las muchas redes emocionales de las regiones inferiores del Cerebro-Mente y que estos sistemas subcorticales tienen “vida propia” (Panksepp, 2011; Panksepp et al., 2012). Los afectos ancestrales pueden controlar y regular los procesos cognitivos superiores. En la figura 1 se aprecia cómo el cuadrado de los procesos primarios está incluido en el círculo de los procesos secundarios y estos últimos incluidos en el cuadrado de los procesos terciarios. La terapia profunda habrá de acceder a estos estratos profundos, todavía incrustados en nuestros procesos terciarios y secundarios, que siguen condicionando la percepción para ayudar a su actualización.

En este sentido, consideramos el “sentido del yo” primordialmente como una matriz de memorias conscientes e inconscientes organizadas en episodios, historias y narrativas; las más determinantes de ellas grabadas en nuestra corporalidad en forma implícita y procedimental -en código somatosensorial- (Salvador, 2008). La toma de decisiones no consciente penetra y da forma continuamente a la construcción del “sentido del yo”, las capas ocultas de nuestro procesamiento neural pre-digieren y organizan nuestra experiencia antes de que emerja a nuestra consciencia. De alguna manera, en nuestro cerebro más antiguo, el subcortical, permanece todavía no procesada la información de nuestra historia dolorosa. Esta es la naturaleza del trauma: permanece congelado en el tiempo en nuestra neurobiología, aún no metabolizada e integrada.

Una psicoterapia profunda y transformadora ha de detectar, comprender y corregir el contenido y la organización de estas capas ocultas. Las capas ocultas –como matriz de memorias implícitas, procedimentales, cognitivas y memorias sensomotoras- crean nuestra realidad milisegundos antes de llegar a nuestro yo consciente (Salvador, 2009). Lo que llamamos *intuición* es el resultado de decisiones rápidas e inconscientes que guían nuestros pensamientos, sentimientos y acciones sin nuestro conocimiento consciente (Damasio, 1999/2001). El terapeuta ha de ayudar a su paciente a acceder a este mundo implícito “olvidado”, “rechazado” y por tanto “abandonado también por uno mismo”.

Antonio Damasio (2010/2018) expresa con otras palabras esta misma idea

de la importancia de nuestro mundo antiguo aún vivo en nuestras sensaciones y nuestra corporalidad:

...el conocimiento oculto de la gestión de la vida precede a la experiencia de ser consciente de cualquier conocimiento de esta índole. Asimismo, afirmo que el conocimiento oculto es bastante sofisticado y no debería ser considerado primitivo. La complejidad de este conocimiento es enorme y su aparente inteligencia notable... Si bien al hacer este planteamiento no degrado la posición que ocupa la consciencia, en cambio, sí que doy un mayor valor a la gestión no consciente de la vida, al tiempo que sugiero que constituye el plano de organización que estructura las actitudes e intenciones que hallamos en la mente consciente. (p. 69)

El terapeuta que practica una terapia esencial ha de estar atento a cómo los indicios de la vida antigua, aún viva, están determinando las actitudes y reacciones en la vida presente del paciente. Esta vida antigua aún viva continúa impregnando nuestro sentido del yo y del mundo marcado por la percepción elaborada y fijada en las etapas tempranas de nuestro desarrollo. Podemos considerar la terapia como un proceso continuo de actualización de información que se quedó fijada y atrapada en el tiempo y que en la compulsión a la repetición busca cómo mostrarse, completarse y finalmente transformarse. Para ello es necesaria la presencia de alguien que sepa escucharnos límbicamente.

El Trabajo en la Relación Terapéutica

La primera tarea del terapeuta en una psicoterapia esencial es proporcionar una experiencia de conexión profunda a su paciente, de manera que pueda sentirse “límbicamente sentido”. Ello implica co-crear la experiencia de estar ante alguien que ahora ve y responde con respeto y amabilidad lo que en relaciones previas no supieron ver o incluso rechazaron o amenazaron. Esta tarea implica varios factores:

a) Crear una atmósfera de seguridad. Como muestra Stephen Porges (2001) en su Teoría Polivagal, nos curamos en relaciones seguras, los caminos neuronales de la conexión social coinciden con los de la curación y el crecimiento. Porges descubre que nuestro nervio vago, implicado en la regulación emocional y la conexión de nuestro cerebro reptiliano con el cerebro entérico (las vísceras) sigue también un modelo jerárquico: la primera manera en la que buscamos protección y calma es acudiendo a nuestros congéneres; si en el acudir por ayuda nos sentimos a salvo y confortados, todo el sistema vuelve a la homeostasis y al bienestar. Si las relaciones de cuidado fallan en proporcionar seguridad y apoyo afectivo, se dispara un segundo sistema, el simpático, encargado de activar nuestras respuestas de defensa activas: huida o lucha; si éste es efectivo en evitar el peligro o resolverlo, el organismo de nuevo vuelve a la homeostasis. Si este segundo sistema también falla, entonces hemos de activar un sistema más antiguo y extremo, el sistema de inmovilidad parasimpática (rama

vagal dorsal); ello implica que el organismo trata de inhibir sus respuestas de defensa activa para parecer inmóvil, invisible y no llamar la atención. Este último implica un apagamiento de la energía para entrar en un estado de letargo que si se mantiene entra en “la congelación”. Los individuos que han tenido que recurrir a este sistema para defenderse de las amenazas ambientales experimentan este estado como disociación. Como dice Janet (1889) “cuando el cuerpo no puede escapar, la mente busca cómo no estar”. Es conocida la correlación entre esta respuesta sostenida de congelación y la traumatización, por ello se dice que el trauma es información congelada en el tiempo en el mismo código implícito en el que fue vivido.

b) Convencer al cerebro subcortical, implicado en la supervivencia, de que ahora se está en un nuevo contexto. Con muchos de nuestros pacientes, la primera tarea terapéutica es ayudarles a volver a la relación, y a diferenciar que las reacciones traumáticas de transferencia hacia el terapeuta en realidad vienen de otro contexto relacional, y que ahora están en una relación presente y segura. Neurobiológicamente es una manera de calmar la reacción de alarma y dolor disparada por las estructuras subcorticales para que el paciente adquiera una experiencia de estar en un nuevo contexto presente libre de peligro.

c) Ayudar al paciente a ir situando su centro de identidad en una mente de autoestudio y autoobservación (el estado de mindfulness) desde el que puede ahora contemplar compasivamente su propia experiencia antes olvidada, repudiada o disociada (“no soy yo”). Esto permitirá activar las áreas prefrontales del cerebro implicadas en la meta-reflexión, la regulación y el mindfulness, que permitirán al paciente poder “sentir una experiencia” pero “no estar siendo su experiencia”. De este modo podrá permanecer como un observador compasivo y acogedor de su experiencia recordada y escuchar su historia dolorosa olvidada. Es aquí donde se despierta la capacidad del sistema de curarse a sí mismo y poder procesar una información que todavía necesitaba contar; necesitaba contar esa historia antigua en la presencia de alguien (ahora el terapeuta presente pero también el paciente presente sobre su propia experiencia) para poder salir a la luz, ser finalmente completada para adquirir un nuevo sentido transformado y consolidada como un recurso vital adquirido de la experiencia vivida.

Esta tarea inicial se va construyendo con la presencia en sintonía del terapeuta.

El Terapeuta como Detective: La Indagación

En la primera parte de la terapia parte del trabajo activo del terapeuta es elaborar una indagación amplia de la experiencia y las dificultades que refiere el cliente. El terapeuta “hace una tarea de detective” para ayudar al cliente a clarificar la naturaleza de la dificultad, encontrar su raíz y el contexto en el que fue adaptativo e ir elaborando el encuadre que exponga a la luz de la consciencia el esquema

organizador nuclear de la experiencia dolorosa o limitadora.

La indagación es un instrumento poderoso en manos del terapeuta para impulsar el proceso de sanación. Es a través de la indagación respetuosa que el terapeuta ayuda a que el cerebro del cliente profundice en la naturaleza del problema, la búsqueda de su raíz (los esquemas organizadores) y el impulso a su resolución. La indagación guía la atención del cerebro a volverse sobre sí mismo –cuando está dirigida al proceso intrapsíquico– y a despertar la capacidad de reflexión o meta-reflexión: un cerebro que empieza a observarse a sí mismo. Es a través de la indagación en sintonía y en una relación terapéutica en presencia plena que vamos ayudando a que la mente del cliente vaya adoptando un enfoque de autoestudio. Esto es el estado de mindfulness o presencia plena del cliente en su propia experiencia, sin juicio, sin expectativas ni presupuestos o definiciones sobre la experiencia. El propósito último de la indagación es ayudar al cliente a entrar en contacto más íntimo y amistoso con su experiencia, y a desarrollar un sentido de curiosidad natural y compasiva por conocer cómo se adaptó inteligentemente para sobrevivir.

El propósito de la indagación no es pues obtener información sino promover el proceso mismo de reflexión y mirada interna y en perspectiva hacia el mundo fenomenológico-experiencial intrapsíquico del cliente; ya que nuestro sistema de vida en piloto automático nos entrena a funcionar de un modo más habitualmente reactivo hacia el mundo exterior y no da lugar al proceso meta-reflexivo.

Hacer preguntas y elaborar intervenciones que estimulen y apoyen este tipo de búsqueda interna, en el respeto a la inteligencia y el coraje con el que el cliente ha construido sus defensas, es la esencia de una buena indagación (Erskine et al., 1999/2012). La indagación efectiva ayuda a la persona a obtener sus respuestas únicas invitándole a mirar en lugares y de maneras que nunca había considerado (o atrevido) por sí misma. El terapeuta no tiene las respuestas, pero sí ha de haber desarrollado una observación muy selectiva a la hora de detectar los indicios de la experiencia traumática aún viva que emerge y colorea el relato verbal y somático del paciente. Las intervenciones del terapeuta ofrecen al paciente una dirección distinta de la suya habitual por la que buscar y mirar, accediendo al mundo subcortical.

En el mismo sentido, el objetivo de la indagación no es para que el terapeuta obtenga una respuesta, sino que esencialmente es para que el cliente encuentre, se reapropie y habite las partes de su experiencia que había disociado, negado o repudiado. Es, asimismo, una manera de ir situando el centro de la curación dentro del propio paciente. Las respuestas son más para el cliente que para el terapeuta, aunque el terapeuta también aprenda de las respuestas y le ayuden a organizar y formular el encuadre sobre el que el cerebro del cliente ha de enfocar y procesar.

A medida que avanza la indagación, el terapeuta aumenta su nivel de sintonía con el proceso del cliente y este se sentirá profundamente comprendido ante alguien que está implicado e interesado, alguien que es capaz de ver su mundo negado y hasta ahora incomprendido. Una de las razones por las que la indagación misma forma parte de la curación es que está hecha dentro de una relación

auténtica entre el terapeuta y el cliente; ésta provee el contexto seguro en el que el cliente se puede descubrir, conocer y sanar a sí mismo. De hecho, la relación terapéutica puede y muchas veces ha de ser motivo de indagación en sí misma; ya que supone la activación de una red neurológica nueva en el cliente, la de estar esta vez acompañado por alguien seguro, presente e interesado. Ayudar al cliente a comparar el esquema relacional nuevo, vivido en la relación con el terapeuta, con el esquema relacional antiguo y traumático, en el que no había nadie o quien había era la fuente de la amenaza, es una manera poderosa de ayudar a integrar material nuevo en los esquemas antiguos (principio de Hebb, 1949: neuronas que se activan juntas se conectan juntas).

En la indagación en sintonía no hay ninguna agenda oculta en el terapeuta, éste está abierto a lo que emerja por sí mismo. Cada intervención del terapeuta estará basada en la respuesta que el cliente ha dado a la anterior. Así es un proceso co-construido e impredecible. El terapeuta abraza “el principio de incertidumbre” y asume que “no sabe sobre los significados del paciente”, se abre a acoger la experiencia de este tal como es y tal como emerge, sin plan previo.

El Encuadre, “La Óptica para Mirar en el Cerebro Profundo”

La indagación del terapeuta orienta la mirada del paciente a su mundo interno, guía “por dónde buscar” la información rechazada, para localizarla en el contexto original en que se conformó (esquema organizador) y posteriormente dar espacio para que esta experiencia, y normalmente el niño que la vivió, pueda contar su verdad original a la dimensión del Observador Amoroso (estado de mindfulness) que es en el que el paciente se ha ido situando.

La labor de detective del terapeuta está basada en una escucha muy selectiva, sabiendo que debajo de la superficie del relato hay material nuclear histórico aún activo y vivo que limita la percepción y la actuación del paciente. Esta escucha selectiva ha de prestar atención a los indicios de ese material nuclear que se asoma en el relato (“organizadores” y “marcadores emocionales”). Señalando la información significativa, el terapeuta devuelve una fórmula que ofrece “un encuadre” a través del cual mirar más profundamente; de alguna manera el encuadre actúa como una ‘lupa’ que dirige al cliente hacia dónde mirar de manera más enfocada y profunda. El encuadre también facilita al cerebro un marco en el que sostener el procesamiento.

La figura 2 contiene los elementos clave para entrenar la escucha selectiva del terapeuta y organizar el encuadre que oriente y enfoque la mirada hacia el mundo interno doloroso del paciente, las capas profundas del mundo subcortical. El encuadre aporta asimismo una herramienta poderosa para promover un sentido de ser “límbicamente escuchado”. En la primera fase el terapeuta ayuda pues a que el paciente pueda ir más allá de la historia que se cuenta racionalmente (neocorticalmente) para poder ir accediendo a los esquemas organizadores nucleares, el material nuclear, y a las escenas originales donde la historia traumática se estaba

viviendo en un contexto interpersonal. En una segunda fase, una vez accedido al contexto experiencial antiguo (lo que ya está facilitando una diferenciación entre el momento presente del ahora y una experiencia que proviene del pasado), se ayudará al paciente a escuchar esta historia antigua encontrada de abajo-arriba (del mundo subcortical-somático al mundo neocortical, ahora en su función de consciencia observadora sin juicios y compasiva).

Los Organizadores y Marcadores Emocionales Emergentes del Material Subcortical

A continuación, a efectos de clarificar los elementos clave utilizados, se exponen los conceptos claves para el encuadre manejados en el modelo del embudo, enmascarados en el relato verbal y no-verbal del paciente, a los que el terapeuta ha de prestar atención.

El psicoanalista José Bleger (1967) define el encuadre como un conjunto de constantes, lo que él llama el no-proceso; y frente a eso, coexistiendo, estaría el proceso, que sería lo móvil y lo variable. El encuadre como sostén constante va a operar como fondo sobre el cual emergerá la figura, o sea todo lo que tiene que ver con lo móvil, lo variable y el proceso experiencial.

El encuadre organiza y está al servicio del procesamiento de la experiencia; realiza una función de sostén y de contención a la manera de lo que deben ser las constantes que brinda una madre para el crecimiento de su hijo (de cuidado, de protección). Éstas permiten que el yo del niño se desarrolle ya que la madre, alberga y contiene, pero también sostiene los límites; contiene y limita las emociones intensas que se pudieran presentar durante el procesamiento, al transmitir que el otro está viendo y acompañando el mundo interno propio. El encuadre se ofrece como un marco que brinda seguridad psicológica.

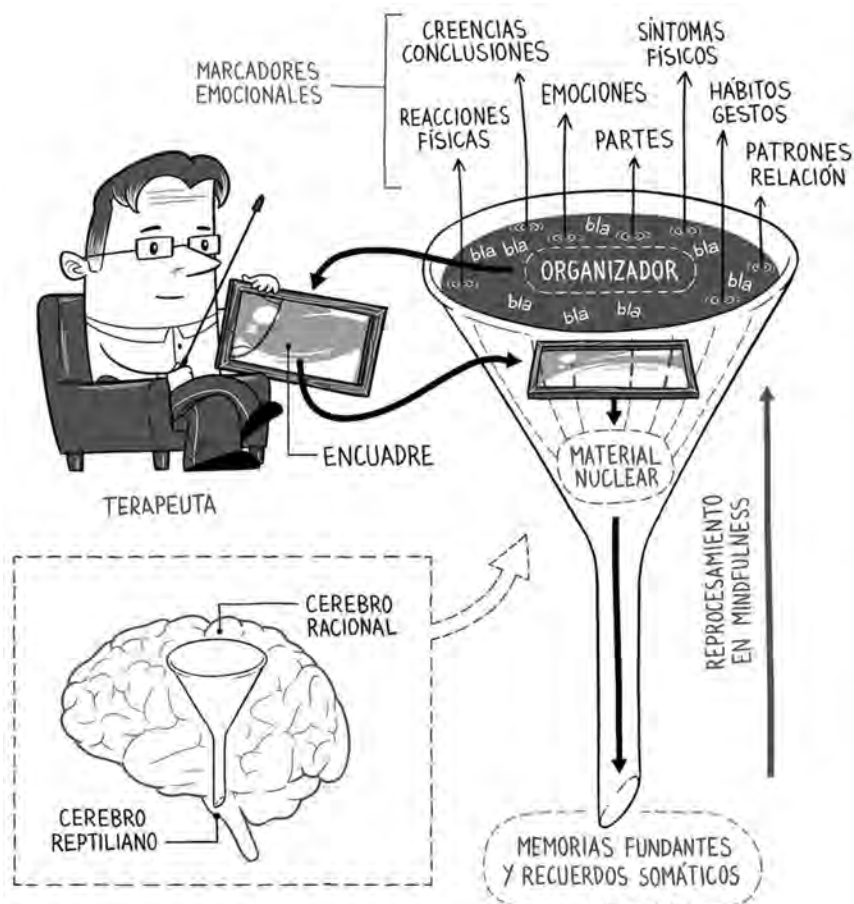
Los “organizadores” constituyen esquemas subyacentes que organizan (en el sentido en que se habla de organizadores en embriología) el comportamiento de un grupo y, por ejemplo, orientan la elección y las decisiones. En el ámbito de la psicología, René Spitz (1959) utiliza el término “organizador” por analogía con su antecedente embriológico y lo define como el resultado de la integración completa, es decir, la formación de una nueva estructura psíquica sobre un nivel de complejidad más elevado. Por ejemplo, el paciente puede organizar su experiencia en determinadas vivencias con un denominador común de impotencia, abandono, desamparo... o en torno a su esperanza o recursos de salir de una situación, digamos un recurso de libertad y tranquilidad. Estos organizadores sirven así para clasificar y organizar aquellas experiencias que comparten una cualidad emocional similar.

Se emplea el término “marcador emocional” en base a la propuesta del marcador somático (Damasio, 1994/2011), que propone que la toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales relacionadas con la homeostasis, las emociones y los sentimientos. Los marcadores emocionales en este modelo se refieren a aquellos indicios del material nuclear: la vivencia fenomenológica

que tuvo lugar en las experiencias antiguas, que condujeron a la elaboración de las decisiones y conclusiones limitadoras, las sensaciones físicas, las emociones dolorosas asociadas, la referencia a partes internas que refieren una experiencia diferenciada y, cuando la experiencia está disociada, los síntomas físicos que la delatan. El terapeuta podrá escuchar en el relato del paciente estos marcadores que determinan no solo sus maneras de percibir sino también impulsan sus decisiones y acciones en el manejo de su situación actual. Podemos escuchar las reminiscencias de la historia antigua en creencias tales como *“llorar no sirve para nada”*, *“nadie está para mí”*, etc. (que hablan de un contexto en el que esto era una realidad y lo que la persona concluyó para manejarla). Asimismo, podemos observar patrones de gestos (por ejemplo, taparse las piernas con la falda reiteradamente como marcador de cuando en un tiempo temprano alguien tocaba sexualmente a la cliente), patrones de conducta tales como aislarse y no pedir; podemos observar los indicios en reacciones fisiológicas que contienen el relato somático de lo vivido en el contexto pasado, o incluso en el lenguaje de partes o estados del yo diferenciados (por ejemplo, *“una parte de mí siente miedo a...”*). Por último, como se ha señalado, se pueden ver los indicios de experiencia activa y traumática no procesada en los síntomas físicos; ocurre cuando las defensas de la disociación han tenido que hacer una negación extrema.

Desarrollando el modelo de la figura 2, el encuadre hace referencia a cómo el terapeuta, en algún momento del proceso de indagación, puede detectar el esquema organizador que conforma la forma de percibir, pensar y sentir que el cliente experimenta en sus circunstancias o situación actual. En el extracto de terapia que se presenta más abajo la experiencia de no haber tenido una madre suficientemente buena fue lo que aglutinó sus acciones para su determinación a *“ser una buena madre”* (*“organizador”*). En la narración verbal y no verbal el cliente va expresando su manera de percibir y vivir el problema, esta está envuelta de muchos matices y palabras que describen lo que experimenta (su *“bla, bla, bla”*). A veces el *“bla, bla, bla”* también es un distractor del material más doloroso; y, en cualquier caso, es la explicación que la mente consciente y el cerebro racional se han dado acerca del problema. El terapeuta en su escucha selectiva detecta los *“organizadores”* y *“marcadores emocionales”* en torno a los cuales están conformados los patrones de percepción-emoción-experiencia somática-conducta. Estos *“organizadores”* y *“marcadores emocionales”* provienen de las experiencias relacionales tempranas que fueron causa de dolor y/o trauma. En la narración del problema, entre los contenidos de la narración, en algún momento emergerán aspectos del material antiguo del sistema profundo y subcortical-somático del cliente. Estos indicios emergentes revelan *“aspectos del material nuclear”* y podrán actuar como *“ventanas de entrada”* a la experiencia profunda. Podemos escuchar conclusiones tales como la *“imposibilidad de atenderme”*, *“no hay espacio para mí”* —en el extracto de terapia más abajo-, *“llorar no sirve de nada”*.

Figura 2. Modelo de Embudo para el Encuadre



Los marcadores emocionales -indicios emergentes- dan intensidad al relato y son manifestaciones de la historia antigua aún viva en el cerebro subcortical y el cuerpo del cliente. El terapeuta observando y señalando estos marcadores emocionales ayuda a que el cerebro del cliente se enfoque, busque y localice el contexto de la historia temprana no actualizada (extracto de terapia: “cuando yo nací mi madre estaba deprimida, estresada y no tenía nada para dar”), y acceda al “material nuclear” que influye la manera de vivir en el contexto actual (la lucha por ser buena madre). El terapeuta al detectar estos marcadores emocionales y los “organizadores” puede ofrecer un “encuadre” por el que mirar en el nivel más profundo (terapeuta: “parece que ser buena madre es todo un asunto en tu vida”), al tiempo que el cerebro pueda situarse en un modo de autoestudio y autoobservación compasiva (mindfulness) y pueda sostener y enfocar la mirada interna en la experiencia dolorosa en un estado de autorregulación en el que es posible el reprocesamiento y la curación. El

encuadre actúa pues como una “mirilla”, “ventana” o “lente” con la que ayudar al cerebro del cliente a enfocar e ir al fondo –se adapta a la imagen de un embudo que va reduciendo su foco para ser cada vez más concentrado-, acceder al material nuclear y a las experiencias fundantes y al contexto histórico; y al mismo tiempo actúa de sostén y de contenedor para el procesamiento de manera que la persona se mantenga observando lo que llega desde el mundo subcortical y somático. Ahora el cliente puede mantenerse más fácilmente en un estado de consciencia dual (el Yo que Observa y el Yo Experiencial) en el que el cerebro subcortical y el cuerpo cuentan una verdad largamente retenida.

Al elaborar un encuadre apropiado facilitamos que el cerebro pueda procesar el “material nuclear” que compone la vivencia (las conclusiones limitadoras, las creencias, las emociones que responden a las necesidades frustradas, la experiencia corporal que la acompaña, las decisiones de supervivencia). El cliente ahora está en condiciones de acoger y procesar la historia que cuenta su cuerpo en su lenguaje de sensaciones, emociones, imágenes, conclusiones y decisiones que expresan la manera en que sobrevivió. Este es el proceso que sostiene un espacio para la autoturación, que Salvador (2017) denomina “La Burbuja Curativa”. El espacio en el que la historia no metabolizada se despierta y comienza a contarse en un modo secuencial: inicio, desarrollo de la trama, desenlace y resolución. Esta historia va desde el contacto y la historia de las defensas hacia el acceso y la descarga de la historia dolorosa de nuestra naturaleza vulnerable y hasta llegar a la emergencia y vivencia de nuestras cualidades naturales de alegría, creatividad, amor, libertad, espontaneidad, coraje... (la transformación). Es en este contar y descargar la historia enterrada que ocurre el proceso de transformación que supone el reprocesamiento: la historia ahora acogida y aceptada por la dimensión del Yo Observador o Yo Esencial (Salvador, 2017) que se apropia y habita su propia experiencia de una manera nueva.

Extracto de Terapia: La Puesta en Práctica

Veamos un trozo de terapia con Constanza, que empezó tratando su sentimiento de culpa por “no ser lo buena madre que quiere”. En el tiempo previo a esta transcripción está exponiendo su experiencia de mucho dolor en el parto de sus dos hijos y su depresión posterior.

Terapeuta (T): *¿Qué estaba pasando en tu vida o cómo era tu vida cuando nació este segundo hijo?* (el terapeuta opta por llevar a la clienta al contexto previo al nacimiento del segundo hijo)

Clienta (C): *Bien, estaba bien. ¿Cuándo nace?*

T: *Sí.*

C: *Hombre, yo tuve un postparto muy duro del segundo hijo. Un parto y postparto muy duro.*

T: *¿Qué lo hacía duro?* (indagación fenomenológica: el terapeuta muestra interés en saber más sobre la experiencia).

C: *Mucho dolor. Un parto de mucho dolor. De mucho aguante por una idea de parto natural, de parir en casa. Mucho dolor. El primero también fue así.*

T: *¿El primero también así?* (repetir la pregunta es una forma elegante de decir “dime más sobre eso”, sin abusar de la interrogación).

C: *El primero fue un parto de mucho dolor, de mucho aguante que terminó en cesárea de urgencia y después del 2º me quedé muy dolorida, desgastada y muy hecha polvo físicamente y con 2 niños pequeños. Un bebe recién nacido y otro... a los dos les daba de mamar, además, al mismo tiempo.*

T: *¡Guau! ¿Y cómo era estar tan cansada, dolorida y tener dos niños que te siguen necesitando tanto?* (la exclamación es una forma de reconocer y valida la intensidad de la experiencia; después se sigue invitando a revelar más de la vivencia fenomenológica).

C: *Difícil, difícil porque desde que creció el segundo yo me he sentido así* (extiende los brazos y balancea) *como tironeada. Como... por uno y otro... con una dificultad de integración realmente. Y me sigo sintiendo así. Como sigo sintiendo que los dos me reclaman para ellos solos o algo así, ¿no?*

T: *Como que te tiran cada uno de un lado.* (Esta intervención expresa la implicación del terapeuta que refleja de nuevo reconocimiento y validación de la experiencia. La intervención condensa la vivencia “veo lo duro que es eso y hay algo importante en tu experiencia”).

C: *Impotente, de no poder darles lo que quieren, lo que necesitan.*

T: *Y tengo la impresión de que eso toca un asunto muy fundamental en ti.* (El terapeuta aprovecha para retomar algo que había salido al principio de la sesión, la preocupación de la cliente por ser buena madre. Esta intervención trata de enfocar en el encuadre sobre lo importante de ser buena madre y la impotencia como “organizador” de la experiencia. A la vez, el modo de preguntar no impone ningún contenido, solo enfatiza la importancia del asunto “ser madre” como “esquema organizador” de la experiencia –ver figura 2. Se siembra la semilla de enfocar “el ser buena madre” como experiencia raíz fundadora).

C: *Sí* (el “sí” de la cliente confirma que la intervención del terapeuta es un encuadre acertado).

T: *He escuchado que sufriste para tener dos partos naturales y entiendo esto como el deseo de ser la mejor madre y darles la mejor experiencia posible.* (Aquí de nuevo el terapeuta reconoce y valida el esfuerzo y sufrimiento por tener un parto natural como el deseo de “ser buena madre”, es una confirmación. “Ser la mejor madre” establece un encuadre para enfocar aún más la búsqueda. Las intervenciones van estrechando el embudo de la experiencia para ayudarlo a ir más al fondo y afinar el enfoque).

C: *(Asiente con la cabeza)*

T: *Así que tu frustración ya nace ahí por lo menos. Queriendo darles esa experiencia, diferente y natural que no pudiste.* (La sintonía aquí se expresa

en el reconocimiento –lo veo- y la validación –veo que es importante- del esfuerzo como el intento de ser buena madre; al mismo tiempo se coloca la semilla de que quizás este intento viene de un tiempo más atrás “ya nace aquí por lo menos”; se estimula el puente afectivo a la experiencia antigua).
C: *Sí, ahora ya no lo vivo tanto así. Como que he podido darle otra vuelta al asunto y desculpabilizarme, un poco por lo menos. Pero sí que había una cosa de ¿por qué yo no puedo?*

T: *Observa qué te respondías a esa pregunta* (El terapeuta en esta intervención impulsa a tomar consciencia de las conclusiones y decisiones de supervivencia adoptadas por la cliente).

C: *No tenía respuesta* (empieza a llorar). (La emoción es en sí una respuesta)

T: *Tenemos que pararnos en esto porque ahora estoy viendo este sufrimiento tuyo.* (Esta intervención contiene reconocimiento –“veo tu dolor”- y validación “y es importante”. El terapeuta con esta intervención invita a dar tiempo, enfocar y profundizar escuchando la historia que expresan las lágrimas, se estrecha el embudo – figura 2).

C: *Sí, cuando nació no estaba bien. Yo me sentí deprimida por un tiempo, supe lo que era una depresión postparto, no me sentí deprimida mucho tiempo, pero sí, al inicio sí hasta que se me fue el dolor físico. Pero luego, la intensidad de la vivencia con los dos pequeños ha sido muy estresante y lo sigue siendo. Y en parte aún siento que estoy deprimida en eso.* (Esta respuesta revela que el marco ofrecido de “ser una buena madre” ha tenido un coste alto y personal para la cliente).

T: *Vamos a mirarlo...* (Con esta expresión se transmite “hay algo de muy importante en esto, quedémonos aquí y démosle tiempo. Es una manera de invitar a estrechar el foco, cerrar el embudo).

C: (Llora. Señal de que la intervención del terapeuta es efectiva)

T: *Está bien que estés en tus emociones, no tienes que ahogarlas. Vamos a escucharlas hasta donde tengan que ser escuchadas.* (Una vez más el terapeuta valida las emociones –las emociones son recuerdos implícitos-manifestando de manera implícita que tienen importancia y una historia que contar al tiempo que manifiesta su actitud de estar presente e interesado e invita al Observador de la cliente).

C: (Llora)

T: *Veamos un poco más lo que pasa en ti cuando estás en esa depresión. ¿Cómo es estar en la depresión?* (Esta validación da paso a enfocar más la experiencia de estar deprimida y estrecha el marco de la experiencia situando la mirada más abajo en el embudo para acceder al material nuclear –figura 2).

C: *Pues cansancio, y como una imposibilidad de atenderme a mí. No hay espacio para mí.* (Aquí se revela la raíz más antigua del esquema organizador: “no hay espacio para mí”; la cliente está llegando al material nuclear.

Esta creencia dolorosa es una conclusión de supervivencia y una “ventana de entrada” a la experiencia más profunda y antigua).

T: *Escucha esa conclusión: “No hay espacio para mí”. Quédate en ella y escucha que más contiene...* (Ahora el terapeuta señala una información y sostiene el proceso para que la clienta pueda observar más enfocadamente toda la importancia de esta vieja conclusión: marcador emocional que revela el material nuclear. Obsérvese que en las fórmulas empleadas por el terapeuta se está dirigiendo reiteradamente tanto al Yo Observador como al Yo que guarda la experiencia “escucha esa conclusión”. Veamos a dónde lleva este señalamiento y el marco propuesto).

C: *No hay espacio para mí. Para mis necesidades, para algunas de mis necesidades.*

T: *Suena como una conclusión muy vieja en tu vida: “no hay espacio para mí”. Porque otros ocupan ese espacio. Cuando resuenas con esa emoción siento que estás conectando con emociones más profundas aún.* (Ahora el encuadre trata de dar un salto de las vivencias fenomenológicas más actuales a la raíz histórica, las memorias fundantes que organizaron la experiencia. En términos de sintonía es el momento adecuado para hacer el puente afectivo al pasado, aquí tenemos una “ventana de entrada” que asoma a la historia antigua. Es el momento adecuado ya que hasta aquí la cliente ha expresado su vivencia actual).

C: *Sí, sí... bueno, me voy a mi infancia y al paralelismo de la experiencia de mi madre, cuando yo nací. Que estaba deprimida, estresada y nada para dar.* (El encuadre tiene éxito y la clienta accede a su experiencia fundante temprana).

T: ¡*Guau! ¡Nada para dar!* (Este señalamiento y validación transmite la importancia del dolor para una niña).

C: *Muy poco, muy poco.*

A partir de aquí la clienta accede al recuerdo infantil de que su madre también estaba muy deprimida cuando ella nació, y cómo tuvo que desarrollar una defensa de dureza de “vivir con poco”. En el extracto podemos ver cómo las intervenciones del terapeuta están dirigidas a que la cliente entre en contacto más profundo con su experiencia, pueda conocerla, expresarla e invitar a emociones más profundas a contar la historia que estaba encapsulada. Todas las intervenciones se dirigen a orientar la búsqueda hacia su proceso interno, haciendo señalizaciones sobre los indicios del material nuclear y elaborando encuadres. A lo largo del proceso, el terapeuta invita a la cliente a quedarse sobre sus emociones intensas para que éstas puedan expresar parte de la historia que tienen. También podemos observar cómo cada intervención del terapeuta se basa en la respuesta que acaba de dar la cliente. Esta es la forma de mantener la sintonía, no se abren nuevos caminos, sino que se invita a profundizar y a entrar en contacto con lo que fue acallado. La implicación del terapeuta se muestra constantemente a través del genuino interés—manifestado

tanto en las exclamaciones que señalan la importancia de algo, como en las intervenciones de validación y reconocimiento.

En este extracto vemos cómo la tarea del terapeuta ha ido la exploración y consciencia sobre los fenómenos psicológicos (sensaciones, emociones, cogniciones) vividos en el contexto presente, lo que se está manifestando en el momento de la sesión y que está conectado con el deseo de tratar de ser “una buena madre” y “la impotencia” (organizadores), hasta poder llegar al contexto histórico: cómo la cliente vivió la desatención de su propia madre porque también estaba deprimida (experiencia fundante o raíz). Asimismo, en el proceso de investigación se explicitan las decisiones de supervivencia: “*no hay espacio para mis necesidades; no hay nada para dar*” (y más adelante “*tengo que ser dura para no necesitar*”); este es el material nuclear que ha de ser reprocesado ahora. Vemos cómo en la medida que el terapeuta se mantiene presente e implicado, puede elaborar sus intervenciones de acuerdo con el material que se va despertando, simplemente lo espera y lo acoge en sintonía. En el transcurso de la indagación se va entrenando también la capacidad de la cliente de estar presente en su propia experiencia –modo de autoestudio-, de observarla, conocerla, aceptarla... El contacto interpersonal es el puente al contacto interno (Bollas, 1979; Orange et al., 1997; citados en Erskine, 1999/2012); construyendo así paulatinamente un vínculo interno entre el Observador del paciente y su Yo Experiencial.

Durante este tiempo de sesión se ha puesto de manifiesto el esquema organizador de la experiencia “ser buena madre” (figura 2). La vivencia fundante “*como niña recién nacida no tenía una madre disponible y nutritiva*” conformó el esquema organizador de cómo percibir y sentir la relación madre-hijo que luego conformó su determinación a “ser una buena madre”. Con todo ello tenemos un encuadre óptimo y la activación necesaria para pasar a la fase de reprocesamiento, de escucha desde el lenguaje somatosensorial, y promover una cura transformadora. Ahora la cliente ha descubierto el contexto original del que viene su vivencia y ha desarrollado una actitud observadora que le facilitará el reprocesamiento en mindfulness y una consolidada sintonía relacional.

Referencias

- Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En J. Bleger (ed.), *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico* (pp.237-250). Paidós. <http://www.fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/bleger.pdf>
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza: Neurobiología de la emoción y los sentimientos* (J. Ros., Trad.). Crítica. (Trabajo original publicado en 2003)
- Damasio, A. (2001). *La sensación de lo que ocurre* (F. Páez de la Cadena. Trad.). Debate. (Trabajo original publicado en 1999)
- Damasio, A. (2011). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano* (J. Ros., Trad.). Destino. (Trabajo original publicado en 1994)
- Damasio, A. (2018). *Y el cerebro creó al hombre. ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?* (F. Merle Ortí, Trad.). Destino. (Trabajo original publicado en 2010)

- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una terapia de contacto-en-la-relación* (N. Mestre Madrid, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior: a neuropsychological theory* [La organización del comportamiento: una teoría neuropsicológica]. Wiley.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique* [Automatismo psicológico]. Félix Alcan editeur.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions* [El cerebro trino en evolución: el papel de las funciones paleocerebrales]. Plenum Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions* [Neurociencia afectiva: los fundamentos de las emociones humanas y animales]. Oxford University Press.
- Panksepp, J. (4 de febrero de 2010). *Neurociencia de la afectividad: desde el exilio*. <https://www.desdelexilio.com/2010/02/04/neurociencia-de-la-afectividad-entrevista-a-jaak-panksepp/>
- Panksepp, J. (2011). Cross-species affective neuroscience decoding of the primal affective experiences of humans and related animals [Decodificación de neurociencia afectiva entre especies de las experiencias afectivas primarias de humanos y animales relacionados]. *PLOS ONE*, 6(9), e21236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021236>
- Panksepp, J., Asma, S., Rami, G. y Greif, T. (2012). Philosophical implication of affective neuroscience [Implicación filosófica de la neurociencia afectiva]. *Journal of Consciousness Studies*, 19(3-4), 6-48. <https://www.psychologytoday.com/sites/default/files/attachments/109303/jcs-articlefinal.pdf>
- Piaget, J. (1968). *Los estadios del desarrollo intelectual del niño y del adolescente*. Revolucionaria.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system [La teoría polivagal: sustratos filogenéticos de un sistema nervioso social]. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146. [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(01)00162-3)
- Salvador, M. C. (2008). El guion de vida en el cuerpo. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 59, 238-246. http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_59.pdf
- Salvador, M. C. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16. <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/867/s/el-trauma-psicologico-un-proceso-neurofisiologico-con-consecuencias-psicologicas/category/3/>
- Salvador, M. C. (2017). *Más allá del yo, encontrar nuestra esencia en la curación del yo*. Eleftheria.
- Spitz, R. (1959). *A genetic field theory of ego formation. Its implications for pathology* [Una teoría del campo genético de la formación del ego: sus implicaciones para patología]. The New York Psychoanalytic Institute.

LA CO-CONSTRUCCIÓN DE CANCIONES COMO TESTIMONIO DE HISTORIAS DE CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO

THE CO-CONSTRUCTION OF SONGS AS A TESTIMONY OF STORIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC CHANGE

Alejandro Cifuentes-Muñoz

Universidad Autónoma de Chile. Chile

Agradecimientos a CONICYT Chile por beca de financiamiento para Doctorado Nacional

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1767-5517>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Cifuentes-Muñoz, A. (2021). La Co-construcción de canciones como testimonio de historias de cambio psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 197-215. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.423>

Resumen

Este artículo se propone fundamentar de forma teórico-práctica el uso y construcción de canciones en la fase de cierre de procesos psicoterapéuticos. Se sostiene que una canción co-construida puede ser una forma de testimonio de las historias de cambio terapéutico que narra un consultante al finalizar un proceso psicoterapéutico exitoso. De tal manera, se realiza, en primer lugar, un análisis de los supuestos epistemológicos que fundamentan la propuesta, así como una revisión de antecedentes sobre el uso de la música en psicoterapia y sus beneficios. Posteriormente, se presentan tres experiencias psicoterapéuticas en las que se aplica la propuesta, realizando un análisis de contenido del relato de los consultantes en torno a su experiencia con las canciones. El análisis sugiere que las canciones se asocian a emociones positivas, tienen una función asignada por los consultantes y diferentes posibilidades de audiencia. Se concluye reflexionando sobre la innovación, el uso del poder y la importancia de la epistemología en psicoterapia.

Palabras clave: Psicoterapia, canciones, co-construcción, epistemología, testimonio

Abstract

This paper gives a theoretical and practical foundation about the use and construction of songs in the last period of the psychotherapy process. It's thought that songs co-constructed can be a type of testimony of therapeutic stories of change. Therefore, the first part of this paper shows the epistemological assumptions of the proposal and some backgrounds about music and therapy. The second part presents three psychotherapeutic experiences to exemplify the proposal. Also, It is realized a content analysis of the experience of patients with its songs. The analysis shows that songs are associated with positive emotions, It has a function and different audiences. Finally, some reflexions are realized about innovation, power use and epistemology in psychotherapy.

Keywords: Psychotherapy, songs, co-construction, epistemology, testimony

Fecha de recepción: v1: 22-8-2020, v2: 24-10-20, v3: 15-11-20. Fecha de aceptación: 8-12-20.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: alejandro.cifuentes@uautonoma.cl

Dirección postal: 4 Norte #95, Campus Alameda, Talca, Chile.

© 2021 Revista de Psicoterapia



Es posible referir, en términos generales, que un principio transversal a cualquier proceso psicoterapéutico, independiente de su aproximación teórico-clínica, es promover un cambio en el consultante. Un cambio psicoterapéutico abarcaría desde el sufrimiento inicial que aqueja la vida de una persona, llevándole a solicitar apoyo a un profesional psicólogo, hasta la fase final del proceso psicoterapéutico, donde aquel sufrimiento se ha disuelto y prima el bienestar –vale referir, si el proceso es exitoso–, el cual terapeuta y consultante buscan consolidar y mantener.

Desde esta perspectiva, una de las fases más relevantes en un proceso psicoterapéutico es la etapa de terminación o fase de cierre del proceso por al menos tres razones: por las connotaciones clínicas y emocionales que conlleva, tanto para el terapeuta como para el consultante (Vélez y Restrepo, 2008); porque según cómo se viva esta fase por parte del consultante dependerá cómo será recordado el proceso (Craigie, 2006) y fundamentalmente; porque en esta etapa se busca anclar los cambios presentados a lo largo de la psicoterapia, así como dar testimonio de ellos (Sluzki, 1995). Este artículo converge particularmente en esta tercera razón, donde la fase de cierre se configura como un período para afianzar los cambios psicoterapéuticos y anclarlos mediante un testimonio.

¿Un testimonio? Un testimonio es una declaración que tiene como fin demostrar o asegurar la veracidad de un hecho por haber sido testigo de él. Según la Real Academia Española, un testimonio es una prueba, justificación y comprobación de la certeza o verdad de algo (RAE, 2020a). En consecuencia, el hecho del que se es testigo en un proceso de psicoterapia es el cambio terapéutico o particularmente, la historia de cambio terapéutico, y como testigos, tanto terapeuta como consultante pueden dar cuenta de él en forma de testimonio.

Pero ¿de qué maneras se puede dar testimonio en psicoterapia? El cómo hacerlo es relativo a cada enfoque terapéutico y no en pocas ocasiones a la creatividad e innovación del psicoterapeuta. La presencia de algunos objetos representativos del cambio terapéutico contruidos en el proceso –tangibles o no– a los cuales se les pueda asignar un significado como: diplomas, amuletos, cartas terapéuticas, dibujos, escudos, metáforas o respuestas de testigos externos (White, 2016), son frecuentes en esta fase de cierre y representan algunas formas de testimonio.

En este artículo se considera que la co-construcción de canciones –con su letra y música– pueden ser utilizadas como objetos terapéuticos y como testimonios, específicamente cuando su construcción es un producto del propio proceso terapéutico. Es por tanto que se considera que la construcción de canciones junto a los consultantes en la fase de cierre se configuraría también como un medio de testimonio de sus historias de cambio terapéutico, es decir, de los nuevos significados que las personas tienen de *sí mismas* al término de una psicoterapia. En el desarrollo del texto se justificará teórica y epistemológicamente esta afirmación.

Poner el foco en la nueva forma de narrar las historias de las personas y los significados que se construyen a través del lenguaje en terapia, representa principalmente la inquietud de los denominados *enfoques narrativos*, como la terapia

narrativa (White y Epston, 1993), la terapia dialógica – colaborativa (Anderson, 1997) o la terapia sistémica centrada en narrativas (Zlachevsky, 2003, 2015), entre otras. El acento desde esta perspectiva se encuentra en las historias de cambio, de las cuales es relevante dar testimonio de alguna forma.

Por consecuencia, el norte de este artículo es presentar una de muchas formas posibles de dar testimonio de las historias de cambio terapéutico a través de la co-construcción de canciones en la fase de cierre. Para tal fin, en una primera sección se presentan los fundamentos epistemológicos en los que se enmarca la experiencia. Posteriormente se presenta una conceptualización de la música y sus aportes terapéuticos, para luego dar paso a la presentación de una propuesta de cómo llevarlo a cabo mediante la descripción de los elementos clave a considerar en el proceso de co-construcción de canciones. Finalmente, se ejemplifica el proceso con la presentación de tres testimonios de historias de cambio psicoterapéutico –las canciones co-construidas–, y se analizan los significados que emergieron en los consultantes con la experiencia mediante un análisis de contenido de aproximación hermenéutica.

Epistemología de la Constructividad

Declaración de Principios

Primero. Es relevante declarar el posicionamiento del investigador/terapeuta respecto al tema investigado, particularmente en torno a la relación de este con la música. Las canciones, uno de los principales focos y productos del presente artículo, se co-construyen en respuesta a una pasión o preferencia personal del terapeuta, que se relaciona con su propia onto-epistemología y sistema de significados. Las canciones se distinguen a través de él como un medio útil que es susceptible de ser utilizado en terapia. En consecuencia, las canciones son compuestas, interpretadas y cantadas por el terapeuta. La formación y conocimientos musicales del terapeuta se configuran de forma autodidacta y exploratoria. Posee conocimientos funcionales de algunos instrumentos, así como de *software* de grabación y edición musical.

Segundo. No es parte del objetivo de este artículo describir en detalle el proceso psicoterapéutico que se lleva a cabo en cada caso, ya que el foco está puesto en el proceso de co-construcción de una canción como testimonio de cambio en la fase final de él, no obstante, se considera relevante dejar en antecedente que el modelo clínico utilizado en todos los casos se basa en la Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas (véase Zlachevsky, 2003, 2015).

Constructividad

La experiencia por presentar se asienta en las bases de la *constructividad* (Zlachevsky, 2015). Para comprenderla hay que situarse en un nivel epistemológico, es decir, adentrarse en las explicaciones o ideas que el observador tiene acerca de cómo se construye u opera la realidad. La epistemología o teoría del conocimiento

es una subdisciplina de la filosofía que se dedica al estudio de la naturaleza, alcance y validez del conocimiento humano (Otero y Gibert, 2016). Desde la perspectiva psicoterapéutica, en este nivel se busca responder si el terapeuta cumple un rol activo o no en la construcción de realidad del consultante.

La constructividad busca dejar atrás los históricos enfrentamientos intelectuales entre el constructivismo y el construccionismo convergiendo en sus puntos comunes. Por tanto, pone sobre la mesa la importancia de hacerse cargo de las operaciones de distinción que realiza un terapeuta al atender a un consultante, yendo más allá de la consideración objetiva de la realidad y de que las distinciones realizadas por un observador sean sinónimo de verdad. Desde esta perspectiva epistemológica, se acepta que los fenómenos no son independientes de quien los significa, considerando al observador como un participante activo en el acto de conocer (Zlachevsky, 2008), por ende, también de la realidad del encuentro terapéutico.

La constructividad considera que la realidad es socialmente construida a través del lenguaje, asumiendo que no es posible tener un conocimiento objetivo y directo del mundo, sino solo acceder a él con base a la interpretación o significado de nuestra experiencia, cuestionando constructos como la verdad, lo real y la objetividad. Las conceptualizaciones, descripciones y significados que hacemos del mundo se construyen a través del lenguaje como producto de las relaciones entre las personas y sus interacciones lingüísticas (Cifuentes-Muñoz y Rojas-Jara, 2018).

Narrativas

Como se ha dejado apreciar, el lenguaje es fundamental desde la constructividad, ya que con él emerge la realidad y los significados acerca de ella. Es importante aclarar que el lenguaje no está limitado a lo establecido por las definiciones tradicionales como un “conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente” o un “estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular” (RAE, 2020b), sino que desde esta perspectiva, se considera un producto de acciones entre las personas, así como sus coordinaciones relacionales (Zlachevsky, 2008) o como plantea Maturana (1997), como un proceso que no tiene lugar en el cuerpo, sino en el espacio de coordinación de coordinaciones conductuales consensuales donde se incluye incluso lo no dicho.

Siguiendo tal lógica, es posible referir que las narrativas emergen gracias a las distinciones que hacemos de la realidad por medio del lenguaje. Una narrativa, según Sluzki (1996), es un sistema de significados compartidos constituido por actores o personajes que incluye un guion, un escenario y un sentido. Una narrativa es una historia, un relato que emerge en, con y gracias al lenguaje.

El enfoque narrativo en psicoterapia se centra en el sentido de un relato y la forma en cómo este se fue construyendo con otros en la convivencia, poniendo énfasis en la importancia del lenguaje, en las significaciones conjuntas y en las creencias de los distintos dominios de existencia en los que las personas se desenvuelven y habitan (Zlachevsky, 2003). En los enfoques narrativos el foco de atención deja de

ser el individuo, la familia o la red social como tal. Este está puesto en las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, en las narrativas (Sluzki, 1996).

Identidad

Existen diversas teorías acerca de la construcción de identidad, sin embargo, para el fin de este artículo, esta será abordada aquí desde su relación con las narrativas. Para comprender qué es la narrativa y su relación con la construcción de identidad, es necesario reflexionar sobre el concepto de *self* o *sí mismo* que conlleva la narración. Goolishian y Anderson (2005) refieren al *self* como narrador, entendiendo que el *sí mismo* es el resultado del proceso humano de producción de significado por medio de la acción del lenguaje.

En palabras concretas, el *sí mismo* es la manera en que nos contamos historias respecto a qué somos y quiénes somos mutuamente, tanto con nosotros mismos como con otros, incluyendo las historias que otros relatan de nosotros mismos. De tal forma, la narrativa, como constitutiva del *self*, es una manera de contar nuestra propia individualidad de forma cambiante; no fija en un espacio ni en un tiempo, dando cabida a la construcción de nuestra identidad. Anderson (1997) señala que:

Narrativa es la forma en que organizamos, explicamos, damos sentido y comprendemos, es decir, damos estructura y coherencia a las circunstancias y sucesos de nuestra vida, los fragmentos de nuestras experiencias e identidades propias para y con nosotros y otros (p. 227).

Relevancia del Testimonio

Hasta el momento se ha expuesto cómo se construyen los significados, narrativas o historias a través del lenguaje, pero ¿por qué es relevante dar testimonio de una historia de cambio psicoterapéutico? Con la respuesta a esta pregunta se pretende recapitular lo expuesto en este apartado y aplicar dichos elementos a la práctica psicoterapéutica.

Cuando una persona acude a un psicoterapeuta es porque ha significado –o dado una interpretación de– su experiencia a través del lenguaje de una manera particular. Generalmente estos significados están centrados en el dolor o sufrimiento, es decir, en una emoción displacentera que le lleva a pedir apoyo profesional. Estos significados particulares, al ser compartidos con otros en los diversos contextos en los que se desenvuelve el consultante (pareja, familia, amigos, trabajo, etc.) generan una narrativa, es decir, una historia que el consultante se cuenta a sí mismo y a los demás –y que los demás cuentan de él–, por lo tanto esta forma de narrar(se) converge en una identidad particular, una forma de significar(se) que está centrada en los problemas que le aquejan, en su dolor.

En palabras de White y Epston (1993), lo referido en el párrafo anterior correspondería a una historia dominante o un relato saturado de problemas. Para hacerle frente, se debe promover la visibilización de una historia alternativa más saludable

y menos dolorosa, que favorezca la deconstrucción de la historia dominante o el cambio de su perspectiva. Esta historia alternativa, descentrada del sufrimiento, se co-construye junto al terapeuta generando nuevos significados de la experiencia, convergiendo al final del proceso psicoterapéutico, en una historia de cambio, una nueva historia donde el dolor no es el foco sino el bienestar, donde existe una nueva forma de narrar(se) y significar(se). Esta nueva historia debe preservarse, asentarse y mantenerse ya que representa una nueva identidad en el consultante. Para tal tarea dar testimonio de ella es relevante.

Sluzki (1995) refiere que la culminación de un proceso terapéutico debe centrarse en afianzar los nuevos relatos. El terapeuta debe escoger una forma de anclar las nuevas historias a través de tareas o actividades específicamente diseñadas para reconstituir y reconfirmar estos nuevos relatos, es decir, anclar las historias dando testimonio de ellas. Por consecuencia, el medio de testimonio con el cual el terapeuta busca favorecer los nuevos relatos y la historia de cambio de los consultantes en esta experiencia es la co-construcción de canciones, es decir, la música.

Música y Psicoterapia

Música

La música puede ser entendida como el arte de organizar sensible y lógicamente una combinación coherente de sonidos y silencios utilizando los principios fundamentales de la melodía, la armonía y el ritmo (León-León et al., 2011). Al referir que es un arte, se dota a la música de un componente expresivo, y, por ende, comunicativo. La música, por tanto, se configuraría como un medio de comunicación, una forma de lenguaje.

La música emerge al alero de tradiciones históricas y socioculturales particulares, existiendo diversos tipos de clasificaciones que la agrupan en géneros o estilos (Ulrich, 1987) como: música culta o clásica de conservatorio; música folclórica o tradicional que se transmite oralmente y está culturalmente situada a las tradiciones y los valores de un pueblo; y música popular que es opuesta a la música clásica y se diferencia de la música tradicional ya que no se identifica con culturas o pueblos particulares. Las canciones de género popular presentan una estructura sencilla y de corta duración, no demandando conocimientos elevados en música para ser compuestas o interpretadas. Las canciones populares –género en el que se enmarcan las canciones co-construidas en esta experiencia– son aquellas que son fáciles de memorizar y que el oyente relaciona con algún momento de su vida (Ulrich, 1987).

Aportes desde la Musicoterapia

Una referencia obligada entre música y terapia es la musicoterapia. Esta, en términos generales, corresponde al uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos (Pérez, 2010). La Musicoterapia se fundamenta y apoya en dife-

rentes teorías de la tradición psicoterapéutica (Villamizar, 2013), como: la teoría psicoanalítica y sus derivados, donde la música es usada para liberar pulsiones sexuales y agresivas reprimidas; la teoría humanista y existencial, donde la música ayuda al hombre a desarrollar la capacidad de razonamiento y comunicación; la teoría transpersonal, donde la música se emplea para ayudar al hombre a alcanzar estados alterados de conciencia; y la teoría conductista, en la que la música ayuda al individuo a sustituir asociaciones inadecuadas por otras más ajustadas. No existen antecedentes que relacionen a la musicoterapia con los enfoques narrativos, no obstante, los aportes de esta van más allá de sus sustentos psicoterapéuticos.

Los aportes más importantes de la musicoterapia se centran en las investigaciones de los efectos terapéuticos de los parámetros musicales en el ser humano (Jauset, 2011). Por ejemplo: 1) *el ritmo* afecta directamente la dimensión físico-corporal, donde ritmos lentos invitan a la quietud y ritmos rápidos a la euforia y activación. 2) *La melodía* afecta la emocionalidad, donde la variación melódica invita a la alegría y la monotonía melódica a la tristeza. 3) *La armonía*, que promueve estados de serenidad, y, por el contrario, la disonancia que promueve la irritabilidad y ansiedad. 4) *El tono*, donde tonos graves producen un efecto calmante y relacionado a la tristeza y tonos agudos, son estimulantes y tienen relación con la percepción de alegría. 5) *La tonalidad*, en la que acordes mayores promueven la alegría y euforia y acordes menores la melancolía y tristeza. 6) *El volumen*, que puede modificar cualquiera de los parámetros anteriores según su intensidad y finalmente, 7) *el silencio*, que provoca determinadas respuestas emotivas como, por ejemplo, que el patrón respiratorio, el ritmo cardíaco y la presión sanguínea disminuyan con la ausencia del sonido. Algunos de estos parámetros musicales son considerados en la fase de composición de las canciones de testimonio.

Experiencias Psicoterapéuticas Narrativas a través de la Música

La terapia narrativa (White y Epston, 1993), particularmente, ha desarrollado algunas experiencias en torno a la utilización de herramientas musicales en terapia que son importantes de mencionar. Dentro de ellas, Wever (2009) documenta el uso de canciones en contextos terapéuticos carcelarios. Establece que la creación de una canción no es al azar, y que confluyen algunos elementos como: 1) la presencia de una historia o tema que conmueve al terapeuta, 2) se juzga que la documentación en forma de una canción tendrá significado para el consultante y 3) se cuenta con la energía para llevar a cabo la creación. La autora establece que escribir canciones es una forma particular de ser testigo y dar testimonio de historias alternativas (Wever, 2009).

Por su parte, Hegarty (2009) describió la práctica de escribir canciones en un programa comunitario de jóvenes adictos a la heroína. Optó por escribir canciones como re-narraciones de las conversaciones grupales con el afán de que los significados generados en ellas pudieran ser recordados más tarde por los jóvenes. Para escribir las canciones, Hegarty (2009) señala que toma apuntes de todo lo

que se dice en sesión de forma textual, limitándose a usar las propias palabras de los integrantes del grupo.

Finalmente, Denborough (2002) compuso canciones junto a comunidades aborígenes. Su objetivo era dejar registro de las historias valoradas por el grupo, las habilidades y conocimientos de la comunidad, documentando musicalmente sus historias alternativas. Denborough (2002) señala que el uso de la música y el canto tiene efectos que la palabra escrita no tiene; las canciones incluso se pueden bailar, refiere. En algunos contextos la palabra escrita no es accesible a todos, mientras que las canciones y la música pueden ser comprendidas por la mayoría de las personas de una comunidad.

Según Denborough (2002), existen algunas características centrales que debiera tener una canción: Las letras están compuestas por las palabras pronunciadas por la comunidad, la estructura de acordes es fácil de enseñar, la melodía puede ser cantada fácilmente, el ritmo es simple y claro, el coro es fácil de memorizar, la comunidad reconoce que las palabras son propias, la construcción de la canción es colaborativa incluyendo el título, su comienzo y su fin. Si hay un “truco” para escribir canciones, es en el cruce de la melodía y las palabras. Estos son los dos elementos que deben unirse de una manera significativa (Denborough, 2002).

El denominador común de las experiencias presentadas en este apartado es que llevan a cabo prácticas terapéuticas a través de la co-construcción de canciones. Estas, como se ha podido apreciar, no se limitan a lo individual, sino también a prácticas colectivas donde las canciones son usadas como testimonio de la versión preferida de las personas y/o colectivos, promoviendo las historias alternativas y/o de cambio (Austin, 2008; Denborough, 2008; Duvall y Bres, 2011; Carlson, 1997; Heat y Arrollo, 2014). En la experiencia que se presenta en este artículo, las canciones co-construidas convergen, particularmente, en un producto final de la psicoterapia, representando una historia de cambio y un medio de testimonio. Es decir, no se realiza la intervención terapéutica a través de ellas.

Co-construcción de Canciones

A continuación, se presentan en detalle, las características y/o elementos clave del proceso de co-construcción de canciones basados en parte de las experiencias de Denborough (2002), Wever (2009) y Hegarty (2009), no obstante, se incluyen modificaciones y/o incorporaciones del propio terapeuta en el desarrollo de la experiencia, que se consideraron relevantes y congruentes epistemológicamente. Al referir el concepto de *co-construcción*, se está dando realce al carácter colaborativo, generativo y compartido de un significado construido, entre un psicoterapeuta y un consultante. Los elementos o consideraciones clave del proceso son:

Dedicación extra-terapéutica. La construcción de las canciones se lleva a cabo en el espacio extra-terapéutico. Es necesario dedicar tiempo para su composición y para plasmar de forma coherente la historia de cambio inserta en ellas. No obstante, hay momentos en que éstas se presentan dentro de la sesión, lo que tiene relación

con el punto de representatividad de la historia que será detallado posteriormente.

Canciones de esperanza. Se denominan de tal forma, ya que son canciones que están centradas en los recursos de los consultantes, y no representan, bajo ningún punto de vista, las limitaciones o carencias que pudiesen dar fuerza al problema.

Historias narradas en primera persona. El tipo de narración de la canción es muy relevante. Esta siempre es narrada en primera persona en congruencia con el género del consultante, independiente si el sexo del terapeuta es distinto al de este, como ocurrió en los tres casos a presentar. Esto otorgaría un mayor sentido de pertenencia de la propia historia.

Citas textuales de los consultantes. La letra de las canciones no es escrita al azar o en base a lo que el terapeuta quiera expresar respecto a los consultantes. Las canciones están escritas con citas textuales, o a veces parafraseadas, de los consultantes. Estas se extraen de las notas de sesión registradas por el terapeuta respecto al proceso terapéutico, a los significados de los consultantes y a sus historias de cambio.

Sistema de creencias. En congruencia con el punto anterior, las citas textuales elegidas responden al sistema de creencias de los consultantes, es decir, en base a lo que ellos distinguen como importante, y debe ser congruente con su ontología personal –o forma de concebir el mundo– de lo contrario la representatividad se ve limitada.

La representatividad de las historias. Es muy importante realizar acciones concretas que aseguren que lo que el terapeuta está distinguiendo a través de los elementos lingüísticos seleccionados para la construcción de la canción sean representativos de las historias de cambio de los consultantes desde sus propios términos. Esto se configura como una forma de favorecer el proceso cooperativo de construcción de la canción. Para ello se presentan en sesión bosquejos o borradores estructurados de las canciones. De tal manera, se pregunta directamente si tal descripción sobre su historia les representa, si desean hacer alguna crítica, sugerencia o cambiar algunas frases.

Títulos. Los consultantes son los responsables de poner los títulos a sus historias, por consecuencia, a sus canciones. El título es un concepto lingüístico que sintetiza la historia de cambio de los consultantes y debe representarles en base a su sistema de creencias. “*Libélula azul*”, “*esta soy yo*” y “*renacer*” son los títulos que las consultantes construyeron para sus canciones e historias en esta experiencia.

Historias con trama cronológica. Es importante que las historias tengan un orden cronológico que otorgue cierta estructura en su presentación. Esto se relaciona directamente con el orden de presentación de las narrativas de los consultantes. Primero, se exponen las historias o significados previos al proceso psicoterapéutico –historias dominantes superadas– y posteriormente, las nuevas narrativas –historias alternativas– que dan cuenta del cambio terapéutico. El tiempo verbal es relevante para la cronología de un relato. Es por ello por lo que se realizan conjugaciones verbales en *pasado*: en referencia a lo superado, lo sobrevivido; en *presente*: en

base a los nuevos significados co-construidos explícitos; y en *futuro*: es decir, en torno a la esperanza, a la nueva forma de seguir emergiendo en la praxis cotidiana fundamentada en la historia de cambio.

Historias vinculadas a terceros significativos. Los significados no se construyen de forma aislada, sino en relación, en la interacción lingüística. Existen diversas personas significativas en la historia de los consultantes que colaboran en la construcción o de-construcción de sus narrativas (significados compartidos). Por ende, se considera que estas personas deben ser incorporadas en las historias que representan el cambio de los consultantes, ya sea personas importantes en el propio proceso psicoterapéutico o en sus historias de vida. Los hijos son los principales terceros significativos presentes en las historias de cambio co-construidas en esta experiencia.

Parámetros musicales. Como se ha referido, la música tiene diversos efectos en las personas en base a la combinación que se realice de ciertos parámetros musicales. Esto otorga la guía para la composición musical de las canciones, considerando principalmente: 1) *Armonía*. Se utiliza preferentemente una melodía suave y dulce que invite al relajamiento y contacto con emociones placenteras. 2) *Ritmo*. Se comienza con un ritmo lento que facilite el contacto con las historias superadas y se culmina con un patrón más rítmico y rápido consecuente con la nueva historia. 3) *Acordes*. La progresión de acordes comienza generalmente con secuencias menores y culmina con secuencias de acordes mayores, ya que estos invitarían a la alegría y esperanza, en congruencia con la nueva historia narrada. De tal manera, la configuración de la canción es única y al ser una canción que cabe dentro del género *popular*, se caracteriza por su simpleza y facilidad de ser aprendida y reproducida.

Relación entre letra y música. En consecuencia con la idea anterior, en los coros de las canciones deben cambiar los parámetros musicales. Los coros representan los significados que para las personas son relevantes en su nueva historia, los que deben destacar de lo que se ha narrado hasta el momento. Estos nuevos significados se co-construyen en sesión a lo largo de todo el proceso, en congruencia a los objetivos terapéuticos. Por tanto, se busca lograr una asociación entre estos significados relevantes y los parámetros musicales, evocando en ella emociones de carácter positivo.

Producto co-construido. Si bien la música es compuesta por el terapeuta, las letras de las canciones son el aporte de los mismos consultantes, ya que estas son sus propias historias de cambio. Las distinciones en el papel son propuestas, en una primera instancia, por el terapeuta en base a citas textuales, sin embargo, estas se encuentran en todo momento sujetas a la evaluación de representatividad por parte de los consultantes, por ende, sujetas a cambios y/o sugerencias. El proceso de co-construcción de canciones se plantea a los consultantes de la siguiente forma: “*Ud. aporta la letra, que es su historia. Yo, por mi parte, la música*”. En el caso que los consultantes manifiesten preferencias y/o conocimientos musicales es beneficioso incluir tal información y/o habilidades en la composición.

Entrega de historias y canciones. Los productos finales, es decir, las canciones y sus letras, son entregados a los consultantes. La vía de entrega es diversa y se relaciona con elementos contextuales del propio proceso. Normalmente se hace entrega, en la última sesión del proceso psicoterapéutico, de la letra impresa y un CD con la canción co-construida. Es relevante contar con la posibilidad de escucharla en conjunto (terapeuta y consultante) en la última sesión con el fin de registrar algunas impresiones, no obstante, también es factible hacer envío de ambos productos por *e-mail*, si se acuerda entre las partes.

Tres Canciones, Tres Historias, Tres Testimonios

En este apartado se presentarán las canciones co-construidas en la fase final de tres procesos psicoterapéuticos distintos en base a las consideraciones previamente expuestas (se adjunta un *link* con el audio de las canciones en las notas de cada figura). Para facilitar la comprensión de los casos se presentará una breve contextualización de cada proceso. No obstante, cada canción es *per se* una historia de cambio que incorpora el contraste de la historia previa y la actual, permitiendo comprender las historias de los consultantes sin tener elevados antecedentes del caso.

Consultante 1

Consultante adulta de sexo femenino que refiere problemas en el contexto familiar. Tiene un hijo adolescente con trastorno del espectro autista al cual ha cuidado personalmente desde su nacimiento. Menciona que su vida está al servicio de todos los demás, pero no de ella, por lo cual se siente postergada. Además, refiere sentirse poco valorada por su marido, con el que tiene importantes problemas de comunicación. Siente miedo, angustia, tristeza y posee una visión limitada de sus recursos y fortalezas personales (ver figura 1).

Figura 1. *Libélula Azul* (Por C. G.)

Si, me sentí cobarde,
Lloraba todo el día,
Parece que no había una salida.
Tenía miedo, de lo que pensaras de mí,
Y de seguir suponiendo
Lo que al otro le pasaba.
Me sentía limitada a ser madre o nana,
Poco valorada,
Pero yo sabía,
Cuanto importaba.

Y me decidí, lo tenía que decir
Y lo intenté, una y otra vez.
No fue fácil les diré,
Pero lo logré,
Y en una carta,
Que me costó mas de una lágrima,
Lo declaré.

*Y me liberé, me liberé
De eso que por años guardé,
De ese peso que cargué.
Un ciclo yo cerré,
Fue un antes y un después.*

Y me sentí libre, aliviada,
Tuve las respuestas que necesitaba.
Las palabras no cuidé,
Por primera vez
Simplemente fui yo.
Y no digo que soy la misma que era
Pero me acerco bastante a ella,
Por que sé lo que valgo, me siento grande,
Soy considerada y por mi misma valorada.
Ya no tengo miedo a decir que no,
No me siento perdida entre escobas y niños,
No me arrepiento de mi decisión,
Ahora sé quien soy.

Estoy volviendo a la base
de las cosas importantes,
A ponerme por delante.
Y cómo olvidar a mi maestro
Del que aprendo en todo momento.
Por lo logrado, el futuro y el ayer,
Muchas gracias, Javier.

Nota. Escuchar canción en el siguiente enlace: <https://soundcloud.com/alecifu07/libelula-azul>

Consultante 2

Consultante adulta de sexo femenino con antecedentes de diversos procesos judiciales respecto a la tuición de su hija. Estas demandas de tuición son efectuadas por su expareja quien cuestiona continuamente el rol de madre de la consultante, no obstante, estas han sido desestimadas por tribunales. La consultante cuenta con los cuidados permanentes de su hija, sin embargo, se siente constantemente amenazada, insegura, con miedo y angustia por los constantes hostigamientos de su exmarido respecto al ejercicio de su maternidad. Esto la lleva a cuestionarse a sí misma sobre el tipo de madre que es, no teniendo claridad de cómo abordar sus emociones displacenteras y la situación desventajosa que describe (ver figura 2).

Figura 2. Esa soy yo (Por F. L.)

Hubo un tiempo en el que tuve miedo,
tuve rabia,
dudaron de mí,
de quién era,
como si supieran,
la madre que era.
Pero sé que cuando mis hijos crezcan
no me pasarán la cuenta
porque superé el espiral
de la rabia y la victimización.

*Y hoy, nadie me dirá quién soy,
me siento excelente,
me siento segura de seguir adelante.*

Aprendí a enfrentar mis miedos,
a valorarme,
a encontrar otras formas de relacionarme,
a hacer las cosas bien.
Lo logré, gracias a mí, a mi estima,
a mis hermanos, a mis hijos.
Hijos, que no son un trofeo por el que
competir,
Son el vínculo fuerte y eterno
que me impulsa a vivir, a seguir.

*Y hoy, nadie me dirá quien soy.
Sobreviví.
Lo que me dañó, en fuerza convertí,
para guiar a quien necesite hoy de mí.*

Nota. Escuchar canción en el siguiente enlace: <https://soundcloud.com/alecifu07/esa-soy-yo>

Consultante 3

Consultante adulto joven de sexo femenino. Tiene una hija de un año y refiere acudir a terapia porque no cuenta con habilidades parentales, mencionando que no le presta atención a su hija y que no juega con ella. Menciona que antes de ser mamá para ella todo era mejor y agrega que después de serlo todo en su vida se vio mermado. Señala que no quiere a su hija, que pensó en abortarla y que no quería amamantarla. Esto impactó en su relación de pareja siendo cuestionada en su rol de madre y tratada de negligente en diferentes contextos, provocándole sentimientos de culpa, miedo, angustia y rabia (ver figura 3).

Figura 3. *Renacer* (Por P. A.)

Creí,
Los cuentos que contaron de mí.
Mucha gente
Me llamó negligente,
Me cuestionaba,
Pero en mis zapatos no estaban.

Me sentí, vulnerable y me afectó,
Fue injusto, fue un gran dolor,
Pero hoy tomaré
Las riendas de mi dignidad.

*Para gritar, soy fuerte,
Me la pude a pesar de todo.
Tenía miedo y no había
Nadie que fuera mi guía.*

Quizás, insegura me sentí
Y dejé que comentarios influyeran en mí.
Pero habilidades siempre tuve,
Solo en malos momentos estuve.

*Y hoy no me importa lo que piensen,
Se quién soy, lo sé firmemente.
Ahora se de qué trata,
Mi prioridad siempre fue Renata.*

Nunca la dejé sola,
a pesar de que nadie confiaba en mí.
Y hoy veo una niña feliz,
Mi historia reverti.
Y se que lo estoy haciendo bien,
Porque soy juez y parte,
En este mismo instante,
De cómo estoy viviendo,
De cómo voy renaciendo.

Nota. Escuchar canción en el siguiente enlace: <https://soundcloud.com/alecifu07/renacer>

Análisis de la Experiencia de las Consultantes

Para poder dar cuenta de las experiencias, percepciones y/o significados que emergieron en las consultantes en relación con las canciones co-construidas en la fase de cierre de sus procesos psicoterapéuticos, se realiza un análisis del contenido mediante una aproximación hermenéutica. Los datos brutos por analizar corresponden a: notas de sesión del terapeuta en fase de cierre, registro escrito del lenguaje no verbal de las consultantes al momento de presentar la canción, correos electrónicos en referencia a las canciones y transcripciones de una sesión de seguimiento a los 2 meses posteriores al alta terapéutica en cada uno de los casos. Luego de un análisis de contenido de los datos expuestos emergen 3 categorías inductivas, mediante las cuales es posible dar cuenta de la experiencia y significados de las consultantes respecto a su historia cantada. Las categorías se presentan a continuación.

Emociones al Escuchar las Canciones

Esta categoría describe las emociones y/o relatos iniciales asociados a estas luego de escuchar las canciones. En los 3 casos analizados, las emociones descritas en el relato de las consultantes están asociadas a emociones de connotación positiva. Dentro de estas priman significados relacionados a la gratitud, a la sorpresa –con relación a que no se esperaban un producto así– y relatos asociados a sentirse reconocidas e inmediatamente identificadas con la historia cantada:

“Estoy gratamente impresionada de las cosas que se pueden construir a través del seguimiento de la historia de una persona, en este caso una

canción (...) Cuando la escuché me emocioné mucho y de inmediato en mi cabeza surgieron los recuerdos” (Consultante 3)

“Me encantó (...) La canción me hizo sentir reafirmada, alagada de haber sido una inspiración, que estaba haciendo bien las cosas, me sentí reconocida” (Consultante 2).

“Me siento identificada, me encantó, ¿se puede abrazar al psicólogo?” (Consultante 1)

“Creo que es un privilegio este regalo que entregas a tus pacientes. Sólo tengo palabras de agradecimiento hacia ti (...) Creo que esta idea de registrar testimonios es sorprendente, porque evoca tantas emociones que le dan sentido a lo vivido” (Consultante 3)

Función de las Canciones

Esta categoría se relaciona con la utilidad, función o “para qué” que las consultantes refieren en su relato acerca de las canciones. Se aprecia que las canciones son consideradas como un registro del proceso psicoterapéutico que lo resume y representa, siendo sinónimo de orgullo. También se aprecia que las canciones se configuran como un recordatorio, palabra de aliento o consejo de sí mismas para los momentos en los que lo necesiten, con sus propios valores y creencias. Tal consejo no vendría de cualquier vertiente, sería desde una propia versión de sí mismas que en algún momento pasó por un sufrimiento que pudo superar, la que les “hablaría” a través de la canción, para cuando otra versión de sí mismas esté en problemas:

“Es como un consejo de ti misma, una especie de salvavidas al que puedes recurrir. Será algo que me va a recordar que los problemas son estados, uno no es así (...) La canción soy yo demostrándome a mi misma que puedo salir adelante. Es mi escala de valores, no la de otra persona, dándome un consejo” (Consultante 3).

“La canción es como mi estandarte” (Consultante 2).

“Será un recordatorio para cuando esté mal” (Consultante 1).

“Tengo la sensación de que resumió todo lo que viví y esto fue una maravillosa forma de poner término a esa etapa. Siento que es una forma única de registrar todo este proceso y creo que cada vez que necesite una palabra de aliento estará esta canción a la cual sin duda recurriré” (Consultante 3).

La Audiencia de las Canciones

Esta categoría se relaciona con la deriva que han seguido las canciones desde la alta terapéutica hasta la sesión de seguimiento. Es decir, si estas han sido compartidas con terceros o si se consideran como un elemento personal, no sujeto a ser compartido. Los significados que emergen respecto a ello son variados y responden a las características propias de las consultantes y sus procesos particulares. Por un lado, dos de las consultantes refieren que no han mostrado las canciones a terceros ya que es un elemento personal, privado, refiriendo que las han escuchado escasa-

mente. Sin embargo, esto se aprecia como positivo ya que está en total congruencia con la categoría anterior respecto a la *función* asignada a las canciones (como un consejo, salvavidas o recuerdo para cuando estén mal), por ende, no se aprecia en ellas la necesidad de escucharlas ya que su bienestar continúa:

“Sinceramente, no la he vuelto a escuchar, pero a veces recuerdo frases clave” (Consultante 3).

“La canción no la he compartido con nadie, no ha sido necesario (Consultante 1).

La consultante 2 refiere haber compartido su canción con diferentes personas significativas, y no solo eso, sino que menciona el efecto social que esta ha tenido en algunas agrupaciones de madres en las que ella participa y que han pasado por situaciones similares a las descritas en su historia cantada. Esto da cuenta que la deriva de una canción no se agota necesariamente en el consultante, sino que impactaría en los significados compartidos socialmente de forma positiva:

“La canción se la mostré a mi familia, a las chicas del grupo, a mi hijo, a mi madre y a mi hermano (...) la canción reafirmó que mi hijo quisiera estudiar psicología” (Consultante 2).

“Las chicas del grupo la toman como un himno que también las representa, les encantó (...) todas luchamos por la misma causa” (Consultante 2).

Conclusiones

Historias con mejor forma (Sluzki, 2006), historias alternativas (White, 2016), historias con significados descentrados del dolor (Zlachevsky, 2015) o historias de cambio terapéutico, etc. Sea cual sea el enunciado con que se distinga, se está haciendo referencia a la emergencia de narrativas de bienestar en un consultante. En la culminación de un proceso psicoterapéutico hay una nueva historia que contar, donde el bienestar, y no el sufrimiento, prima. Desde la perspectiva epistemológica de la constructividad esto no es accesorio, ya que las nuevas historias o narrativas dan cuenta de nuevas identidades, nuevos significados compartidos asociados a una nueva versión de *sí mismo*.

Los enfoques narrativos consideran que la narrativa que da cuenta del cambio es el cambio terapéutico en sí mismo. La manera de dar cuenta del cambio terapéutico –y de la efectividad del proceso si se quiere– es la historia o narrativa. Aquí radica la importancia de que las nuevas historias trasciendan, se materialicen en un objeto o producto amigable y tomen forma de testimonio del proceso vivido. El medio de testimonio de esta experiencia fue la música, específicamente la co-construcción de canciones, lo que demostró ser, según el relato de las consultantes, un medio de testimonio que genera emociones positivas, que es funcional o útil a sus necesidades y que tiene posibilidad de alcanzar diferentes audiencias.

Esta experiencia difícilmente podría satisfacer el *criterio de transferibilidad* de la investigación cualitativa. Según Salgado (2007) este “se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones” (p. 75). Es utópico

y contradictorio pensar que esta experiencia es generalizable o susceptible de ser utilizada por otros terapeutas. Lo primero ya que los terapeutas necesitarían el desarrollo previo de ciertas habilidades musicales y lo segundo, porque desde la epistemología de la constructividad no se pretende ni concibe la objetivación de la realidad mediante la generalización de conocimientos a otros grupos.

Sin embargo, se considera que la relevancia de esta experiencia es otra y radica en tres invitaciones.

La primera es una invitación a la innovación en procesos psicoterapéuticos incorporando y considerando el propio sistema de significados y creencias del terapeuta. Las habilidades extra terapéuticas del terapeuta tendrían el potencial de ser incorporadas en los procesos de forma beneficiosa para los consultantes, siempre y cuando se delimite claramente su objetivo y se fundamente su incorporación. No se trata de promover una lluvia de innovaciones azarosas, caprichosas o sin sentido, que generarían más perjuicio que beneficios. En esta experiencia se utilizó la música, no obstante, existen diversos medios que pueden ser considerados: fotografía, poesía, artes escénicas, danza, pintura, artes plásticas, etc. Todos disponibles para ser utilizados como medios innovadores en terapia. Asimismo, es relevante precisar que estas invitaciones a la innovación siempre deben tener un carácter propositivo (no impositivo) y considerar las habilidades, intereses, creencias y/o pasiones de los consultantes.

La segunda invitación es a que el terapeuta dé testimonio de la historia de cambio del consultante haciendo un uso adecuado del poder que le enviste la profesión[□]. Incluso en las aproximaciones terapéuticas que profesan más horizontalidad entre terapeuta-consultante, se reconoce que el terapeuta tiene una cuota importante de poder frente a otro que acude a él en una posición emocionalmente desventajosa. Sin embargo, lo relevante no es ocultarlo o simular que no se dispone de tal poder, sino hacer un buen uso de este. Es por tanto que se considera que el terapeuta, en su calidad de testigo del cambio del consultante puede –y en cierto sentido debe– dar testimonio de él, ya sea mediante la materialización de un producto/objeto terapéutico o verbalmente. Probablemente el éxito de la terapia no se relacione con la presencia o ausencia de un testimonio, pero sin duda se configuraría como un elemento útil que favorecería el anclaje de los cambios del consultante, tal como se apreció en esta experiencia.

La tercera y última invitación es a que el terapeuta se haga cargo del operar epistemológico de su *praxis* clínica. Si bien este escrito no se centra en la presentación de un modelo terapéutico particular que fundamente las intervenciones, sí se explicita, profundiza y fundamentan las premisas epistemológicas que subyacen en esta experiencia, que es precisamente lo que le da sentido a la práctica de co-construir canciones como testimonio, permitiendo la coherente y útil incorporación de la música como un medio innovador y beneficioso. Sin el soporte epistemológico declarado esta práctica yace vacía, no siendo más que una antojadiza experiencia de un terapeuta, lo que sería lamentable.

Aunque epistemología y psicoterapia, no transiten –desafortunadamente– siempre por la misma vereda, que un terapeuta se motive a establecer las propias claridades respecto a aquellas diversas formas de posicionarse y conocer el mundo, es decir, a considerar y reconocer los supuestos epistemológicos que subyacen y sustentan su operar clínico, no será, bajo ningún punto de vista, sinónimo de perjuicio. La invitación está abierta.

Notas

- 1 Es importante precisar que en las prácticas narrativas desarrolladas por White y Epston (1993) el foco terapéutico se encuentra, principalmente, en la re-autoría de la narración que el consultante lleva a la terapia y, en menor medida, en el cambio de la historia.
- 2 En ocasiones, el contexto psicoterapéutico puede favorecer, aunque no intencionalmente, la perpetuación de ciertas lógicas hegemónicas de poder que forman parte del problema que aqueja a los consultantes. De tal forma, es muy relevante ser éticamente sensible a ello. Por ejemplo, y a modo de autocrítica sobre la ética del poder, que un terapeuta (hombre) cante a mujeres (heterosexuales) que se encuentran en un contexto emocional desfavorecido, representa, de uno u otro modo, un estereotipo de género (historia dominante).

Referencias

- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*. Amorrotu.
- Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self*. Jessica Kingsley Publishers.
- Carlson, T. (1997). Using art in narrative therapy: Enhancing therapeutic possibilities [Usando arte en terapia narrativa: Mejorando las posibilidades terapéuticas]. *The American Journal of Family Therapy*, 25(3), 271-283. <https://doi.org/10.1080/01926189708251072>
- Cifuentes-Muñoz, A. A. y Rojas-Jara, C. A. (2018). La fotografía como medio narración para la co-construcción de identidades alternativas en context de abuso de Drogas. *Revista Iationamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 16(1), 89-100.
- Craige, H. (2006). Termination, terminable and interminable: Commentary on paper by Jody Messler Davies [Terminación, terminable e interminable: Comentario en papel por Jody Messler Davies]. *Psychoanalytic Dialogues*, 16(5), 585-590. https://doi.org/10.2513/s10481885pd1605_9
- Denborough, D. (2002). Community song writing and narrative practice [Escritura de canciones comunitarias y práctica narrativa]. *Clinical Psychology*, 17, 17-24.
- Denborough, D. (2008). Songs as sustenance: Reinvigorating folk culture as a response to trauma [Canciones como sustento: Revitalizar la cultura popular como una respuesta al trauma]. En D. Denborough (Ed.), *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma* (pp. 161-175). Dulwich Centre Publications.
- Duvall, J. y Bres, L. (2011). *Innovations in narrative therapy: Connecting practice, training, and research [Innovaciones en terapia narrativa: Conectando práctica, entrenamiento e investigación]*. Norton.
- Goolishian, H. y Anderson, H. (2005). Narrativa y self: algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En F. Schnitman (Ed.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (pp. 293-311). Paidós
- Heat, T. y Arrollo, P. (2014). 'I gracefully grab a pen and embrace it': Hip-hop lyrics as a means for re-authoring and therapeutic change ['Agarro un bolígrafo con gracia y lo abrazo': Canciones de hip-hop como medio de reautoría y cambio terapéutico]. *The international journal of narrative therapy and community work*, 3, 31-38.
- Hegarty, T. (2009). Songs as Re-tellings [Canciones como relatos]. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, 44-54.

- Jauset, J. (2011). *Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas* (3ª ed.). UOC
- León-León, J., Sarmiento, L., Porras, J. y Rueda, J. (2011). Implementación de ova (Objetos Virtuales de Aprendizaje) como estrategia metodológica para la enseñanza de la lengua inglesa. *Rastros Rostros*, 13(25), 27-35.
- Maturana, H. (1997). *La objetividad. Un argumento para obligar*. Dolmen.
- Otero, E. y Gibert, J. (2016). *Diccionario de epistemología*. RIL.
- Pérez, M. (2010). La musicoterapia. *Innovación y experiencias educativas*, 33, 1-11. https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_33/MARIA_PEREZ_2.pdf
- Real Academia Española (2020a). Testimonio. En *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). <https://dle.rae.es/testimonio>
- Real Academia Española (2020b). Lenguaje. En *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). <https://dle.rae.es/lenguaje>
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Sluzki, C. (1995). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 6(22-23), 53-70. <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/584/s/transformaciones-una-propuesta-para-cambios-narrativos-en-psicoterapia/category/3/>
- Sluzki, C. (1996). *La red social. Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Sluzki, C. (2006). Victimización, recuperación y las historias con mejor forma. *Sistemas Familiares*, 22(1), 1-19.
- Ulrich, M. (1987). *Atlas de la música*, 1. Alianza Atlas.
- Vélez, P. y Restrepo, D. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos. *Revista CES psicología*, 1(2), 58-68.
- Villamizar, M. (2007). *La musicoterapia como tratamiento para la conservación de la memoria, el esquema corporal y las nociones espacio- temporales en pacientes con demencia tipo Alzheimer* [Tesis maestría en musicoterapia, Universidad Nacional de Colombia].
- Wever, C. (2009). Musical re-tellings: Songs, singing, and resonance in narrative practice [Recuentos musicales: canciones, canto y resonancia en la práctica narrativa]. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, 28-42.
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. PRANAS Chile.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Zlachevsky, A. (2003). Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Universitaria Límite*, 10, 47-64.
- Zlachevsky, A. (2008). Psicoterapia sistémica cibernética: una forma de entenderla. En A. Kaulino y A. Stecher (Eds.), *Cartografía de la psicología contemporánea. Pluralismo y modernidad* (pp. 231-297). LOM.
- Zlachevsky, A. (2015). *Relatos Clínicos, filosofía y terapia narrativa*. Mayor.

AJUSTE RAZONABLE DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK EN UNA MUESTRA PILOTO DE PERSONAS SORDAS SEÑANTES, UNA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA

REASONABLE FIT OF AARON BECK'S COGNITIVE THERAPY MODEL IN A PILOT SAMPLE OF SIGNING DEAF PEOPLE, A SYSTEMATIZATION OF EXPERIENCE

Luisa Fernanda Suarez Monsalve

Corporación universitaria minuto de Dios UNIMINUTO. Bogotá. Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2415-594X>

Manuel Alejandro Guerrero Clavijo

Traductor, Universidad de Antioquia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8309-0344>

Alis Dahiana Bedoya Olaya

Psicóloga, Corporación universitaria minuto de Dios UNIMINUTO. Bogotá. Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4756-5987>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Suarez Monsalve, L. F., Guerrero Clavijo, M. A. y Bedoya Olaya, A. D. (2021). Ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva de Aaron Beck en una muestra piloto de personas sordas señantes, una sistematización de experiencia. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 217-236. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.464>

Nota del autor

Aunque la institución a la cual se afilió el estudio no contaba en su momento con un comité ético, se buscó garantizar el principio de anonimato de los participantes voluntarios, aceptando un consentimiento informado digital en LSC.

Desde la ley colombiana 1090 de 2006 se cumplen los artículos 50 y 55. En relación con la resolución 8430 se presenta un riesgo mínimo dando cumplimiento a los artículos 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 26, conforme a los criterios del Artículo 6: Se ajustó a los principios éticos necesarios para el estudio. Para ninguno de los sujetos se contaba con representante legal ya que cada uno de ellos era mayor de edad.

Desde el capítulo tercero de la resolución 8430 de 1993 asociado a las investigaciones en menores de edad o discapacitados, artículo 25, se aclara que no se encontró personal capacitado y con experiencia en Colombia para evaluar sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto sordo por lo que no se da cumplimiento a dichos requisitos.

Fecha de recepción v1: 26-11-2020. Fecha de recepción v2: 6-1-2021. Fecha de aceptación: 22-1-2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: psicologacognitivailuisa@gmail.com

© 2021 Revista de Psicoterapia



Resumen

La presente sistematización de experiencia planteó como objetivo principal explicar el proceso de ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva de Aaron Temkin Beck a una muestra no probabilística de 16 personas sordas, con diferentes niveles comunicacionales, usuarias de lengua de señas colombiana. Partiendo de las características sociolingüísticas para esta población minoritaria, se efectuó un proceso de traducción y retrotraducción de este modelo, con las diferentes distorsiones cognitivas mediante formatos audiovisuales; logrando diseñar una herramienta explicativa, que permitió la comprensión de dicho modelo en población sorda con competencia comunicacional amplia y suficiente.

Palabras Clave: sordera, lengua de señas, psicoterapia, cognición, discapacidad

Abstract

The main objective of this systematization of experiences was to illustrate the process of adjustment of Aaron Temkin Beck's Cognitive Therapy Model to a non-probability sample of 16 deaf individuals with different levels of communication, users of Colombian Sign Language. Considering the sociolinguistic characteristics of this minority population, a process of translation, backward translation was carried out for this model, with the different cognitive distortions through audiovisual formats. To accomplish this, a tool was designed to allow the understanding of this model in deaf individuals with broad and sufficient communication competence.

Keywords: deafness, sign language, therapy, cognition, disability

Contar con un grado óptimo de salud, ser atendidos oportunamente con calidad y accesibilidad es un derecho fundamental (OMS, 2017), esto incluye la psicoterapia, comprendida como una práctica social y de la salud. Por medio de esta se logra que personas superen crisis emocionales, mejoren relaciones interpersonales, y sea favorecida su salud mental (APA, 2012), como en el caso de pacientes con algún trastorno mental que con ayuda de modelos de intervención como el cognitivo-conductual y farmacoterapia, logran reestablecerse o experimentar mejoría (Bogiazian, 1998), también para el tratamiento de trastornos mentales se encuentra la terapia cognitiva propuesta por Aaron T. Beck, que ha tenido múltiples traducciones incluso a lengua castellana (Beck et al., 1979). Aun así, a la hora de realizar una traducción-adaptación de su modelo junto con las distorsiones cognitivas a la lengua materna de las personas sordas (Instituto Nacional para Sordos, INSOR, 2016) no se trata solo del ejercicio de traducción-retrotraducción (Sutton et al., 2019) –implica pensar en la poca riqueza léxica de la lengua de señas colombiana (LSC)– comparada con el español, los procesos cognitivos en personas sordas, la inequivalencia de conceptos, palabras y expresiones idiomáticas (Andrews y Mason, 1991).

La LSC tiene características diferentes a las lenguas orales, entendiendo que lengua y pensamiento están íntimamente relacionados, las personas sordas señantes, aun estando dentro del mismo espacio geográfico, poseen procesos de pensamiento, construcciones cognitivas, cultura e identidad diferentes a las de habla castellana, por ello Melgar (2009) ahonda en diferencias que se deben considerar al hablar de psicología en personas sordas. Esta población representará en el 2020 un 1.1% de los colombianos (INSOR, 2019) y existen familias que no disponen de información suficiente para acceder a servicios de salud, no se sienten incluidos, ni conocen sus derechos en salud (INSOR, 2018).

En consonancia al desarrollo del pensamiento, Decker et al. (2012) indican que una comunicación y lenguaje efectivos, favorece el desarrollo cognitivo y social en los niños como eje fundamental en la interacción social, su disfuncionalidad afecta algunos factores, como sus funciones cognitivas y limita la interacción de la persona con el mundo (Monsalve y Núñez, 2006). El lenguaje se vale de dos enfoques esenciales, la comunicación intersubjetiva e intrasubjetiva (Patiño, 2010); el primero hace referencia a la dimensión social y el segundo a la dimensión intrapersonal.

La edad en que inició la sordera (combinada con factores como el entorno familiar y social) es la variable que más condicionará el desarrollo cognitivo de la persona sorda, desde la estrecha relación entre lenguaje y pensamiento (Lane, 1984). Partiendo del impacto del lenguaje en el desarrollo cognitivo, una persona sorda, al carecer de competencia comunicacional, presenta vacíos en adquisición de información suministrada por su entorno inmediato, pues no todos los datos ingresan a su memoria. Tanto sus representaciones mentales, como expresión del pensamiento, dependen de la disponibilidad de dicha información en su lengua materna, el desarrollo del vocabulario en la persona sorda más la capacidad de los

intérpretes que interactúan con la persona para transmitir un mensaje, contextualizar, explicar las situaciones y conceptos asociados al mensaje.

Por otra parte, en el contexto psicoterapéutico al momento de plantear el autorregistro de pensamientos propios del modelo Beckiano, evaluando emociones, pensamientos y conductas a partir de situaciones cotidianas y escribir cómo fueron experimentadas de forma particular por la persona (Beck, 1995, ver tabla 1), se encuentra la imposibilidad de generar escritura en LSC, en tanto es ágrafa, generando la necesidad de realizar ajustes en consonancia con las posibilidades y características de la LSC.

Tabla 1. *Registro De Pensamientos automáticos*

Día-Hora	Situación	Pensamiento Automático	Emoción	Respuesta Adaptativa	Resultado
	¿Qué acontecimientos reales lo llevaron a esa emoción?	¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente?	¿Qué emoción sintió en ese momento?	¿Qué distorsión cognitiva produjo?	¿Cuánto cree usted ahora en cada PA? (Valoración 0-100 %)
	¿Qué sensaciones físicas experimentó?	¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento? (Valoración 0-100 %)	¿Qué grado de intensidad? (Valoración 0-100 %)	¿Cuánto cree usted en cada respuesta? (Valoración 0-100 %)	¿Qué emociones siente actualmente?
					¿Con qué grado de intensidad? (Valoración 0-100 %)
					¿En qué intensidad quedó la anterior emoción?
					¿Qué hará?

Nota: Registro de pensamientos disfuncionales. Copyright 1995 by Judith S. Beck. Tomado de Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.

Sobre ello, se ha planteado siguiendo a Mayer y Akamatsu (2003); Stewart, (1993) que la lengua de señas es ágrafa, mientras que la lengua oral tiene una forma escrita, en la que predomina la vía auditiva/oral y de poco acceso sintáctico a personas sordas. Así mismo, Gutiérrez y Salvador (2010) precisan sobre las dificultades en las lenguas de señas para establecer concordancia entre elementos de las frases, utilizar verbos adecuadamente, preposiciones, la estructura del complemento verbal y nexos conjuntivos en oraciones compuestas. Además, en ocasiones se pretende enseñar a los niños sordos la lectura y escritura de una lengua oral que les es conocida en forma fragmentaria y cuentan con menos conocimientos del mundo, por su adquisición del lenguaje (Alegría, 2010; Trezek et al., 2003).

Con relación a ello, explicar el modelo Beckiano para población sorda, im-

plica pensar en sus procesos cognitivos y de aprendizaje, en que cada uno puede contar con capacidad comunicacional diferente, pero a su vez atraviesa situaciones que afectan su salud mental y que por tanto, son factores que pueden ser signo de intervención terapéutica. No obstante, el hecho de brindar cualquier psicoterapia sin ajustes razonables (Corte Constitucional T – 933 de 2013) ignoraría la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas; donde aseguran el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas inclusivas, acción afirmativa y de ajustes razonables que permitan a la población con discapacidad, disfrutar de servicios a los que acceden las personas sin discapacidad (ONU, 2008).

Se ha ido desarrollando el interés por pensar en prácticas psicoterapéuticas que consideren el contexto de pacientes con algún tipo de discapacidad. Tal es el caso de García (2004) quien se interesó por resaltar el lugar de la psicología especial en la atención a personas con necesidades educativas especiales, y que es una rama de la psicología que aún requiere de desarrollo y de atención desde la intervención clínica.

Es en este sentido que este ejercicio investigativo cobró relevancia, planteándose como objetivo principal, explicar el proceso de ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva de Aaron Temkin Beck a una muestra no probabilística de 16 personas sordas, con diferentes niveles comunicacionales. El propósito de sistematizar esta experiencia no solo permite organizar la información sino identificar los aprendizajes críticos emergentes de los elementos objetivos y subjetivos que estuvieron en interacción en el proceso de ajuste.

Si bien no se encontraron antecedentes asociados a adaptación de modelos psicológicos para personas sordas, si se encontraron estudios enfocados en necesidades de traducir temas de utilidad para población sorda, como el caso de la traducción de leyes en el trabajo de Rodríguez (2017), con la propuesta de traducción del código de infancia y adolescencia. Otros estudios se han dirigido a explicar e ilustrar los procesos de traducción. Tal es el caso de Peluso (2015) con un proceso de traducción de la lengua Uruguaya a texto diferido, empleando videograbaciones, siguiendo una metodología de grabación por fragmentos-párrafos, que posteriormente se unen para darle mayor orden secuencial al mensaje traducido. Siguiendo otros métodos de traducción afirman que existen tres roles: el primero es el traductor, el segundo es el revisor y finalmente el corrector; que abordan elementos interlingüísticos e interculturales llevando a cabo once pasos preparación: reunión de proyecto, traducción inicial, revisión de la traducción, verificación y finalización, grabación del video borrador, revisión externa, grabación del video apuntador, marcación de las separaciones por fragmento, párrafo, grabación final y archivo de la traducción. Este trabajo al seguir fases de traducción y adoptar el uso de videograbaciones orienta metodológicamente el presente estudio.

Uno de los primeros trabajos documentados (Lindsay et al., 1997), aplicó un tratamiento a 2 personas con discapacidad intelectual mediante técnicas adaptadas

del modelo de Beck, evidenciando cambios positivos en el Inventario de Ansiedad. McCabe et al. (2006) desarrollaron un programa de 5 semanas también a participantes con discapacidad intelectual cuyo propósito fue monitorear sus estados anímicos y reforzar comportamientos adaptativos mediante la reestructuración de distorsiones cognitivas. Los resultados demostraron la efectividad del programa en el tratamiento de la depresión en personas con (DI). McCabe et al. (2006) desarrollaron un programa de intervención desde el modelo de Beck durante 12 semanas dirigido a personas con (DI), se les enseñó a desarrollar y mejorar sus habilidades sociales y a reconocer sus pensamientos, emociones y comportamientos mediante ejemplos concretos, repetición y juegos de rol. Estos estudios indicaron que haciendo ciertas adaptaciones al modelo, se puede lograr un acercamiento efectivo al tratamiento.

En la revisión del libro “Terapia cognitiva-conductual para personas sordas y con problemas de audición” de Small (2009) se describen una serie de estrategias para adaptar este modelo de terapia en personas con déficits cognitivos y en el lenguaje, indicando el uso de metáforas, historias y juegos en el desarrollo de la terapia. Asimismo, se identifica la construcción de tarjetas visuales para ilustrar conceptos a personas sordas.

Son múltiples los modelos cognitivos, este trabajo se focalizó en el modelo de Beck, quien desarrolla La Terapia Cognitiva. Basada en la teoría de que la conducta y los afectos de una persona se determinan por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976).

El enfoque cognitivo se desarrolla sobre la concepción de diferentes modelos del procesamiento de la información para la cognición, uno de ellos es el modelo cognitivo de Beck et al. (1996) identificando que los individuos no responden inmediatamente a una situación sino que antes perciben, interpretan, evalúan, y asignan significado a lo que les sucede, con base en pensamientos, ideas y creencias previas. A esto se le conoce como la explicación del modelo cognitivo de Beck, entendiendo modelo como una concepción teórica para mirar el objeto que se estudia (García, 2015).

Las personas construyen diálogos internos, frases cortas que se dicen a sí mismos. Esto es denominado por Beck (1963) como pensamientos automáticos, los cuales pueden encasillarse en distorsiones cognitivas, estas son interpretaciones erróneas o sesgadas que los individuos realizan sobre los acontecimientos. Algunas de las distorsiones cognitivas son: razonamiento emocional, abstracción selectiva, catastrofización entre otros. Para explicar a las personas sordas cómo construyen sus diálogos internos se hace necesario adaptar la explicación del modelo y abordar los conceptos de discapacidad auditiva, personas sordas, modelos de enseñanza para personas sordas y lengua de señas.

Por discapacidad auditiva, se entiende cualquier pérdida de audición que implique intercambios comunicativos. La discapacidad auditiva se puede clasificar, según el momento en que se produzca la disminución, grado de pérdida, etiología, lugar de lesión y edad en que haya producido sordera (Consejo Nacional de Fomento

Educativo, 2010). Así pues, el término sordo hace referencia a cualquier persona que presente dificultades para oír, su comunicación puede ser oral, dado puede tener un resto auditivo que le permite incorporar la lengua o ser una persona ensordecida que habría adquirido una lengua previa a la sordera, o en lengua de señas.

En 1993, la Federación Nacional de Sordos de Colombia (FENASCOL) publicó un manual de enseñanza, en donde se incluyen algunos aspectos lingüísticos de la LSC. A partir de 1996, año del reconocimiento legal de la lengua de señas en Colombia (Ley 324 de 1996), se suceden varios estudios en relación con algunos aspectos gramaticales de la lengua de señas. Es Oviedo (2001) quien en su libro *Apuntes para una gramática de la Lengua de Señas Colombiana*, hace el que hasta ahora es el más completo tratado de gramática sobre dicha lengua. En este se evidencia que la LSC puede ser estudiada como cualquier otra lengua y que posee características particulares, como se ilustra en el siguiente cuadro (tabla 2), donde se describe una clasificación de los diferentes tipos de señas.

Tabla 2. *Tipos de señas*

Clasificación de la LSC	
Según las partes del cuerpo involucradas (Oviedo, 2001)	Según la entidad representada (INSOR, 2006a/b)
Manuales: Se realizan con las manos y generalmente una es pasiva y la otra activa	Pantomímicas: Representan exactamente la acción que se describe
No manuales: Utilizan la expresión facial en lugar de las manos para realizarse	Imitativas: Seleccionan alguna parte del significado completo para imitarlo o menos cercanamente

A la hora de adaptar un instrumento como el modelo de terapia cognitiva de Beck a población sorda es importante pensar en todas estas particularidades de la lengua de señas y de sus usuarios para garantizar los Ajustes Razonables de los que habla la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008), entendiendo ajuste razonable como las adecuaciones necesarias que no impongan una carga indebida para garantizar el ejercicio de sus derechos a las personas con discapacidad (Salazar, 2016).

Método

En bases de datos especializadas empleando el uso de tesauros: sordera, lengua de señas, psicoterapia, cognición, discapacidad, modelo de intervención. Asimismo, pero no se encontraron estudios de ajustes razonables de modelos teóricos o psicoterapéuticos en población sorda. Se seleccionaron trabajos con afinidad temática y cercanía a población sorda sin encontrar resultados aun así se estudió y siguió el protocolo de traducción, re-traducción e interpretación

Posteriormente se llevó a cabo la implementación de una metodología cualitativa, denominada sistematización de experiencias por medio de bitácoras donde

se consignó el proceso de ajuste razonable del modelo Cognitivo de Aaron T. Beck a personas sordas usuarias de la LSC. El grupo de investigadores consignaba la síntesis de cada experiencia en un formato (ver tabla 3) y con los apuntes de equipo, se ordenaron las vivencias, se sintetizó lo vivido en fases denominadas “momentos”, luego se realizó una interpretación crítica de este proceso y finalmente se extrajeron los aprendizajes obtenidos en dicho proceso.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados de manera aleatoria, posterior a difundir la pretensión del estudio con la comunidad sorda se recopilaban participantes voluntarios, contando con una muestra no probabilística de 16 personas prelocutivas con sordera profunda, e hipoacusia tanto bilateral como lateral comprobado bajo orden médica, todos en edades entre 25 y 57 años de edad, mujeres y hombres, todos con localidad en el área metropolitana de Medellín- Colombia, estableciendo como criterios de selección que la población no tuviese otra discapacidad distinta a la sordera, ser mayor de 18 años y con una capacidad comunicacional suficiente en LSC, con diferente habilidad comunicacional, dos de los participantes eran postlingüísticos oralizados no usuarias de la L.S.C

Instrumento

Para la ejecución el método cualitativo denominado sistematización de experiencias se acudió a un proceso de toma de apuntes cronológicos conocido como Bitácora. Este instrumento se usó desde el inicio del estudio facilitando la sistematización de experiencia del proceso de ajuste para la explicación del modelo Beckiano a personas sordas señantes, por lo que el grupo de investigadores no solo valoraba la experiencia como fuente de aprendizaje sino que abstraía, analizó y consignó los aspectos centrales o información relevante. Al finalizar la investigación se reconstruyó lo vivido ordenando y clasificando la información, para hacer una interpretación crítica del proceso. A continuación se presenta el formato de bitácora 1 y 2, donde se consignaron los acontecimientos vividos por el equipo investigador, durante el proceso de ejecución del proyecto. La bitácora, es identificada como el instrumento más utilizado en el marco de la metodología de sistematización de experiencias.

Tabla 3. *Formatos para el registro de información***Formato 1: Bitácora**

Contexto de la situación: Contexto en que se dio el momento significativo, quiénes estaban presentes y en qué momento.

Relato de lo que ocurrió: (describiendo lo que sucedió, de forma que de cuenta del desarrollo de la situación o momento vivido por el equipo de investigadores)

Formato 2: Bitácora

Actividad	Objetivo	Pasos	Dificultades	Aprendizajes	Sugerencias

Procedimiento

El resultado del diseño cualitativo denominado sistematización de experiencias a través de bitácoras pretenden ilustrar los aprendizajes organizados cronológicamente generados a lo largo del proceso.

Así pues, en consecuencia con el producto esperable de una sistematización, se describen aquí en cinco momentos experienciales tenidos en cuenta bajo criterios de selección del grupo de investigadores donde se ilustró cómo se efectuó paso a paso el ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva propuesto por Aaron Beck para personas sordas señantes.

Una vez seleccionado el grupo de participantes, el primero momento experiencial fue analizar la pertinencia y necesidad de que el modelo cognitivo fuese ajustado a los participantes del estudio, sumado a esto se identificó la aplicabilidad del modelo Beckiano, acudiendo a un grupo de discusión conformado por la misma comunidad, personas sordas, modelos lingüísticos e intérpretes.

Una vez encontrada la aplicabilidad del modelo a esta comunidad, se inició con el segundo momento llamado de traducción-retrotraducción, esto para obtener una versión consensuada y fiel del texto original en la LSC. Este procedimiento ha sido empleado por (Lauffer et al., 2013) coincidiendo con nuestro estudio en que el principal enfoque de evaluación a la hora de adaptar un modelo como estos en otra lengua y cultura es la equivalencia semántica y cultural, no sin antes pasar por una etapa de definición teórica, para producir una versión conceptualmente equivalente del texto de origen en lengua Castellana.

En esta etapa de definición conceptual emergió la necesidad de realizar una capacitación en el Modelo Cognitivo de Beck a los intérpretes partícipes de este segundo momento, generando un encuadre de los alcances y limitaciones de su rol, de forma tal que no se modificara la intencionalidad del autor. Esta actividad se hizo con un grupo de intérpretes con experiencia en trabajo con la comunidad, considerando las limitaciones de la LSC, conservando su gramática, procuraron la traducción fiel del contenido teórico explicado por Beck; con la intención de dirigir la traducción a población sorda de nivel comunicacional amplio, y evitando la traducción literal, donde se mantiene el orden de cada palabra en el texto fuente, y se tienen a traducir según sus equivalentes más cercanos, sino comunicativa en donde se intenta que la forma y el sentido sean comprensibles para los destina-

rios (Newmark, 1982). Se reconocieron primero las señas disponibles, la intención del autor y cuidando que cada interpretación respetara las necesidades culturales, lingüísticas y cognitivas de la población a la que iba dirigida.

De este grupo se obtuvo la primera versión de la interpretación en formato de video en LSC, la cual fue llevada a un segundo grupo de intérpretes para que realizaran la voz de los videos sin estar capacitados en el modelo cognitivo, ni contextualizados en el tema. Se completó así un proceso de traducción y retrotraducción (Mapi Institute, 2019) entre ambos grupos de intérpretes, concebida por el grupo de investigadores como una técnica de verificación de la fidelidad de una traducción. Las retrotraducciones son técnicas comunes en las ciencias y la medicinas, en los casos de instrumentos, consentimientos informados y protocolos, en el cual se evalúa el grado de semejanza de la retraducción con la versión original, pues si no hay cambios significativos en la esencia e intencionalidad, se puede concluir que la traducción es adecuada (Sutton et al., 2019).

El proceso fue repetido hasta obtenerse la interpretación más fiel del modelo cognitivo explicada en formato de videos. Cada una de las modificaciones implicó borrar el material ya grabado y filmar videos nuevos, hasta llegar al consenso del mejor estructurado para la población.

El tercer momento experiencial consistió en socializar con personas sordas, post lingüísticas, con diferentes capacidades comunicacionales y modelos lingüísticos, obteniendo sugerencias al contenido del modelo explicativo de Beck en los formatos de video. Esto se asemeja al proceso de textualidad diferida efectuado en Uruguay sobre la traducción entre español escrito y la lengua de señas de dicho país, por medio de videgrabaciones en las cuales es posible establecer una cultura letrada a través del uso recurrente de una textualidad diferida (Peluso, 2015).

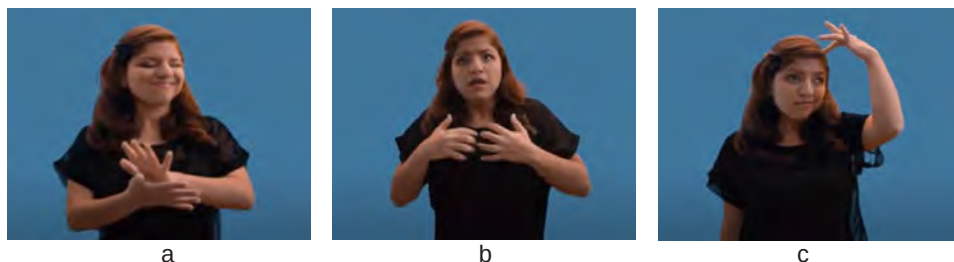
El cuarto momento contó con la participación de una persona sorda técnica en edición de videos, quien diseñó del material, utilizando gráficos, dibujos e iconicidad para aumentar la comprensión del contenido en la población, teniendo en cuenta señas básicas conocidas e incorporando la actuación de modelos de lengua y cultura, los cuales son adultos sordos que realizan acompañamiento en el aula a los estudiantes de primaria y fuera de ella, donde socializan la LSC y elementos de la cultura sorda, dadas sus habilidades en LSC y en español escrito. Los videos fueron evaluados por 3 jurados quienes identificaban por medio del formato de evaluación, la pertinencia en la interpretación, claridad, suficiencia y semejanza al texto original. Sus sugerencias fueron acogidas y los videos nuevamente fueron grabados para pasar a la explicación del modelo ante los participantes.

En un quinto momento se identificó la comprensión del modelo cognitivo pidiendo la explicación de este por los participantes, logrando una interpretación del procesamiento de la información y distorsiones cognitivas de manera similar a la explicada por Aaron Beck.

Resultados

Al finalizar la experiencia se obtuvieron cinco videos: descripción de emociones, activación corporal, procesamiento de la información, distorsiones cognitivas y control del estado de ánimo, cada uno de ellos con contenido gráfico y en LSC explicando el modelo cognitivo propuesto por Aaron T Beck, ilustrados de la siguiente manera:

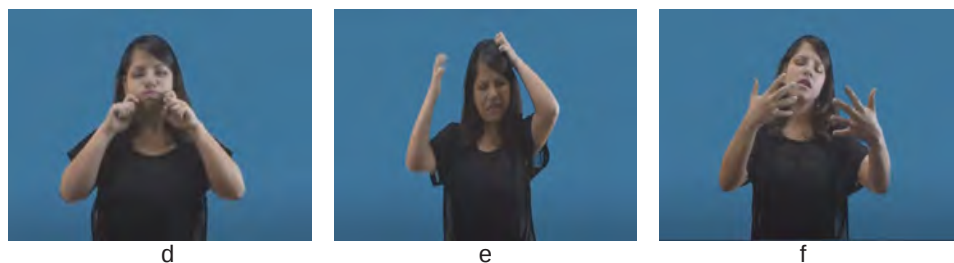
Figura 1. Capturas de pantalla extraídas del video explicativo de emociones en LSC



De izquierda a derecha en la figura 1: a) tranquilidad, b) angustia, y c) corresponde a una seña sin equivalente en español, que refiere a una emoción que puede interpretarse como “quedarse sin palabras o el deseo de escapar de un momento incómodo”.

Una vez ilustradas las emociones se explicaron cada una de las respuestas fisiológicas. A continuación (figura 2), se presentan algunas imágenes tomadas del video explicativo enseñado a los participantes.

Figura 2. Capturas de pantalla extraídas del video explicativo de emociones en LSC respuestas fisiológicas



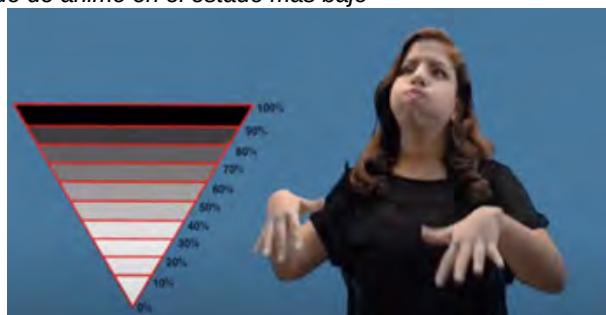
De izquierda a derecha: d) enrojarse, e) rascarse la cabeza y f) mareo.

Ilustrada la información previa, se procede a explicar el procesamiento de la información en un tercer vídeo representado en la siguiente imagen (figura 3):

Figura 3. *Procesamiento de la información*

Para indicar el control del estado de ánimo se realizó una pirámide invertida (figuras 4, 5 y 6), en su parte inferior se muestra el porcentaje 0% y en su parte más alta un 100% indicando a la persona sorda que señale el punto exacto en el que se encuentra el grado de la emoción experimentada.

Figura 4. *Estado de ánimo en su estado más alto***Figura 5.** *Estado de ánimo en un estado medio*

Figura 6. Estado de ánimo en el estado más bajo

A continuación, se muestran capturas de pantalla de un cuarto video que ilustra una de las 15 distorsiones cognitivas que fueron adaptadas (figura 7). La imagen ilustra la explicación de la distorsión titulada magnificación, minimización en la cual, de una misma situación se escogen los rasgos negativos y se exageran, mientras que los aspectos positivos se minimizan.

Figura 7. Capturas de pantalla de distorsión magnificación

g

h

i

De izquierda a derecha: g) se muestran aspectos de una situación, h) Uno de los rasgos negativos se maximiza, e i) seña de quitar importancia, hasta quedar reducido a nada.

Aprendizajes Significativos

En el marco de diseño investigativo denominado sistematización de experiencia, los aprendizajes significativos de los investigadores son un resultado protagónico para dar cumplimiento a la interpretación crítica esperable para este tipo de investigación de enfoque cualitativo:

Al ilustrar el modelo cognitivo de Beck a los participantes seleccionados mediante su lengua materna, ellos brindan retroalimentación de lo comprendido, por tanto, ajustar el modelo cognitivo de Beck a una muestra de personas sordas usuarias de lengua de señas colombiana, permite que comprendan el contenido que se pretende transmitir.

En el video explicativo del modelo de procesamiento de la información, se hace necesario realizar ciertas adaptaciones, dadas las diferencias conceptuales

entre el español y la Lengua de Señas Colombiana que deben ser tenidas en cuenta. Este aprendizaje se logró al reemplazar la seña “situación” por “qué pasó” pues el concepto de situación se asocia a problemas sociales o dificultades personales graves y no a eventos cotidianos, mientras que la seña “qué pasó” describe algo que sucede y de allí se deriva un pensamiento automático. Se encontró una tendencia en la muestra piloto a contar el problema desde su inició cuando se les pedía relatar solo una de las situaciones que componían el problema por lo que se podría analizar en próximos estudios cómo esto se relaciona con la teoría de la mente o sus procesos de asimilación de información teniendo en cuenta el desarrollo histórico de la lengua de señas en Colombia, su vocabulario construido hasta el momento y la comprensión del pensamiento y el lenguaje como proceso en paralelo.

Al presentar los tipos de emociones en formato de video, algunas señas no tienen un equivalente lingüístico en español, por ejemplo, las señas de: “explosivo”, “sentirse mal”, “dolor emocional” y sentirse “sin palabras”. Lo que amplió el espectro de comunicación sobre los sentimientos que las personas sordas comunicaban, cuando en español existen palabras que en lengua de señas no existe aún, se realizó un acuerdo con las personas sordas para diseñar la seña teniendo en cuenta la ergonomía de las manos y el significado. Pero cuando una seña existente no tenía equivalente al español facilita el trabajo en este tipo de intervenciones pues permite en este caso comprender exactamente qué emoción propia de la cultura sorda se está dando a comunicar.

Con las distorsiones cognitivas visión en forma de túnel y pensamiento dicotómico se encuentran dificultades de comprensión por parte de las personas sordas, es desde las expresiones faciales sarcásticas donde se encontró la manera de ejemplificar algunas de dichas distorsiones. El sarcasmo se ejemplifica a través de rasgos no manuales, particularmente la expresión facial, que algunos autores han comparado con la función de la entonación, un recurso también usado en lenguas orales para expresar sarcasmo. Todos estos rasgos no manuales han sido estudiados cuando se usan para transmitir emociones (Reilly et al., 1992).

En relación a las distorsiones cognitivas se logra identificar que la muestra no logró comprender la idea de que estas cumplen con las características de carencia de lógica y veracidad sino que asociaban este concepto a la generación de pensamientos negativos, al contrario, los pensamientos racionales no eran asociados a lógicos, veraces y comprobables, sino a pensamiento positivo esto tiene una relación directa con la capacidad comunicacional de las personas sordas y pobreza lingüística de las personas perteneciente a la muestra piloto. Cabe señalar en este aspecto que a menor vocabulario de la persona sorda mayor pensamiento concreto, menor capacidad de análisis y menor adquisición de información. Es por ello por lo que el terapeuta que utilice el instrumento debe aclarar a la persona sorda que una distorsión es un pensamiento errado, mientras que un pensamiento adecuado es un pensamiento lógico haciendo uso de las señas de pensamiento equivocado y pensamiento lógico.

Discusión

Al finalizar la reflexión crítica de la experiencia se logra dilucidar que la adaptación del modelo cognitivo de Beck en personas sordas exige un análisis profundo de las características comunicacionales de cada persona, con base en ello se deben realizar los ajustes razonables para respetar su autonomía lingüística. Uno de los casos entre la multiplicidad de particularidades comunicacionales, son las personas sordas postlingüísticas oralizadas no usuarias de la lengua de señas colombiana, que hicieron parte de la experiencia investigativa. La oralización hace referencia a la capacidad de hablar, producto de un proceso de rehabilitación del habla y es por eso que para ellos el ajuste fue explicar el modelo de modo oralizado, sin la necesidad de ser acompañado por la LSC; sabiendo que su primera lengua es el español, tienen facilidad de lectura labio facial y muchos carecen de competencia en la comprensión de la lengua de señas. Para que las personas sordas que han sido oralizadas y usuarias de LSC entiendan el modelo cognitivo y pueda darse lugar a una terapia bajo este modelo, se debería hacer uso del español signado, en el cual se hacen señas usando la estructura gramatical del español (Escobar, 2015), por lo cual es posible bajo esta modalidad hablar (oralizar) y hacer señas a la vez permitiendo así el uso de dos canales: la lectura labio facial, y la comprensión de la lengua de señas en simultáneo. Por ende, todo ajuste razonable implica previamente estudiar la particularidad de la persona sorda a la que va dirigido y su preferencia comunicacional.

El lenguaje es considerado por (Luria, 1984) como instrumento para elaborar conocimiento, pero también como regulador de los procesos psíquicos, entre ellos el desarrollo del pensamiento. Por lo cual el equipo de investigadores reflexiona sobre la posible incapacidad de comprensión del modelo cognitivo propuesto por Beck en personas sordas sin una lengua o con niveles muy bajos de esta pues al pensamiento se accede por medio del lenguaje según la teoría de Luria (1994) en su libro pensamiento y lenguaje. En dichos casos, se sugiere explorar la posibilidad de recurrir a otro tipo de modelos de intervención, por ejemplo, el modelo conductual, en el que manejan otro tipo de códigos comunicacionales, diferentes al verbal, a través de mecanismos como los refuerzos positivos al interior de un programa de control de contingencias.

Durante la experiencia, el grupo de investigadores observó una limitación al llevar a cabo el ajuste del modelo a un grupo de personas sordas: su se denotó tendencia a ser influenciados por las opiniones de los demás al momento de generar respuestas. El trabajo grupal puede tornarse práctico, no obstante, durante la implementación de la estrategia explicativa es sugerible el trabajo personalizado, aunado a ello esto permite considerar las características singulares de la persona y poner en práctica lo planteado en el artículo 24 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el que se señala la necesidad de realizar ajustes razonables considerando las necesidades individuales de la persona; de allí a que sea más distante la brecha entre la respuesta a necesidades individuales y trabajos

estandarizados y automatizados para la implementación de ajustes en población en situación de discapacidad.

En el modelo de Beck se suele recurrir a los ejemplos en los que se muestra una situación y diferentes formas de procesar la información respecto a la misma. Para las personas sordas al igual que en las oyentes se hace necesario recurrir a estos ejemplos, pues la sola explicación del modelo no basta. Los ejemplos ilustrativos que desee usar el terapeuta para explicar el modelo cognitivo o algunas distorsiones, deberán ser situaciones vividas por la persona a quien se explica el modelo, dado que, al optar por ejemplos hipotéticos, algunos participantes crearon supuestos más allá de lo que sugería la situación. Por el contrario, cuando se indicaron sus ejemplos personales la comprensión de la secuencia situación-pensamiento-emoción-conducta fue más evidente para la muestra.

Se sugiere también que la terapia cognitiva para personas sordas con una capacidad comunicacional poco amplia en lengua de señas, no se explique sólo con los instrumentos ya ajustados razonablemente en formato video. Este deberá complementarse con una dramatización icónica, ilustrando así una de las situaciones puntuales de la persona, sus pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y respuestas conductuales. Esto será necesario hasta que la persona sorda adquiera la habilidad metacognitiva que supone aplicar el modelo de Beck a su vida. Por el contrario, para sujetos con capacidad comunicacional amplia bastará con los instrumentos en formato vídeo de la explicación del modelo y un psicólogo usuario de LSC que logre ejemplificar con situaciones particulares de la persona sorda.

El equipo de investigadores del estudio expuesto en el presente manuscrito encontró que las personas sordas no pueden tener un registro de pensamientos como lo hacen los oyentes, se logra inferir que esto se debe a que presentan serias dificultades para manejar el español. según ya ha afirmado (Sánchez, 2008), se tendría que entrenar a las personas sordas en los diferentes tipos de distorsiones (ver figura 1) para que puedan llegar a incorporarlas con el repaso del material grabado. Asimismo, las personas sordas tienen la capacidad de generar pensamientos alternativos. Durante la explicación del modelo, no comprenden la diferencia entre estos y las distorsiones, pero a medida que va avanzando el proceso esta diferencia se clarifica a través de la práctica.

Algunas personas sordas de la muestra esperaron que las oyentes le suministrarán la respuesta a las preguntas ¿qué fue lo primero que vino a tu mente? y ¿cuál es el tipo de distorsión cognitiva?, Además esperaban un modelo basado en la consejería por parte de la psicóloga que se encontraba presente -se le solicitaba indicar cual sería la conducta funcional en situaciones similares futuras-, a esto, los investigadores reaccionaron partiendo de la premisa de que el objetivo de la terapia cognitiva es generar proceso de conciencia para que la persona logre tener una mayor conciencia y control de sus pensamientos (Beck, 1995) con las conductas que de allí derivan y no esperar a que se les indique cómo deben comportarse.

Al reflexionar sobre las vicisitudes señaladas anteriormente se puede iden-

tificar que aun así las personas sordas de cualquier edad están en la capacidad de entender el modelo cognitivo y aplicarlo a sus vidas. El factor determinante para que una persona sorda pueda acceder a esta terapia es el manejo de la lengua de señas considerando el registro y de las señas usadas por la persona sorda.

El modelo cognitivo logró ser comprendido por personas sordas de capacidad comunicacional media en adelante, sin embargo, el proceso de comprensión de la información puede tomar más sesiones comparativamente a los oyentes, bajo el requerimiento de ilustraciones y ejemplos.

Conclusiones

Es poco lo que se ha hablado en relación con las prácticas de transferencia entre lenguas de señas y lenguas orales desde la teoría de la traducción e interpretación. Para esta sistematización adoptamos el concepto de traducción y no de interpretación, apoyados en el hecho que el ejercicio comprendía analizar el texto escrito y formular varias versiones de este en LSC con la mayor precisión posible y en un plazo de tiempo determinado, a diferencia de la interpretación, que se hace en tiempo real y con plazos de entrega más inmediatos. Aún así, esto es algo que aún está por discutirse, pues del concepto de traducción de lenguas de señas ha sido propuesto solo para personas sordas, usuarias del español escrito y de las lenguas de señas. El ejercicio de traducir y retrotraducir, para comparar con el texto original es una práctica que permite comprobar la fidelidad de una traducción y que ha sido usado en adaptaciones interlingüísticas e interculturales de diversos instrumentos especialmente, en las ciencias de la salud y que bien puede ser usado en contextos en los que el margen de error sea mínimo y podría ser usado, sistematizado cuando se quiera prestar servicios a personas sordas usuarias de lenguas de señas, de forma que se garantice la accesibilidad a una información presentada a la medida de sus características lengua y cultura con un mensaje dotado de semejanza al original dentro de las posibilidades que genera la lengua de señas.

La sola adaptación o ajuste de un formato, documento o en este caso explicación del modelo no basta para que el mensaje sea recibido y comprendido pues el desarrollo del lenguaje y el pensamiento se encuentran estrechamente conectados, dicha relación fue también evidente con las personas sordas que participaron en el proceso de ajuste razonable. A menor competencia comunicacional mayor dificultad para comprender el contenido de los videos; un requerimiento de mayor explicaciones del intérprete y más dificultad para exteriorizar sus pensamientos.

Teniendo presente el nivel comunicacional de cada participante (sin capacidad comunicacional en lengua de señas colombiana, con capacidad comunicacional básica, con capacidad comunicacional suficiente y con capacidad comunicacional amplia), al indicarles la secuencia del procesamiento de la información propuesta por el modelo cognitivo que relaciona los pensamientos, emociones y conductas, se hace comprensible toda vez que se tengan en cuenta las características comunicacionales de los participantes, el grupo de investigadores del presente estudio

logra reflexionar sobre la posible conexión entre el desarrollo del lenguaje y la comprensión de cualquier tema incluyendo la explicación del modelo cognitivo pues desde la perspectiva de Luria (1994) pensamiento y lenguaje son proceso en paralelo bajo esta teoría entonces a menor vocabulario y capacidad comunicacional, menor comprensión del modelo ilustrado en el contenido de los videos lo que no ocurre con persona sorda de capacidad amplia y suficiente en lengua de señas colombiana.

Lo anterior ocurre naturalmente bajo el sustento teórico de (Barrachina et al., 2013) el lenguaje requiere de ayuda en habilidades cognitivas como la atención pensamiento y memoria, desde el autor el lenguaje es un moderador cognitivo por ello los trastornos de lenguaje se asocian a limitaciones intelectuales. El lenguaje, además, expresa lo que las personas tienen en su mente, sus creencias, deseos y sus pensamientos fundamentados en todos los conocimientos incorporados a través de su interacción con el medio.

Se podría puntualizar como indicador de desarrollo del pensamiento que a mayor grado de internalización de la lengua de señas, mejor será su capacidad de resolución de tareas y la capacidad, tal vez, de generar medios de pensamiento más abstracto, mejores estrategias de planeación y de auto monitoreo de su conciencia sirviéndose de la lengua de señas con su particular gramática y vocabulario (Barrachina et al., 2013), por lo que personas sordas con estos elementos comprenden adecuadamente la explosión del modelo cognitivo planteado por Beck después de adecuar los ajustes razonables requeridos en un proceso juicioso de traducción, retraducción adaptación.

Referencias

- American Psychological Association (2012). *Entendiendo la psicoterapia*. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia>
- Andrews, J y Mason, J. (1991). Strategy usage among deaf and hearing readers [Uso de la estrategia entre lectores sordos y oyentes]. *Exceptional children*, 57(6), 536-545. <https://doi.org/10.1177%2F001440299105700607>
- Alegria, J. (2010). Los lenguajes del niño sordo: for your eyes only. En M. Carrillo Gallego, y A. Domínguez Gutiérrez (Coords.), *Dislexia y sordera: líneas actuales en el estudio de la lengua escrita y sus dificultades* (pp. 171-200). El Aljibe.
- Barrachina, L., Aguado, G., Cardona i Pera, M. y Sanz-Torrent, M. (2013). *El trastorno específico del lenguaje, diagnóstico e intervención*. Editorial UOC.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions [Pensamiento y depresión: 1. Contenido idiosincrático y distorsiones cognitivas]. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders* [Terapia Cognitiva y Trastornos Emocionales]. International Universities.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, K. G. (1996). *Manual for the Beck depression Inventory* [Manual del inventario de depresión de Beck] (2ª ed.). The Psychological Corporation.
- Bogiaizian, D. (1998). Tratamiento integrado de psicofarmacoterapia y terapia cognitivo-conductual en el trastorno de pánico con agorafobia. *Revista de psicoterapia*, 9(36), 43-54. <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/tratamiento-integrado-de-psicofarmacoterapia-y-terapia-cognitiva-conductual-en-trastorno-de-panico-con-agrafobia.html>

- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). *Discapacidad auditiva guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/106806/discapacidad-auditiva.pdf>
- Corte Constitucional. (2013). Sentencia T-933/13. Gaceta de la Corte Constitucional [G.C.C.]. Colombia
- Decker, K., Vallotton, C. y Johnson, H. (2012). Parents' communication decision for children with hearing loss: sources of information and influence [Decisión de comunicación parental para niños con pérdida auditiva: Recursos de información e influencia]. *American annals of the deaf*, 157(4), 326-339. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.1631>
- De la Fuente, O. (2014). Las personas sordas como minoría cultural y lingüística. *Dilemata*, 15, 267-287. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/308>
- Escobar, L. (2015). La lengua de señas mexicana ¿Una lengua en riesgo? *Estudios de lingüística aplicada*, 62, 125-152. <https://doi.org/10.22201/enallt.01852647p.2015.62.420>
- García, M. E. (2004). La psicología en la atención a personas con discapacidad. *Educ. rev*, 23, 355-362. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.346>
- García, F. (2015). Tres modelos teóricos generales en sociología: una des-unidad articulada. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 151, 65-82.
- Gutiérrez, R. y Salvador, F. (2010). Procesos cognitivos y metacognitivos en la expresión escrita de alumnos sordos de educación secundaria. En M. Carrillo Gallego y A. Domínguez (Eds.), *Dislexia y sordera: líneas actuales en el estudio de la lengua escrita y sus dificultades* (pp.101-110). El Aljibe.
- Instituto Nacional para Sordos (2006a). *Educación bilingüe para sordos, etapa escolar*. Ministerio de Educación Nacional.
- Instituto Nacional para Sordos (2006b). *Diccionario básico de la Lengua de Señas Colombiana*. Ministerio de Educación Nacional.
- Instituto Nacional para Sordos (2018). *De la garantía a la realización del derecho a la salud en las personas sordas: análisis de dificultades y oportunidades*. Colombia. http://www.insor.gov.co/bides/wp-content/uploads/archivos/garantia_realizacion_der_salud_per_sordas.pdf
- Instituto Nacional para Sordos (2019). *Plan estratégico institucional 2019-2022*. Colombia. http://www.insor.gov.co/home/descargar/plan_estrategico_INSOR_2019_2022V1.pdf
- Lane, H. (1984). *When the mind hears. A history of the deaf*. Penguin Books.
- Lauffer, A., Solé, L., Bernstein, S., Lopes, M. y Francisoni, C. (2013). Cómo minimizar errores al realizar la adaptación transcultural y la validación de los cuestionarios sobre calidad de vida: aspectos prácticos. *Revista de gastroenterología de Mexico*, 78(3), 159-176. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.01.008>
- Congreso de Colombia (2006). *Ley 1090. Código deontológico y bioético y otras disposiciones*. <https://legislacion.vlex.com.co/vid/psicologia-dicta-deontologico-bioetico-60054118>
- Lindsay, W. R., Neilson, C. y Lawrenson, H. (1997). Cognitive-behaviour therapy for anxiety in people with learning disabilities [Terapia cognitiva-conductual para ansiedad en personas con discapacidad de aprendizaje]. En B. Stenfort Kroese, D. Dagnan y K. Loumidis (Eds.), *Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities* (pp. 124-140). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203977200>
- Luria, A. (1984). *Conciencia y lenguaje*. Ediciones Universidad de Moscú.
- Mapi Institute. (2019). *Metodología*. <https://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>
- Mayer, C. y Akamatsu, C. T. (2003). Bilingualism and literacy [Bilingüismo y alfabetización]. En M. Marschark y P. E. Spencer (Eds.), *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education* (pp. 136-147). Oxford University Press.
- McCabe, M., McGillivray, J. y Newton, D. (2006). Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disabilities [Efectividad de los programas de tratamiento para depresión en adultos con discapacidad intelectual media/moderada]. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 239-247. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00772.x>
- Melgar, J. (2009). *Lenguaje, pensamiento y psicología del sordo*. http://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Melgar_Lenguaje_Pensamiento_y_Psicologia_del_Sordo_2010.pdf
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución N° 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Recuperado de: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf
- Monsalve, A. y Núñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Psychosocial Intervention*, 15(1), 7-28
- Newmark, P. (1982). Approaches to Translation [Enfoques de la traducción]. Pergamon Press
- Oviedo, A. (2001). *Apuntes para una gramática de la lengua de señas colombiana*. INSOR -UNIVALLE.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud y derechos humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

- Organización de Naciones Unidas. (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Material de promoción*. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
- Patiño Guiraldo, L. E. (2010). *La lengua de señas colombiana como mediadora en el proceso de conceptualización de nociones relacionadas con las ciencias sociales en niños y niñas no oyentes* [Tesis doctoral, Centro de estudios avanzados en niñez y juventud. Universidad de Mnizales-Cince]. <https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/515/PatinoGiraldoLuzElena2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Trezek, B. J., Wang, Y. y Paul, P. V. (2003). Processes and Components of Reading [Procesos y componentes de la lectura]. En M. Marschark y P. E. Spencer, (Eds.), *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education* (pp. 99-114). Oxford University Press
- Peluso, L. (2015). Traducción entre español escrito y lengua de señas uruguaya videograda: un nuevo desafío. *Cadernos de Tradução, Florianópolis*, 35(2), 479-504.
- Reilly, J., McIntire, M. y Seago, H. (1992). Affective Prosody in American Sign Language [Prosodia afectiva en lenguaje de signos americano]. *Sign Language studies*, 75, 113 – 128.
- Rodríguez, A. M. (2017). Propuesta inicial de traducción del código de infancia y adolescencia colombiano a lengua de señas. *Revista Ratio Juris*, 12(25), 23-42. <https://publicaciones.unaula.edu.co/index.php/ratio-juris/article/view/450/480>
- Salazar, E. R. B. (2016). La idea de los ajustes razonable como forma complementaria para conseguir la igualdad de las personas con discapacidad. *Actualidad Jurídica-Universidad del Norte*, 8, 40-54. <https://www.uninorte.edu.co/documents/4368250/0/La+idea+de+los+ajustes+razonables+como+forma+complementaria+para+conseguir+la+igualdad+de+las+personas+con+discapacidad/4902d4f0-09bb-45b9-af7c-ac0e341021ff?version=1.0>
- Sánchez, C. (2008). *Que veinte años no es nada. La educación de los sordos en la encrucijada*. Cultura Sorda. <http://www.cultura-sorda.org/la-educacion-de-los-sordos-en-la-encrucijada/>
- Small, K. (2009). Therapy for deaf and hearing persons with language and learning challenges [Terapia para personas con sordas y oyentes con problemas de aprendizaje]. *Cognitive behavioral therapy book reviews*, 5(5). https://www.the-iacp.com/assets/CBTBR/cbtbr-vol_55d.pdf
- Stewart, D. A. (1993). Bi-Bi to MCE? *American Annals of the Deaf*, 138(4), 331-337. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0384>
- Sutton, L., Ortiz, A. y Gatica, F. (2019). *Evaluación De Las Competencias Docentes En Las Ciencias De La Salud* (1ª ed.). El Manual Moderno.

MAPPING PSYCHOLOGICAL SPACES : PSYCHOTHERAPEUTIC APPLICATIONS OF SYSTEM DYNAMICS IN FUZZY COGNITIVE MAPS OF PERSONAL CONSTRUCTS

LA CARTOGRAFÍA DE LOS ESPACIOS PSICOLÓGICOS: APLICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE LAS DINÁMICAS SISTÉMICAS DE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS DE CONSTRUCTOS PERSONALES

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:

Botella, L. (2021). Mapping psychological spaces: Psychotherapeutic applications of system dynamics in Fuzzy Cognitive Maps of personal constructs [La cartografía de los espacios psicológicos: Aplicaciones psicoterapéuticas de las dinámicas sistémicas de Mapas Cognitivos Borrosos de constructos personales]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 237-252. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.474>

Abstract

This paper presents an innovative procedure for deriving both Fuzzy Cognitive Maps and Behavior Over Time Graphs from Personal Construct Psychology's Repertory Grids, via the intermediate step of eliciting an adaptation of Bipolar Implications Grids. This makes it possible to have a functional as well as structural model of the Personal Construct System and to test and simulate its anticipated dynamics in hypothetical scenarios, as well as to understand more fully its systemic properties. The paper focuses on the procedure itself, and it is illustrated by means of a case study so as to highlight its significant implications for psychotherapy research and practice.

Keywords: Repertory grids, fuzzy cognitive maps, bipolar implications grids, system dynamics.

Resumen

Este artículo presenta un procedimiento innovador para derivar tanto Mapas Cognitivos Borrosos como Gráficos de Comportamiento a lo largo del Tiempo a partir de la Técnica de Rejilla de la Psicología de los Constructos Personales, a través del paso intermedio de obtener una adaptación de Rejillas de Implicaciones Bipolares. Esto permite tener un modelo funcional a la vez que estructural del Sistema de Constructos Personales y probar y simular su dinámica anticipada en escenarios hipotéticos, así como comprender más plenamente sus propiedades sistémicas. El artículo se centra en el procedimiento en sí, que se ilustra mediante un estudio de caso para resaltar sus importantes implicaciones para la investigación y la práctica de la psicoterapia.

Palabras clave: Técnica de rejilla, mapas cognitivos borrosos, rejillas de implicaciones bipolares, dinámica de sistemas.

Received: January 28, 2021. Accepted: February 9, 2021.

Correspondence:

E-mail: lluibg@blanquerna.url.edu

Postal address: Luis Botella, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Cister 34, 08022-Barcelona. Spain

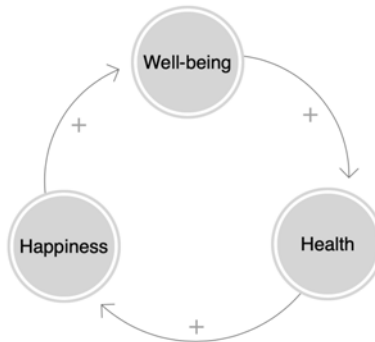
© 2020 Revista de Psicoterapia



A representation of personal construct systems (PCSs) that could model not only their structure, but their dynamics, would be immensely useful for psychotherapy practice and research--as well as for many other realms in which *how do people make sense of their world* is a relevant question. The use of cognitive maps to depict the structure of a system (and particularly a conceptual, i.e., not physical, system) has a long tradition in psychology and education. Axelrod (1976) is usually credited as "the first to use digraphs to show causal relationships among variables as defined and described by people, rather than by the researcher" (Özesmi & Özesmi, 2004, p. 44). In fact, concept maps had already been developed in 1972 by Joseph D. Novak and his team at Cornell as means to follow and understand changes in children's knowledge of science (see Novak & Musonda, 1991). The distinctive contribution of Fuzzy Cognitive Maps (FCMs; see Kosko, 1986), as a particular case of cognitive maps, makes them especially useful for achieving the aforementioned aim of modeling the dynamics of PCSs.

FCMs resemble standard concept maps because they are composed by a set of nodes and edges connecting them. The difference, however, is that in a FCM nodes are understood as *fuzzy sets*, and weighted edges (also *non-binary*) as the *causal* relationship among the nodes they connect. A fuzzy (vs. a *dichotomous* or *crisp*) set is one in which the membership of its elements is not limited to 1 ($a \in A$) or 0 ($b \notin A$) but can assume a range in the interval $[0,1]$. Thus, for instance, if ${}_A(x)$ is the membership function of element x to set A , then membership to the fuzzy set A of "happy people" does not limit to the ones being 100% happy 100% of the time ($x \in A \rightarrow {}_A(x) = 1$) with *all* the other ones not belonging to the set ($\neg x \notin A \rightarrow {}_A(\neg x) = 0$), but can assume a membership degree covering the interval $[0,1]$; for example, $x = \text{slightly happy} \rightarrow {}_A(x) > 0,2 < 0,4$; $x = \text{mostly happy} \rightarrow {}_A(x) > 0,5 < 0,6$; $x = \text{quite happy} \rightarrow {}_A(x) > 0,8 < 0,9$; or $x = \text{absolutely happy} \rightarrow {}_A(x) > 0,9$. The edges weight indicate the extent to which the one who draws the map believes that the connected nodes are causally related, and the direction of causality is indicated by an arrowhead. The usual practice is to assign a +1 weight when one node (*driver*) causally *increases* the connected one (*receiver*), and a -1 when it *decreases* it. Of course, being an FCM, it would be perfectly acceptable to assign any weight in the interval $[+1, -1]$ to a causal edge, but precisely because of the complexity and linguistic nature of the systems that are usually mapped it is infrequent to be able to quantify causality with such minute precision.

Figure 1 depicts a simple FCM made up of only three nodes and three edges. It can be easily understood in linguistic terms: according to the person who drew the map, happiness increases (+) well-being which increases (+) health, and health increases (+) happiness in its turn.

Figure 1. FCM made up of Three Nodes and Three Edges

FCMs are a promising tool in terms of modeling the dynamics of PCSs, because:

(a) As I highlighted, they constitute *causal* pictures of the world as constructed by the one who draws the map, and not necessarily as it “objectively” is, a notion that is totally coherent with Personal Construct Psychology (PCP) focus on what constructs do people use so as to make sense of their experience. However, they can be used as prototypes/models/replicas of the discursive domain they represent and tested against “reality” to check to what extent do they anticipate what is actually the case, which is exactly the role that Kelly (1955/1991) attributed to PCSs. In the example in figure 1 it can be easily seen how both the concepts and the relationships among them are the mapper’s *personal construction* of this discursive domain (however convincing this construction may be).

(b) Are specifically designed to use with linguistic variables that are intrinsically fuzzy, i.e., not necessarily with mathematically crisp sets. In this respect they are also coherent with PCP because constructs are essentially a linguistic way to make sense of experience and they do not assume an *all or none* relationship with the elements they make sense of, but rather a degree of membership of the elements to the set that the construct defines, and thus a given element can vary from totally belonging to one pole to totally belonging to the opposite one. Again, in the example in figure 1, it becomes obvious that “Health”, “Well-being”, and “Happiness” are the emerging poles of constructs that the mapper’s use to “anticipate events by construing their replications” in Kelly’s (1955/1991) terms. Thus, this particular FCM organization makes one anticipate that “if one is happy then one will also have a high degree of well-being and be healthy”. It also assumes that one can have *more or less* of these three qualities, not necessarily all or nothing.

(c) Can be “set in motion” by activating one or more nodes and using them thus as a form of simulation and “what-if” anticipation. Precisely because FCMs are causal pictures, activating one node makes “causal flow” (Kosko, 1993) circulate through the whole map, and it becomes visible what other nodes are causally activated (or deactivated) as a consequence, and what happens to the system as a

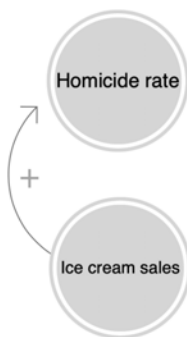
whole over time. This possibility (about which I will say more in the rest of the paper) enriches enormously the typical analysis of PCSs that is limited to a fixed image of the state of the system in a given point in time. It also opens the possibility of incorporating the developments of systems thinking and system dynamics both to PCSs research and practice. The simple FCM in figure 1 again illustrates this point: it is almost self-evident what will happen to each node (and to the system as a whole) if one increases one of them. Because they are all connected by positive causality edges, creating a reinforcing feedback loop, activating one node will activate all the other ones until the system reaches a stable state (which some FCMs do not reach, entering cyclical loops or chaotic randomness).

In the remaining of this paper, I will discuss how can Repertory Grid (RG) data be turned into FCMs, what usefulness do this have in terms of analyzing PCSs causal loops diagrams and Behavior Over Time Graphs (BOTGs), and what are some of the promising implications of the above for psychotherapy research and practice. I will use a case example to make it clearer. Before proceeding, however, I would like to make explicit that FCMs can be derived from *any other form* of eliciting constructs, not only from RGs. The content of self-characterizations, self-narratives, dialogue, journals, letters, interviews, therapy sessions... and virtually any form of personal expression can be graphically depicted as a map of construct pole nodes and (to the extent that causality is made explicit) the edges connecting them.

From Repertory Grids to Fuzzy Cognitive Maps via Bipolar Causal Implication Grids

As already discussed, FCMs are *causal* pictures of the world. It is crucial that this be so, because if what they depict are only *correlations* and not *causality* then their dynamics will have a confusing meaning. Imagine any of the classic examples of how correlation does not imply causation, such as the correlation between *ice cream sales* and *homicide rates*. If this correlation is mistakenly interpreted as causation the consequent FCM looks like the one in figure 2.

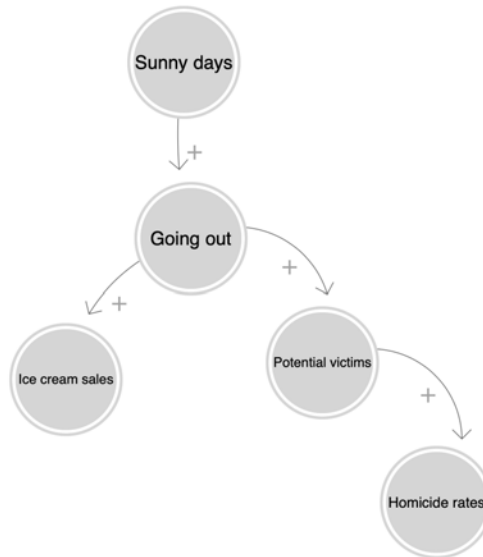
Figure 2. FCM Depicting False Causation



If the node “ice cream sales” is activated in the FM in figure 2 it automatically increases the homicide rates because of the mistakenly attributed positive causation between the two. This erroneous dynamic might lead to defend a ban on ice cream for example if one takes it seriously.

Obviously, the causal connection between these two nodes is more like the one in the FCM in figure 3.

Figure 3. FCM Depicting Plausible Causality



Since the relations between RG rows (constructs) or columns (elements) define correlations, but not causation, to draw FCMs from RG data an intermediate step is needed: Implications Grids (also called Impgrids: Hinkle, 1965).

Hinkle introduced the Impgrid as a method to determine the position of one construct within the PCS in terms of its hierarchy, assuming that each one carries different *implications* (i.e., *predictions*, *anticipations*, *expectations*) over the others. Impgrids entail presenting the person with the *two poles* of each construct he or she has elicited in the RG and asking whether a change on construct 1 (from one pole to the opposite one) would be likely to cause the same type of change on each of the other constructs, pairing each construct with all others.

Fransella (1972) developed the Bipolar Implications Grid, much more suited to our goal of deriving FCMs from RGs data. In this variety of Hinkle’s original proposal, the person is presented with each pole of his or her constructs *separately* and is then asked what poles of all the other constructs would be expectable from someone who is described by the presented pole.

Bipolar Implication Grids can thus be used to assess *causal* implications between constructs by emphasizing in the eliciting question the causal link between each pair of poles. Fransella’s original question was “*If someone is x, what is he or*

she likely to be?”, and so as to make sure that we were assessing *causal connections* and *not just correlations*, we adapted the question to: “*Being x, what makes one be as well (either more or less)?*” The second clause was added because we were interested in assessing both positive/incremental and negative/decremental causation.

As an example of this procedure table 1 presents a client’s (Patrick) original RG simplified to five constructs and five elements so as not to make the discussion in this paper too mathematically complex.

Table 1. *Patrick’s Original RG (Simplified)*

1	Father	Mother	Tom (brother)	Self Now	Ideal Self	5
Committed	1	5	1	4	1	Egocentric
Confident	5	1	2	4	1	Suspicious
Hedonistic	4	1	1	4	1	Embittered
Flexible	5	1	5	4	1	Stubborn
Honest	1	5	4	2	1	Liar

Patrick, a 25 year old Sociology student, came to therapy because, after breaking up with his partner and with a close friend because of what he defined as “a treason”, he was feeling that he was “not the kind of person I used to be or would like to be”. This is obvious in this reduced version of his original RG, in which his “myself now” and “ideal self” elements are almost at every construct opposite pole. Patrick was construing himself when he came to therapy as rather egocentric (vs. committed), suspicious (vs. confident), embittered (vs. hedonistic), and stubborn (vs. flexible). The only construct in which he was already at his preferred pole was honest (vs. liar). Patrick was experiencing mood swings, depression, anger, anxiety and feelings of meaninglessness since the moment he ceased to be the person he would like to be.

After completing the RG, Patrick was presented with each pole of his five constructs (for instance, “Committed”) and asked: “*Being committed, what makes one be as well (either more or less)?*” In this particular case, he said that *being committed makes one be more confident, more honest, less egocentric, less suspicious, less embittered, and less of a liar.*

The results of each construct pole causal implications for each other one, as elicited by Patrick, are presented in table 2 (the reason for some cells to be shadowed is explained later).

Table 2. Matrix of Causal Implications between Patrick's Construct Poles

	Committed	Confident	Hedonistic	Stubborn	Honest	Egocentric	Suspicious	Embittered	Flexible	Liar
Committed	0	1	0	0	1	-1	-1	-1	0	0
Confident	1	0	0	0	1	-1	-1	-1	0	-1
Hedonistic	0	0	0	0	0	0	-1	-1	0	0
Stubborn	0	0	0	0	0	1	1	1	-1	0
Honest	1	1	0	0	0	0	-1	0	0	-1
Egocentric	-1	-1	0	0	0	0	1	1	-1	0
Suspicious	-1	-1	0	0	0	1	0	1	-1	0
Embittered	-1	-1	-1	0	0	1	1	0	-1	0
Flexible	0	0	0	-1	0	-1	-1	0	0	0
Liar	-1	-1	0	0	-1	0	1	0	-1	0
OUTDEGREE¹	6	6	1	1	3	6	9	6	5	2
INDEGREE²	5	6	2	4	4	5	5	6	6	5
Difference³	1	0	-1	-3	-1	1	4	0	-1	-3

Note:

¹ Number of causal connexions that the construct pole sends (drivers)

² Number of causal connexions that the construct pole receives (receivers)

³ Outdegree - Indegree

If table 2 is read by columns (taking “Confident” in this case as an example) the information it presents is: *According to Patrick being confident makes one be more committed, more honest, less egocentric, less suspicious, less embittered, and less of a liar.*

Before proceeding to discuss how this matrix of causal implications is transformed into a FCM and a matrix of system states, there are some relevant points to highlight.

1. The difference between outdegree and indegree is a likely indication of the construct pole's *driving capacity*, i.e., to what extent is it central *in* and *to* the system. Thus, “Suspicious” is likely to be very central in Patrick's PCS because being suspicious makes one be *nine* other things, while only five of them makes one suspicious. This means that if Patrick changes his construction of someone (including himself) to more or less suspicious than he used to think, nine other construct poles will be changed as a consequence. Being “Hedonistic”, instead, only makes one be less embittered (outdegree = 1) according to Patrick's PCS, and is a consequence of being less suspicious and less embittered (indegree = 2). Along the

lines of Hinkle's (1965) and Fransella's (1972) hypotheses (as well as of the logic of system dynamics in general), "Hedonistic" is thus logically expectable to be less central and thus more peripheral to Patrick's PCS than "Suspicious" since a change in the second generates nine times more system changes than a change in the first.

2. The central diagonal of the matrix is 0 because the procedure does not include asking whether *being committed* (for example) *makes one more or less committed*. The question seems logically absurd and a literal tautology in itself.

3. The lateral diagonals of the matrix (in grey in table 2) are the ones formed by the cells that connect one construct pole to its opposite one. They were fixed as -1 because a value of 0 or 1 would mean that being defined by one pole *does not* make one be less of the other (e.g., that *being honest does not make one less of a liar*) or that being defined by one pole makes one be also *more* of the other (e.g., that *being flexible makes one more stubborn*). If any of these were the case, the polarity would not be a construct, and in fact it would not even be a polarity, which is incompatible with the way the original RG has been elicited. So, the interview procedure in this part also excludes asking about one pole against the other one of the same construct, because a positive or null causal relationship between opposite poles is not theoretically, methodologically, or even logically consistent.

4. Knowing which are the positive/preferred poles of each construct (because of the scoring of the "ideal self" element in the original RG) makes it possible to mark them as it has been done in table 3, where poles in black are the negative (non-preferred) ones and poles in white are the positive (preferred) ones. As can be seen in the table, this makes it also possible to identify whether a cell contains a positive/positive link (for example *confident/committed*), a positive/negative one (for example *hedonistic/stubborn*), or a negative/negative one (for example *egocentric/suspicious*). The cells containing a positive/negative or negative/positive link have been marked in grey in table 3 –because they are where black and white combine.

Table 3. Matrix of Causal Implications between Patrick's Construct Poles with Positive ones in White and Negative ones in Black

	Committed	Confident	Hedonistic	Stubborn	Honest	Egocentric	Suspicious	Embittered	Flexible	Liar
Committed	0	1	0	0	1	-1	-1	-1	0	0
Confident	1	0	0	0	1	-1	-1	-1	0	-1
Hedonistic	0	0	0	0	0	0	-1	-1	0	0
Stubborn	0	0	0	0	0	1	1	1	-1	0
Honest	1	1	0	0	0	0	-1	0	0	-1
Egocentric	-1	-1	0	0	0	0	1	1	-1	0
Suspicious	-1	-1	0	0	0	1	0	1	-1	0
Embittered	-1	-1	-1	0	0	1	1	0	-1	0
Flexible	0	0	0	-1	0	-1	-1	0	0	0
Liar	-1	-1	0	0	-1	0	1	0	-1	0

5. From table 3 there emerge some implications about what should happen if the PCS were 100% internally consistent:

(a) All white table cells should have a scoring of 1 (being like a positive pole makes one to be like another positive one because both poles are causally related, e.g., *being honest makes one committed*) or 0 (being like a positive pole makes no difference for being like another positive one because one pole is not causally related to the other, e.g., *being confident does not make one neither more nor less hedonistic*).

(b) All black cells should have a scoring of 1 (being like a negative pole makes one be more like another negative one because both poles are causally related, e.g., *being egocentric makes one stubborn*) or 0 (being like a negative pole makes no difference for being like another negative one because one pole is not causally related to the other, e.g., *being embittered does not make one neither more nor less of a liar*).

(c) All grey cells should be scored -1 (being like a positive pole makes one be less like another negative one or viceversa because both poles are causally related, e.g., *being honest makes one less of a liar*) or 0 (being like a positive pole makes no difference for being like another negative one or viceversa because one pole is not causally related to the other, e.g., *being hedonistic does not make one neither more nor less egocentric*).

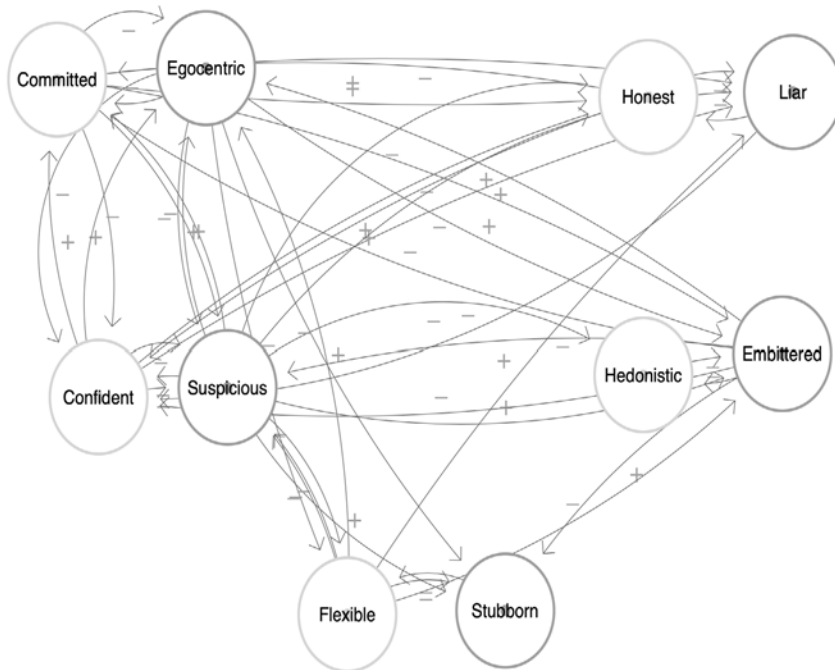
(d) If a white table cell is -1 or a grey cell is 1 then this indicates that in this PCS being like a positive pole of a construct makes one be less like another positive one (there are no instances in Patrick's case).

(e) If a black cell is -1 or a grey cell is 1 this indicates that in this PCS being like a negative pole of a construct makes one be less like another negative one (there are no instances in Patrick's case either).

Having briefly discussed these emerging implications, worth exploring further in the future because of their potential significance for an altered functioning of the PCS, I proceed to discuss how an FCM, as well as a matrix of system states, can be derived from these causal implication data.

Drawing a FCM from the data in the matrix of causal implications is just a question of drawing all construct poles as nodes and then proceed to draw all causal implications between each one of them and all the rest as arrows connecting construct pole nodes (edge relationships). The result in Patrick's case is the one depicted in figure 4.

Figure 4. Patrick's PCS FCM

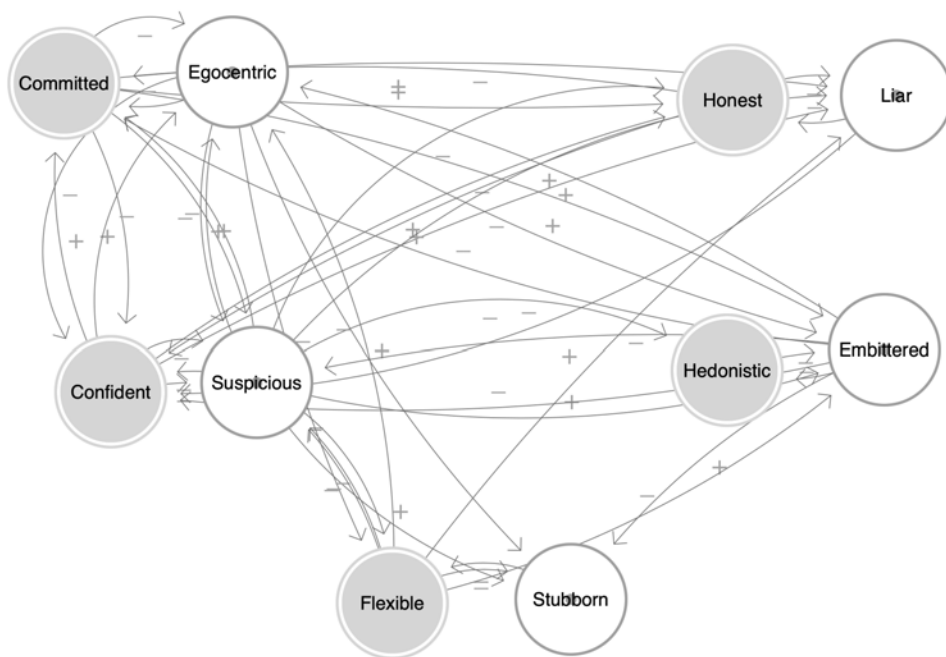


As can be seen in figure 4 even a simple PCS with only five constructs (i.e., 10 construct pole nodes) can generate a quite complex FCM with a dense network of edge connections that is not easy to interpret visually *per se*. The reason for such a complexity lies in the well-known systems characteristic that complexity does not emerge from the number of *components* of a system (construct pole nodes in this case) but from the number of *relationships/interactions* (edge causal connections) between them. However, the usefulness of map-like models is made clear when

they are put into motion and this makes it visible what happens to the system once causal flow begins to circulate.

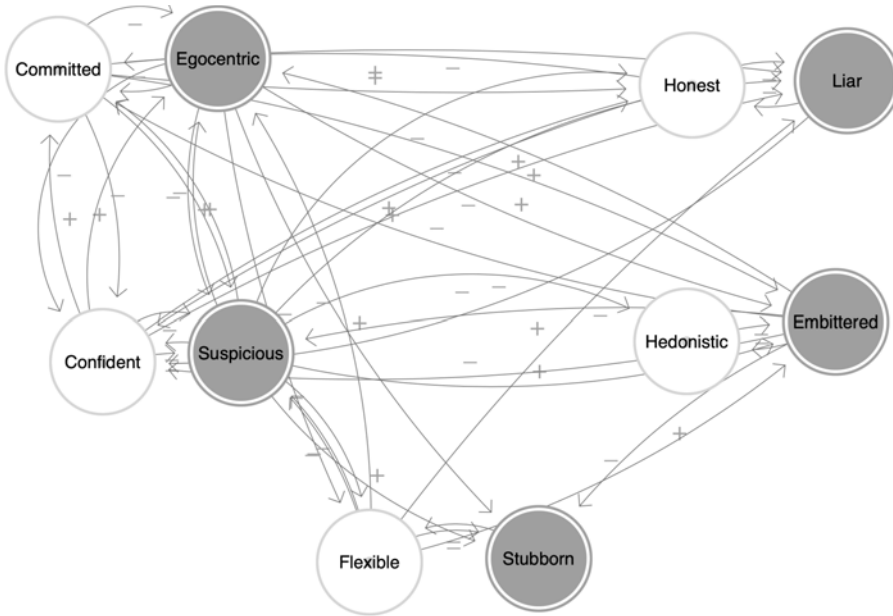
As already discussed, activating one construct pole node sets the whole system into motion and makes it possible to simulate “what-if” scenarios like “*What would happen if Patrick began construing himself as confident instead of quite suspicious as he does now?*” The limitations of a static paper format does not allow me to show the dynamics of what happens to the FCM of Patrick’s PCS in “real” time and seeing the causal flow circulating in motion, but it can be described: because of the way his system is structured and causally connected, if any positive construct pole node is activated then every other positive one becomes active also and quite immediately, and every negative one remains or becomes inactive. This leaves the system in a state in which all positive construct pole nodes are active at once and all negative ones are inactive (see figure 5). The same state is reached if any negative construct pole node is decreased.

Figure 5. Patrick’s PCS FCM Final State if any Positive Construct Pole Node is Increased or any Negative One is Decreased



Conversely, if any negative construct pole node is increased or any positive one is decreased, Patrick’s PCS FCM converges rapidly in a state in which all negative poles are active and all positive ones are not (see figure 6).

Figure 6. Patrick's PCS FCM Final State if any Positive Construct Pole Node is Decreased or any Negative One is Increased



Another way to depict the system's dynamic over time is by means of what system scholars call “*Behavior Over Time graphs*”. BOTGs are, quite literally, a line graph that depict a pattern of change over time, showing how something increases and decreases as time passes. In the case of FCMs, the matrix of causal implications (edge relationships) can be used to compute a matrix of the state of all construct pole nodes in the system at each moment in time starting when any construct pole node is activated. This entails establishing a *threshold function* that computes the state of each construct pole node at each moment in time t_x as a mathematic function of the state of all its drivers at t_{x-1} . FCMs traditionally employ a number of different threshold functions (binary, trivalent, sigmoid...) and in this case we have opted for an additive one that adds the value of all drivers that each construct pole node A (CPN_A) receives so as to compute its activation state at any t_x ($CPN_A(t_x)$) and if it is greater than 1 or smaller than -1 reduces it to the range [-1, 1]:

$$CPN_A(t_x) > 1 \rightarrow CPN_A(t_x) = 1$$

$$CPN_A(t_x) < -1 \rightarrow CPN_A(t_x) = -1$$

Thus, if for instance the construct pole node “Committed” is set to 0,5 at t_1 then it will activate its six receivers at t_2 with a 0,5 value, and each one of them in combination will activate their own receivers at t_3 (and so on until, again, a state of equilibrium is reached at t_n or the system enters into cyclical loops or chaotic fluctuations).

This successive sequence of system states in time ($t_1, t_2, \dots, t_n$) can be represented

graphically, and this makes it possible to see the (past or anticipated/simulated) history of the system in a single image, i.e., *diachronically* and not only *synchronically* as is the case with the map representation of FCMs. The BOTG in the case of Patrick’s PCS is presented in table 4 in its matrix form and in figure 7 as a graph. Time has been limited to 10 system iterations because this system converges rapidly (at t_4)--if this were not the case it can be extended as necessary so as to look for dynamic patterns.

Table 4. System States Matrix for Patrick’s PCS FCM Activating the Construct Pole Node “Committed” with a 0,5 Value at t_1

	t_1	t_2	t_3	t_4	t_5	t_6	t_7	t_8	t_9	t_{10}
Committed	0,50	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Confident	0,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Hedonistic	0,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Stubborn	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Honest	0,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Egocentric	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Suspicious	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Embittered	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Flexible	0,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Liar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Figure 7. BOTG for Patrick’s PCS FCM Activating the Construct Pole Node “Committed” with a 0,5 Value at t_1

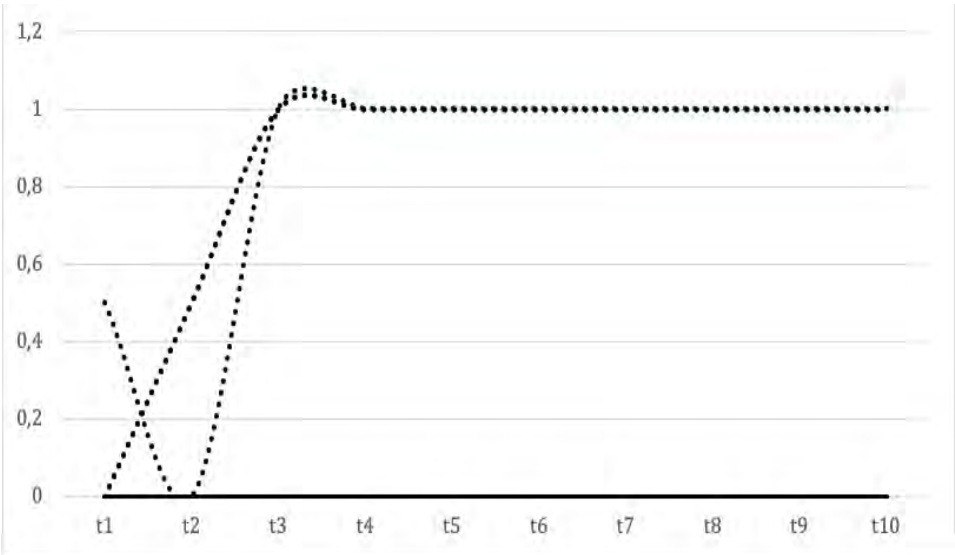
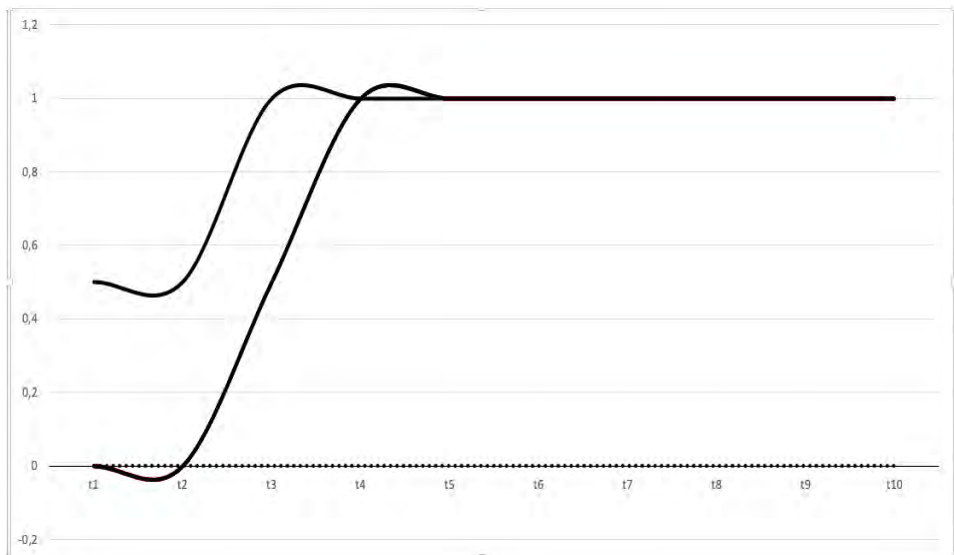


Figure 8. BOTG for Patrick's PCS FCM Activating the Construct Pole Node "Stubborn" with a 0,5 Value at t_1



The combined use of map-like graphic representations and BOTG ones makes it possible to observe the same PCS dynamic in different ways. In the case of Patrick, for instance, observing his PCS FCM in motion in the map-like version makes it clearly visible that the reinforcing (i.e., positive feedback) loops that tightly link the positive node poles of his PCS together, combined with the also reinforcing loops (but separate from the positive) that link the negative node poles, makes the system enter into a split escalation dynamic almost immediately, even if just one construct pole node is increased or decreased. This escalation leads the system to converge either at a split state in which all positive poles are active and all negative ones are not or viceversa. Systems thinking concepts are quite useful to understand, explain, and plan how to change the PCS when seen from this map-like models.

Seen from the BOTG, the same system dynamics become even more clear. Patrick's PCS converge in a dichotomous but stable state in just a few time lapses and as a consequence of what we already knew from the map-like model: activating any single positive construct pole node or deactivating any negative one lead the system towards the orbit of a fixed-point attractor consisting in the activation of all the positive ones and the deactivation of all the negative ones. The exactly opposite process happens as well. Complex and non-linear system concepts, as well as chaos theory ones, are quite useful to understand, explain and plan how to change the PCS when seen from this BOTGs models.

Therapeutic Usefulness of PCSs FCMs

As I mentioned in the opening of this paper, a representation of PCSs that model not only their structure, but their dynamics, is immensely useful for psychotherapy practice and research.

In the case of Patrick, for instance, it contributed very significantly to the therapeutic process by allowing both therapist and client to build a dynamic model of Patrick's PCS and use it as a tool for (a) reaching a better, deeper, and absolutely personal understanding of Patrick's difficulties as well as resources, (b) devising Patrick's therapeutic goals as constituting an alternative system (i.e., meaningfully *different* one, not necessarily the *opposite* of the problematic one) and planning how to get from one to the other with the help of the therapy process, (c) testing "what-if" scenarios, identifying risks, roadblocks, and likely difficulties and how to approach them, and adapting the pace of change to what Patrick considered viable, and (d) checking whether Patrick had reached his goals once therapy was coming to an end.

In summary, a tool for mapping the psychological space and anticipating/simulating its system dynamics (be them "intrapsychic" as in Patrick's example or interpersonal as in family or couples therapy) can help psychotherapy practice and outcome/process research advance significantly in understanding *how* clients change. The combination of concepts from PCP and FCMs seem to be especially useful for building these tools, and it opens the space for a fruitful integration of system dynamics concepts on the one hand and complex systems, non-linear dynamics and chaos theories ones on the other.

References

- Axelrod, R. (1976). *Structure of decision: The cognitive maps of political elites*. Princeton University Press.
- Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction: Research on a treatment of stuttering*. Academic Press.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications* [Unpublished PhD thesis]. Ohio State University.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Routledge. (Original work published 1955)
- Kosko, B. (1986). Fuzzy cognitive maps. *International Journal of Man-Machine Studies*, 24(1), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0020-7373\(86\)80040-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7373(86)80040-2)
- Kosko, B. (1993). *Fuzzy thinking: The new science of fuzzy logic*. Hyperion.
- Novak, J. D., & Musonda, D. (1991). A twelve-year longitudinal study of science concept learning. *American Educational Research Journal*, 28(1), 117-153. <https://doi.org/10.3102%2F00028312028001117>
- Özesmi, U., & Özesmi, S. L. (2004). *Ecological models based on people's knowledge: a multi-step fuzzy cognitive mapping approach*. *Ecological Modelling*, 176(1-2), 43-64. <https://doi.org/10.1016/j.ecolmodel.2003.10.027>

ACTUALIZACIÓN EN PSICOTERAPIAS PARA PERSONAS CON OBESIDAD

UPDATE ON PSYCHOTHERAPY FOR PEOPLE WITH OBESITY

Miriam P. Félix-Alcántara¹

Psicóloga Clínica y Doctora en Psicología
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5567-2769>

Irene Gutiérrez Arana¹

Psicóloga Clínica
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3446-4837>

Alicia Sancho Salinas²

Psicóloga Clínica
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4085-6132>

Eva Ruiz Velasco¹

Enfermera
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3240-0637>

Cristina Banzo Arguis¹

Psiquiatra y Doctora en Medicina
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0149-8264>

María Villacañas Blázquez¹

Psicóloga Clínica
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9457-6446>

Cristina Domínguez García¹

Psicóloga Clínica
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1565-2349>

Rocío Torres Hermosillo³

Psicóloga Interna Residente
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4183-1834>

Javier Quintero¹

Psiquiatra y Doctor en Medicina. Jefe Servicio Psiquiatría
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2491-8647>

1 Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España

2 Hospital de Día de Adolescentes de Gava. Barcelona, España

3 Hospital Universitario de Getafe. Madrid, España

Fecha de recepción v1: 6-10-2020. Fecha de recepción v2: 8-12-2020. Fecha de aceptación: 31-1-2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: miriampatricia.felix@salud.madrid.org

Dirección postal: Miriam P. Félix Alcántara, Psicóloga Clínica, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Infanta Leonor, Avenida Gran Vía del Este 80, 28031. Madrid (España).

© 2021 Revista de Psicoterapia



Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Félix-Alcántara, M. P., Gutiérrez Arana, I., Sancho Salinas, A., Ruiz Velasco, E., Banzo Arguis, C., Villacañas Blázquez, M., Domínguez García, C., Torres Hermosillo, R. y Quintero, J. (2021). Actualización en psicoterapias para personas con obesidad. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 253-271. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.442>

Nota del autor

Este trabajo fue posible gracias al apoyo del Instituto de Salud Carlos III (Proyecto de Investigación en Salud PI16/01275) y del Hospital Universitario Infanta Leonor. Los autores agradecen la participación de todos los pacientes en el estudio.

Resumen

Hoy en día nadie cuestiona la conveniencia de realizar abordajes integrales del paciente con obesidad, que incluyan la intervención psicológica. Sin embargo, aún hay retos pendientes como son el abordaje de los aspectos emocionales implicados en el bienestar de la persona o el mantenimiento de la pérdida ponderal a largo plazo. El objetivo del artículo es dar a conocer los enfoques terapéuticos que tratan de afrontar estos retos. Se realiza una búsqueda bibliográfica en PUBMED. La estrategia de búsqueda se realiza desde la MeSHDatabase incluyendo los conceptos “obesity” y “psychotherapy”. La modificación de conducta (MC) y la terapia cognitivo conductual (TCC) han sido enfoques utilizados buscando el cambio de hábitos, mientras otros enfoques terapéuticos hacen más hincapié en el bienestar de los pacientes que en la gestión del peso. Conocer y complementar estos enfoques con la TCC podría mejorar considerablemente los resultados terapéuticos. Encontramos en la literatura enfoques y técnicas (mindfulness, hipnosis, biofeedback) que buscan ayudar a la persona a autorregularse emocionalmente; otras intervenciones están centradas en la imagen corporal y la autoestima (danzaterapia) y algunas publicaciones comienzan a recomendar el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por movimiento ocular) para personas con obesidad y estrés post-traumático. *Es necesario mejorar los resultados de las intervenciones psicológicas en obesidad para optimizar el bienestar emocional de la persona y el mantener los resultados a largo plazo. Existen enfoques prometedores y complementarios a la TCC que podrían ayudar con estos retos, aunque son necesarios más estudios sobre eficacia-efectividad.*

Palabras claves: Psicoterapia, obesidad, peso, bienestar

Abstract

Nowadays, nobody questions the convenience of carrying out comprehensive approaches to the patient with obesity, including psychological intervention. However, there are still pending challenges such as maintaining long-term weight loss or addressing the emotional aspects involved in the well-being of the person. The objective of the article is to present the therapeutic approaches that try to face these challenges. A bibliographic search was carried out in PUBMED. The search strategy was performed from the MeSHDatabase including the concepts “obesity” and “psychotherapy”. Behavior modification (BM) and cognitive behavioral therapy (CBT) have been approaches used to change habits, while other therapeutic approaches place more emphasis on the wellbeing of patients than on weight management. Knowing and complementing these approaches with CBT could significantly improve the therapeutic results. We find in the literature approaches and techniques (mindfulness, hypnosis, biofeedback) that seek to help the person to emotionally self-regulate; other interventions are focused on body image and self-esteem (dance therapy) and some publications begin to recommend EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) for people with obesity and post-traumatic stress disorder. It is necessary to improve the results of psychological interventions in obesity to achieve the long-term maintenance of weight loss, as well as the emotional well-being of the person. There are promising and complementary approaches to CBT that could help with these challenges, although more studies on efficacy-effectiveness are needed.

Keywords: Psychotherapy, obesity, weight, well-being

“En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos”. Con estas cifras tan preocupantes presenta la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2016) su sección sobre sobrepeso y obesidad añadiendo que cada año mueren como consecuencia un mínimo 2,8 millones de personas, causando más muertes que la insuficiencia ponderal. Igualmente, se ha estimado que el sobrepeso y la obesidad constituyen el quinto factor de riesgo de defunción (Organización Panamericana de la Salud, 2014) y reducen la esperanza de vida entre 5 y 20 años (Fontaine et al., 2003).

Asimismo, la obesidad repercute de forma preocupante en la salud, asociándose a enfermedades crónicas graves: enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertrigliceridemia o hipertensión (Skolnik y Ryan, 2014) y afectando también a la salud mental, asociada a Trastornos del Estado de Ánimo y de Ansiedad (Félix-Alcántara et al., 2015; Jari et al., 2014; Quintero et al., 2016; Quintero et al., 2018). Este incremento de la morbilidad conlleva la sobrecarga del Sistema de Salud y eleva considerablemente el gasto sanitario (Apovian, 2013).

En España, la obesidad se ha consolidado como un problema de Salud Pública de primera magnitud. Según la última Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017) en la población adulta española la prevalencia de la obesidad estaba en el 17% mientras que el sobrepeso ascendía al 37%. Las cifras en menores son, si cabe, más alarmantes: el 10,3 % de los españoles de entre 2 a 17 años presenta obesidad y el 28,26% tiene sobrepeso, constituyendo España el cuarto país europeo de mayor prevalencia de obesidad en esta población.

La obesidad tiene una etiología y una evolución complejas en las que se combinan factores genéticos, biológicos, ambientales, socioculturales y psicológicos. Cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de la resistencia al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio en personas con obesidad (Félix-Alcántara et al., 2015; Hemmingsson, 2014, 2018; Quintero et al., 2018), por ello consideramos imprescindible el abordaje terapéutico de los factores psicológicos para lograr cambios significativos y duraderos.

Tradicionalmente se ha abordado el problema de la obesidad desde un enfoque puramente médico, centrado en la balanza ingesta calórica–gasto energético. Sin embargo, este tipo de intervenciones han mostrado resultados débiles e inconsistentes (Hooper et al., 2012) con un mínimo impacto a largo plazo (Johansson et al., 2014). Sin duda, la modificación del balance energético es condición necesaria para el abordaje de la obesidad, pero también parece claro, que no es suficiente. Además, el paradigma de salud centrado en el peso está contribuyendo al estigma por el peso, la fobia a las grasas, la reducción de la salud y bienestar y una peor calidad de vida. En respuesta a las críticas de este modelo, ha surgido un nuevo paradigma que cambia el enfoque del peso al bienestar. El objetivo es la mejora de la salud y el bienestar, en lugar de etiquetar a las personas según categorías normativas de peso (O’Hara y Taylor, 2018).

Por otro lado, las intervenciones psicológicas han mostrado eficacia en el abordaje de la obesidad. En una revisión Cochrane realizada en 2005 (Shaw et al., 2005) se analizaron 36 estudios que incluían una muestra de 3495 participantes y concluyeron que existía evidencia científica sólida de que las intervenciones psicológicas (modificación de conducta y terapia cognitivo conductual) son eficaces para reducir el peso corporal, siendo este efecto más potente en combinación con *counseling* sobre nutrición y ejercicio.

A raíz de estos estudios, la recomendación de incluir intervenciones psicológicas en el abordaje de la obesidad ya aparece en numerosas guías de práctica clínica, como por ejemplo la elaborada por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad -SEEDO- (Lecube et al., 2017; Rubio et al., 2007), o las publicadas los últimos años en Estados Unidos (Jensen et al., 2014) y en Australia (National Health and Medical Research Council, 2013).

Quizá ya nadie cuestiona la conveniencia de realizar abordajes integrales de la obesidad que incluyan la intervención psicológica; sin embargo, aún quedan retos pendientes. Por un lado, abordar los aspectos emocionales específicos que están implicados en que los resultados en el cambio de peso, alimentación y ejercicio físico se mantengan a largo plazo, pues se ha visto que las recaídas son frecuentes (Teixeira et al., 2015; Van Dorsten y Lindley, 2011) y, por otro lado, mejorar el bienestar psicológico de las personas con obesidad yendo más allá del peso (Volery et al., 2015).

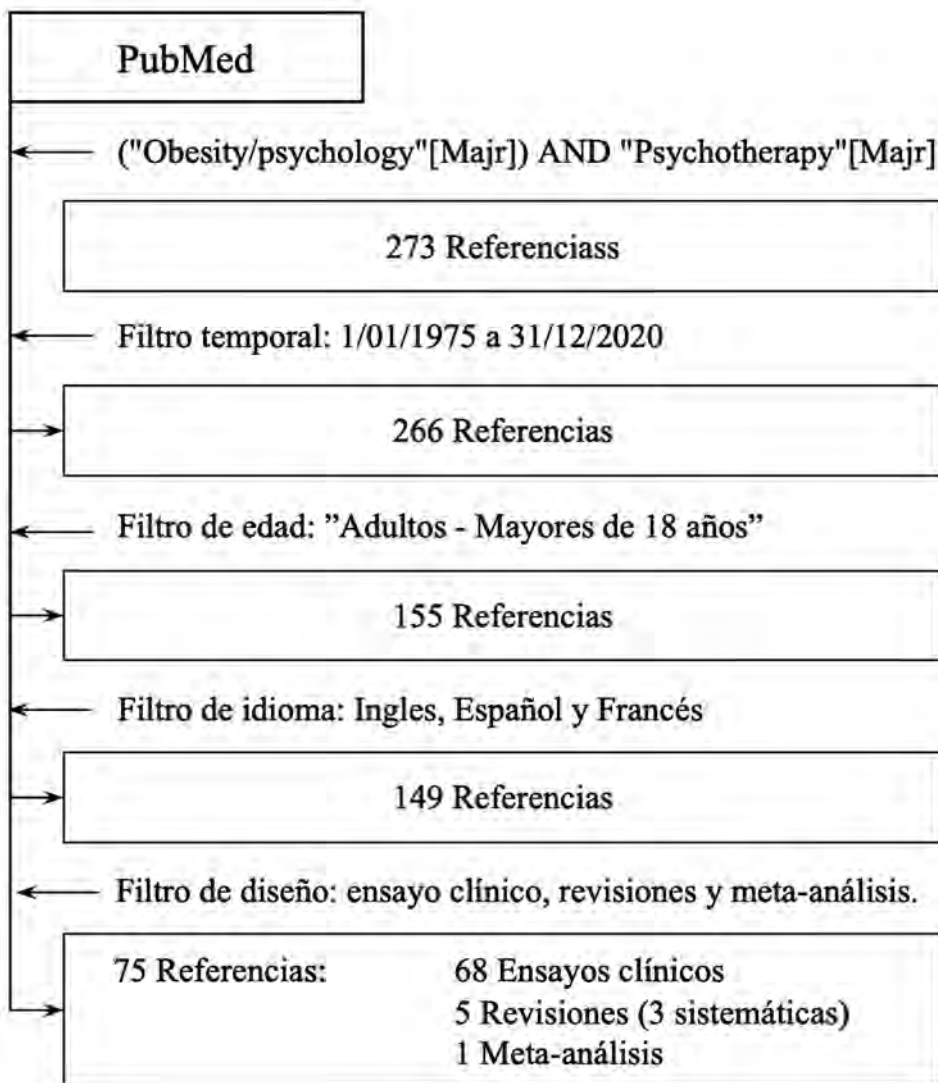
El objetivo de este artículo es realizar una revisión teórica y bibliográfica sobre los avances en psicoterapia en el abordaje de la obesidad.

Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica informatizada mediante la base de datos PubMed para identificar los artículos científicos publicados desde el 1 de enero de 1975 hasta el 31 de diciembre del 2020 sobre las distintas psicoterapias utilizadas en el abordaje de la obesidad en adultos. La estrategia de búsqueda se realiza desde la MeSHDatabase incluyendo los conceptos “obesity” y “psychotherapy” como *Major Topic*. En el caso de “obesity” se limitan los artículos al área de la psicología. Se han incluido estudios publicados en español, inglés y francés.

A través de esta revisión se han identificado 273 referencias, de las que finalmente se han revisado 75 artículos que correspondían a ensayos clínicos, revisiones y metaanálisis, tras aplicar los filtros de idioma y edad (ver figura 1).

Figura 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica



Resultados

En la revisión bibliográfica encontramos numerosos avances respecto del abordaje psicológico de la obesidad. Se están desarrollando y evaluando programas de intervención desde enfoques psicoterapéuticos distintos a la terapia cognitivo-conductual (TCC), que es lo que clásicamente se había propuesto (Shaw et al., 2005) y que, además, al igual que los tratamientos médicos tradicionales, estaban centrados únicamente en la pérdida ponderal (Burke et al., 2011).

La modificación de conducta y la TCC han sido enfoques muy utilizados para

lograr el objetivo del cambio de hábitos, pero se está poniendo de manifiesto gran dificultad en mantener estos resultados a largo plazo, posiblemente porque este enfoque está centrado principalmente en lograr la pérdida ponderal atendiendo menos al componente emocional. En este sentido, otros enfoques terapéuticos hacen más hincapié en el bienestar emocional de los pacientes obesos que en el peso. Algunos enfoques, como el Mindfulness, la Hipnosis o el Biofeedback, buscan ayudar a la persona a autorregularse mejor emocionalmente. Otras intervenciones están centradas en mejorar la imagen corporal y la autoestima, como es el caso de la Danzaterapia. Finalmente, algunas publicaciones comienzan a recomendar el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) para personas con obesidad y trastorno por estrés post-traumático comórbido. A continuación, haremos una breve descripción de los distintos enfoques psicoterapéuticos utilizados en el abordaje de la obesidad y de su eficacia.

Modificación de Conducta

El primer enfoque psicoterapéutico aplicado al ámbito de la obesidad fue la modificación de conducta, cuyo principio básico es que las conductas son aprendidas y pueden modificarse, por tanto, se busca identificar las conductas que contribuyen a mantener un peso elevado tanto en lo referente a la ingesta como a la actividad física para entender su condicionantes y así poderlas modificar adecuadamente (Jeffery et al., 2000).

Son muchas las investigaciones que avalan la modificación de conducta en cuanto a pérdida ponderal se refiere. Burgess y colaboradores (2017) realizaron un metaanálisis con el objetivo de determinar si las estrategias de modificación de conducta (como el establecimiento de metas, la entrevista motivacional, la prevención de recaídas o la reestructuración cognitiva) mejoraban la adherencia a los programas de cambio de estilo de vida en personas adultas con obesidad. Identificaron 30 estudios de los que analizaron 12, concluyendo que existía un efecto positivo significativo del tratamiento conductual en la adherencia a los programas y el tiempo de actividad física por semana.

En una revisión sistemática (Baker et al., 2016) que evaluaba la eficacia de las intervenciones conductuales sobre actividad física en reducción de adiposidad, mejoría de la capacidad física y mejora en la salud mental de mujeres postmenopáusicas con sobrepeso u obesidad concluyó que, aunque se reducía la adiposidad y mejoraba la capacidad física, no se modificaron significativamente los niveles de estrés, ansiedad, depresión o calidad de vida.

Terapia Cognitiva

En la década de 1960 aparece la Terapia Cognitiva de la mano de Aaron Beck quien postuló que las interpretaciones negativamente sesgadas y erróneas de los eventos internos y externos se encuentran en el núcleo de percepciones negativas de uno mismo, su futuro y el mundo en general (Beck, 2005). La terapia cognitiva se

funda sobre la premisa de que la manera en que una persona piensa sobre sí mismo determinará la forma de responder emocional y conductualmente. El objetivo de las terapias cognitivas sería entonces modificar, eliminar o reducir los eventos privados (cogniciones, emociones, creencias,...) que generan malestar. En el contexto de la obesidad, si una persona ha realizado muchos intentos fallidos de perder peso albergará gran cantidad de distorsiones cognitivas en torno a la pérdida de peso. Siguiendo el legado de su padre, Judith Beck adaptó el método propuesto por su padre al tratamiento del sobrepeso (Beck, 2012), si bien no hemos encontrado evidencia científica sobre su efectividad en obesidad.

Terapia Cognitivo-Conductual

La combinación de ambos enfoques, denominada Terapia Cognitivo Conductual (TCC) integra elementos de ambas teorías y ha mostrado ampliamente su eficacia en el abordaje psicoterapéutico de la obesidad. En un metaanálisis reciente llevado a cabo por Palavras y colaboradores (2017) se encontró que tanto la TCC como la terapia conductual de pérdida de peso eran eficaces en la reducción de la frecuencia de atracones en personas con obesidad, pero solo a corto plazo, siendo superior la TCC a la terapia conductual. Sin embargo, no se encontraron pruebas de la eficacia de ninguno de los dos enfoques en el mantenimiento de la pérdida ponderal a largo plazo. En otro meta-análisis (Jacob et al., 2018) se pone de manifiesto que la TCC no sólo ayuda a perder peso, sino que también reduce la alimentación emocional.

Sin embargo, no todos los estudios avalan la eficacia de la TCC. Un ensayo clínico reciente que evaluaba los efectos a largo plazo de la TCC aplicada pre-cirugía bariátrica, y concluyó que un tratamiento de 11 sesiones de TCC no se asoció después de 4 años con mejores resultados en reducción de conductas alimentarias disfuncionales, ni pérdida de peso, ni mejora de síntomas afectivos ni mejor calidad de vida (Hjelmæsæth et al., 2019).

Terapias conductuales de tercera generación

Las Terapias de Tercera Generación (TTG) o terapias contextuales, surgen en un intento de superar las limitaciones de la TCC. Son terapias cuya raíz es el conductismo radical y el contextualismo funcional y buscan la aceptación del malestar (emociones y pensamientos que se viven como incompatibles con una vida orientada a valores). A través del trabajo experiencial se busca alterar la función de los eventos privados (emociones y pensamientos), a través de la ampliación del contexto verbal. Desde las terapias contextuales se entiende la ingesta de la comida altamente calórica como una conducta dirigida a la evitación experiencial, cuya función es no entrar en contacto con emociones y pensamientos negativos y, desde ahí, el trabajo psicoterapéutico irá dirigido a que el paciente contacte con sus valores como medio para darle un sentido a la experimentación del malestar, y por tanto para alterar su función. De este modo el comportamiento del paciente será cada vez más flexible y dirigido a una vida más plena y no limitado por la evitación del

malestar. Algunas de estas terapias son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Analítico Funcional o la Terapia Dialéctico Conductual.

En el 2016 se publicó un meta-análisis que evaluó el impacto de intervenciones como la reducción del Estrés basada en la Atención Plena (MBSR), la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Entre los mecanismos potenciales que explican su utilidad se podrían incluir una mayor motivación para implementar cambios en el estilo de vida, una mayor capacidad para reflexionar sobre las elecciones de estilo de vida, la reducción del malestar emocional o una mayor conciencia y autorregulación de las experiencias corporales. Los resultados encontrados (Rogers et al., 2017) muestran efectos positivos grandes en la mejoría de las conductas alimentarias, efectos medios para la depresión, la ansiedad y las actitudes alimentarias y efectos pequeños para el índice de masa corporal (IMC), y metacognición.

En comparación con la terapia conductual estándar (Forman et al., 2016) encontraron que los resultados obtenidos en la pérdida y mantenimiento del peso podían mejorarse integrando habilidades de autorregulación como la tolerancia a las emociones negativas y un aumento del compromiso y conciencia en la toma de decisiones propias de las intervenciones basadas en la aceptación (Forman et al., 2016).

Mindfulness

El *Mindfulness*, también llamado atención o conciencia plena, consiste en estar atento de manera intencional a lo que hacemos, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia. Se está aplicando a distinto tipo de problemas psicológicos con efectos prometedores. En obesidad, se ha demostrado que las intervenciones basadas en el *Mindfulness* son útiles tanto para reducir el peso corporal (Carriere et al., 2018) como para mejorar la conducta alimentaria, ayudando a reducir la ingesta emocional (Camilleri et al., 2015; Ouwens et al., 2015), los atracones y las ingestas asociadas a señales externas (O'Reilly et al., 2014).

Las intervenciones que integran el *Mindfulness*, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la autocompasión son percibidas como útiles cuando se trata la relación entre el peso no deseado y sus experiencias internas (pensamientos, emociones e impulsos). Además, se asocia con un aumento significativo de la calidad de vida, el ejercicio físico y una reducción en variables como el estigma interiorizado, comportamientos alimentarios poco saludables, IMC, autocrítica, evitación experiencial relacionada con el peso y síntomas psicopatológicos en el post tratamiento (Palmeira et al., 2017).

Biofeedback y Neurofeedback

El biofeedback (BFK) consiste en proporcionar retroalimentación física o auditiva sobre parámetros fisiológicos como la actividad electrodérmica o la frecuencia cardíaca, mientras se entrena al sujeto en habilidades que permiten

modificar estos parámetros fisiológicos (Teufel et al., 2013). Es una técnica que ha mostrado evidencia para inducir relajación y mejora la autoeficacia; y desde 2011 se viene estudiando su aplicabilidad en obesidad. En un estudio (Teufel et al., 2013) se aleatorizó a 31 mujeres a tres condiciones experimentales, BFK con estímulos neutros, BFK con estímulos relacionados con la comida y un tercer grupo control. Se encontró que todas las mujeres con BFK mejoraron su autoeficacia y nivel de estrés, las del BFK con estímulos neutros aumentaron su habilidad para relajarse y las de BFK con comida mejoraron su conducta alimentaria.

El neurofeedback es una forma sofisticada de BFK basada en el registro de actividad cortical, donde se pretende modificar determinados patrones de actividad cerebral. Se ha utilizado para mejorar la concentración y favorecer la regulación emocional (Fajardo y Guzmán, 2016). Dalton y colaboradores (2017) realizaron una revisión sobre la aplicación del neurofeedback en obesidad. Encontraron 7 series de casos, 7 ensayos clínicos aleatorizados y 21 estudios en proceso, lo cual mostraba que se trataba de un área de interés creciente. Los resultados de estos estudios son prometedores, aunque poco concluyentes, pues sólo plantean que el neurofeedback podría ser útil para reducir los atracones, para potenciar la elección de comidas menos calóricas o para mejorar el autocontrol.

Spetter y colaboradores (2017) entrenaron a 8 varones con sobrepeso u obesidad a regular funcionalmente la conectividad entre las zonas dorsolateral y ventromedial del lóbulo prefrontal, implicadas tanto en el funcionamiento ejecutivo como en el procesamiento de las recompensas. Tras el entrenamiento, apareció una tendencia a buscar alimentos menos calóricos; si bien, no se controló el consumo de alimentos durante el estudio, pudiendo haber influido también en el cambio de tendencia. En un estudio posterior (Kohl et al., 2019) superaron las limitaciones metodológicas previas realizando un ensayo clínico en el que aleatorizaron a 38 sujetos, 17 buscaban aumentar la actividad del córtex prefrontal dorsolateral, mientras que los 21 controles hacían lo mismo en áreas visuales. Encontraron que la estimulación de las áreas visuales también generaba estimulación en el córtex prefrontal dorsolateral. En ambos grupos se potenció la elección de comidas menos calóricas.

Intervenciones Neuropsicológicas

La obesidad se ha relacionado con ciertos déficits neurocognitivos (Lang et al., 2014), como la alteración de la coherencia central, la impulsividad, la afectación de la toma de decisiones o la rigidez cognitiva; si bien no se ha relacionado el nivel de afectación cognitiva con el grado de obesidad (Eichen et al., 2017). Se ha evidenciado que bajar voluntariamente de peso se asocia a un mejor funcionamiento cognitivo, especialmente de la memoria y la atención (Veronese et al., 2017). Y aunque se entiende que la relación podría ser bidireccional, apenas existen estudios que valoren si la rehabilitación cognitiva podría facilitar la bajada de peso.

En un ensayo clínico, se valoró la eficacia de una adaptación para personas obesas de la Terapia de Remediación Cognitiva (Raman et al., 2018) encontrando

que los sujetos que recibían la intervención tenían mayor flexibilidad cognitiva y menor frecuencia de atracones que los sujetos control, y perdieron al menos el 5% del peso corporal, mientras que sólo un 15% de los controles logró tal pérdida.

Hipnosis

La hipnosis consiste en inducir al paciente un estado de conciencia que hipotéticamente favorece los cambios. Muchos autores sugieren que la hipnosis podría ser valiosa para la reducción ponderal en obesidad, pero que además podría favorecer el trabajo sobre la imagen corporal, las distorsiones y la ansiedad secundaria a la pérdida de peso; así mismo podría potenciar la autoestima, la autoeficacia y la motivación de los pacientes (Volery et al., 2015).

Sin embargo, la hipnosis ha recibido poca atención en investigaciones formales (Entwistle et al., 2014). Existen dos metaanálisis de los años noventa (Allison y Faith, 1996; Kirsch et al., 1995) que muestran que la hipnosis potencia los resultados de la terapia cognitivo-conductual en el ámbito de la obesidad y de la reducción de peso. Desde entonces, se han publicado pocos artículos sobre esta temática y ninguna revisión ni meta-análisis.

Danzaterapia

La Danzaterapia hace un uso psicoterapéutico del movimiento con el objetivo de promover la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo. Se parte de la idea de que mente, cuerpo y alma interactúan entre sí formando una unidad psicofísica y, por tanto, el movimiento y la postura podrían influir en el pensamiento y los sentimientos. De momento pocas investigaciones la avalan, pero los resultados son alentadores.

Wagener y colaboradores (2012) se aleatorizaron a 40 adolescentes a lista de espera o a un programa de danzaterapia. Los sujetos que realizaron el programa aumentaron su sensación de competencia sobre hacer ejercicio físico, mejoraron las relaciones familiares, y las madres reportaron menores índices de sintomatología externalizante e internalizante en sus hijos. Sin embargo, no se encontraron cambios en el peso corporal.

En otro estudio (Allet et al., 2017) se compararon los efectos de añadir al programa de educación para la salud convencional (consistente en el tratamiento de problemas médicos asociados, abordaje de aspectos cognitivo-conductuales de la obesidad y actividad física) un programa de danzaterapia. No se encontró efecto sobre la capacidad física o funcional, pero sí un incremento en la autoestima y calidad de vida. Concluyeron que la danzaterapia facilita una mayor interacción e integración social que puede aumentar el bienestar emocional y físico.

EMDR

El EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular) es una psicoterapia empíricamente validada para tratar el Trastorno por Estrés

Postrumático, TEPT (American Psychological Association, 2017), así como otras experiencias vitales negativas y se basa en la idea de que las experiencias adversas de la vida contribuyen a la patología tanto psicológica como biomédica.

Las personas con TEPT son más propensas a desarrollar obesidad (Bartoli et al., 2015), y se contempla el EMDR como tratamiento de elección para las personas que presentan ambas condiciones (Volery et al., 2015) aunque aún no se ha publicado ningún estudio específico sobre obesidad y EMDR, tan solo algún caso clínico (Halvgaard, 2015).

La relación entre la obesidad y las experiencias vitales adversas va más allá del diagnóstico de TEPT. Varias revisiones sistemáticas y meta-análisis (Hemmingsson et al., 2014; Palmisano et al., 2016) han evidenciado esta relación. El trauma psicológico se produce cuando un evento (o conjunto de eventos) genera una activación emocional anormal que la persona no logra regular por sí misma; de esta manera, la comida puede funcionar como una forma de automedicación (Hemmingsson, 2018), ayudando a regular el mundo emocional. Se ha planteado la intervención específica sobre estas experiencias negativas como un punto clave en el abordaje psicoterapéutico de la obesidad (Seijo, 2018), pudiendo ser el EMDR una herramienta con gran utilidad en estos casos.

Identificación e intervención sobre factores moduladores

Además del tipo de psicoterapia empleada, en la revisión bibliográfica hemos encontrado numerosas publicaciones que ponen de manifiesto la importancia de tener en cuenta los factores moduladores que median en la eficacia de los tratamientos de la obesidad y que podrían explicar la variabilidad en los resultados terapéuticos.

Se han identificado numerosos factores moduladores que podrían mediar en los resultados de estas intervenciones psicológicas, como por ejemplo, el sexo (Robertson et al., 2014), la motivación, la autoeficacia, la autorregulación, la autodeterminación, la impulsividad, la imagen corporal o la restricción alimentaria flexible (Garaulet y Perez de Heredia, 2010).

En relación al sexo, debemos tener en cuenta una serie de peculiaridades en la obesidad masculina (Robertson et al., 2014). Los varones presentan mayores índices de obesidad y, sin embargo, son menos conscientes de que se trate de un problema de salud y, por tanto, es menos probable que soliciten ayuda psicológica para solucionarlo.

Es importante estudiar tanto los factores implicados en la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos como aquellos implicados en el mantenimiento de los resultados en el largo plazo. En este sentido, parece evidente que el ejercicio físico, los cambios hacia un estilo de vida saludable y el desarrollo de habilidades de autorregulación y autocontrol son pilares necesarios en todo programa de tratamiento de la obesidad (Annesi y Marengo, 2017; Teixeira et al., 2015). Asimismo, dos aspectos especialmente importantes en el mantenimiento de resultados a largo plazo son el apoyo por parte de la red familiar y/o social (Ahlgren et al., 2016; Livia

et al., 2016) y la motivación, en concreto el establecimiento de una meta personal (Ahlgren et al., 2016; Livia et al., 2016). En una reciente revisión sistemática (Coupe et al., 2019) se muestra que los dispositivos de compromiso, como los contratos conductuales (especialmente cuando son públicos) pueden ser útiles para mejorar los resultados de la pérdida de peso, al menos a corto plazo.

La prescripción de la “dieta mediterránea” se está imponiendo sobre las dietas restrictivas para la pérdida de peso en obesidad (Schwarzfuchs et al., 2012) porque, además de haber demostrado eficacia para reducir tanto el peso como el riesgo cardiovascular (Estruch et al., 2013, 2018), se basa en una alimentación variada y equilibrada que cuenta con una serie de beneficios psicológicos.

Otro aspecto importante que abordar es la imagen corporal. Varios estudios muestran cómo el hecho de percibir que la imagen corporal cambia con la pérdida de peso es un factor influyente en el mantenimiento de esa pérdida (Teixeira et al., 2015). Pero también hay que tener en cuenta que los cambios en la imagen corporal no necesariamente están relacionados con los cambios en el peso (Foster et al., 1997). Los tratamientos dirigidos a mejorar la percepción y satisfacción respecto de la imagen corporal tienen el objetivo de lograr una mayor aceptación de la forma y del peso (Volery et al., 2015) y se fundamentan en tres pilares (Bell y Rushforth, 2008): 1) la atención plena, aceptación y postura no enjuiciadora; 2) la reducción de las conductas compulsivas y de evitación por medio de la exposición con prevención de respuestas; y 3) la reevaluación de las imágenes de los medios de comunicación.

Conclusiones

En la obesidad, es imprescindible realizar un abordaje multidisciplinar que, además del tratamiento endocrinológico y nutricional, incluya la intervención psicológica. Hay enfoques psicoterapéuticos muy diversos (ver tabla 1), unos dirigidos más a la pérdida ponderal mientras otros ponen el énfasis en el bienestar emocional. Cabe recordar que, independientemente del enfoque terapéutico utilizado, cualquier intervención psicológica ha de basarse en una evaluación individualizada y pormenorizada de cada caso.

Tabla 1. Enfoques psicoterapéuticos en obesidad clasificados en función de su objetivo terapéutico principal

OBJETIVO	PSICOTERAPIAS	Principales referencias
Cambio conductual	Modificación de Conducta Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	Pérdida de peso leve o moderada, avalada por Revisiones sistemáticas y metaanálisis Revisión Cochrane- Shaw et al., 2005 Burgess et al., 2017 Palavras et al., 2017 Jacob et al., 2018
Gestión emocional	Terapias de Tercera Generación (TTG)	TTG: Reduce “comer emocional” O'Reilly et al., 2014 Palmeira et al., 2017 Raja-Khan et al., 2017 Rogers et al., 2017 Carriere et al., 2018 TTG se asocia a mayor pérdida ponderal que la TCC Forman et al., 2016
	Hipnosis	Poca atención en investigaciones formales Entwistle et al., 2014 Potencia los resultados de la TCC sobre el peso Allison y Faith, 1996; Kirsch et al., 1995
	Biofeedback (BKF) y Neurofeedback	BKF mejora conducta alimentaria Teufel et al., 2013 El Neurofeedback reduce los atracones y mejora el autocontrol Schmidt y Martin, 2016 ; Spetter et al., 2017
Rehabilitación cognitiva	Terapia de Remediación Cognitiva	Reduce atracones y peso, en relación con mayor flexibilidad Raman et al., 2018
Insatisfacción corporal	Intervenciones corporales Danzaterapia	Mejora bienestar emocional, no resultados en peso Wagener et al., 2012 Muller-Pinget et al., 2012 Allet et al., 2017
Si T. Estrés Postraumático	Desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR)	No ensayos clínicos. Solo propuesta teórica (Volery, 2015) y caso clínico (Halvgaard, 2015).

Aún quedan retos pendientes para la Psicología Clínica respecto del abordaje de la obesidad: conocer los factores emocionales implicados en la obesidad, conseguir que los cambios en el peso se mantengan en el tiempo e ir más allá del peso para lograr que las personas con obesidad tengan el mayor bienestar emocional posible.

La TCC sigue siendo la intervención psicológica más eficaz para perder

peso, pero otros tipos de psicoterapia muestran mejores resultados respecto de la regulación emocional (Mindfulness, Biofeedback, Hipnosis) o la satisfacción con la imagen corporal (Danzaterapia). Asimismo, para casos de obesidad asociados al trastorno de estrés postraumático se recomienda la utilización del EMDR. Sin embargo, y a pesar de que las publicaciones han aumentado en la última década cabe indicar que los estudios sobre eficacia/efectividad de los distintos enfoques terapéuticos son escasos, y son necesarios más estudios de investigación clínica.

Referencias

- Ahlgren, C., Hammarstrom, A., Sandberg, S., Lindahl, B., Olsson, T., Larsson, C. y Fjellman-Wiklund, A. (2016). Engagement in New Dietary Habits-Obese Women's Experiences from Participating in a 2-Year Diet Intervention [Participación en nuevos hábitos dietéticos: experiencias de mujeres obesas en una intervención dietética de dos años]. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 84-93. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9495-x>
- Allet, L., Muller-Pinget, S., Punt, I., Edelsten, C., Ballif, A., Golay, A. y Pataky, Z. (2017). Dance therapy combined with patient education improves quality of life of persons with obesity: A pilot feasibility study for a randomised controlled trial [La terapia de baile combinada con la educación del paciente mejora la calidad de vida de las personas con obesidad: un estudio piloto de viabilidad para un ensayo aleatorio controlado]. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(1), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.03.005>
- Allison, D. B. y Faith, M. S. (1996). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: a meta-analytic reappraisal [Hipnosis como un adyuvante en psicoterapia cognitivo-conductual para obesidad: una reevaluación metaanalítica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 513-516. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.3.513>
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD [Guía de práctica clínica para el tratamiento del TEP]*. American Psychological Association.
- Annesi, J. J. y Marenco, N. (2017). Psychosocial changes as correlates of weight regain vs. continued loss within 2-year trials of a self-regulation-focused community-based intervention [Cambios psicosociales como correlatos de la ganancia de peso contra la pérdida de peso continuada en dos años ensayos de una intervención comunitaria centrada en la autorregulación]. *Clinical Obesity*, 7(1), 22-33. <https://doi.org/10.1111/cob.12173>
- Apovian, C. M. (2013). The clinical and economic consequences of obesity [Las consecuencias clínicas y económicas de la obesidad]. *The American Journal of Managed Care*, 19(11 Suppl), s219-s228.
- Baker, A., Sirois-Leclerc, H. y Tulloch, H. (2016). The impact of long-term physical activity interventions for overweight/obese postmenopausal women on adiposity indicators, physical capacity, and mental health outcomes: A systematic review [El impacto a largo plazo de la actividad física en intervenciones para mujeres postmenopáusicas con sobrepeso/obesidad sobre indicadores de adiposidad, capacidad física y resultados de salud mental: una revisión sistemática]. *Journal of Obesity*, 2016, 6169890. <https://doi.org/10.1155/2016/6169890>
- Bartoli, F., Crocamo, C., Alamia, A., Amidani, F., Paggi, E., Pini, E., Clerici, M. y Carrà, G. (2015). Posttraumatic stress disorder and risk of obesity: systematic review and meta-analysis [Trastorno de estrés postraumático y riesgo en obesidad: revisión sistemática y metanálisis]. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(10), e1253-1261. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09199>
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective [El estado actual de la terapia cognitiva: una retrospectiva de cuarenta años]. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 953-959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Beck, J. S. (2012). *The Beck diet solution: Train your brain to think like a thin person* [La solución dietética de Beck: Entrena tu cerebro para pensar como una persona delgada]. Hachette UK.
- Bell, L. y Rushforth, J. (2008). *Overcoming body image disturbance: A programme for people with eating disorders [Superando la alteración de la imagen corporal: un programa para persona con trastornos alimentarios]*. Routledge.

- Burgess, E., Hassmen, P., Welvaert, M. y Pampa, K. L. (2017). Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis [Estrategias de tratamiento de comportamiento mejoran la adherencia a los programas de intervención en el estilo de vida en adultos con obesidad: una revisión sistemática y un metaanálisis]. *Clinical Obesity*, 7(2), 105-114. <https://doi.org/10.1111/cob.12180>
- Burke, L. E., Wang, J. y Seivick, M. A. (2011). Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature [Autocontrol en la pérdida de peso: una revisión sistemática de la literatura]. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(1), 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.10.008>
- Camilleri, G. M., Mejean, C., Bellisle, F., Hercberg, S. y Peneau, S. (2015). Association between Mindfulness and weight status in a general population from the NutriNet-Sante Study [Asociación entre mindfulness y estatus de peso en población general desde el estudio Nitrinet-Sante]. *PLoS One*, 10(6), e0127447. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0127447>
- Carriere, K., Khoury, B., Gunak, M. M. y Knauper, B. (2018). Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis [Intervenciones basadas en mindfulness para pérdida de peso: una revisión sistemática y metanálisis]. *Obesity Reviews*, 19(2), 164-177. <https://doi.org/10.1111/obr.12623>
- Coupe, N., Peters, S., Rhodes, S. y Cotterill, S. (2019). The effect of commitment-making on weight loss and behaviour change in adults with obesity/overweight; a systematic review [El efecto del compromiso sobre la pérdida de peso y cambio comportamental en adultos con obesidad/sobrepeso; una revisión sistemática]. *BMC Public Health*, 19(1), 816. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7185-3>
- Dalton, B., Campbell, I. C. y Schmidt, U. (2017). Neuromodulation and neurofeedback treatments in eating disorders and obesity [Tratamientos de neuromodulación y neurofeedback en trastornos alimentarios y obesidad]. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 458-473. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000361>
- Eichen, D. M., Matheson, B. E., Appleton-Knapp, S. L. y Boutelle, K. N. (2017). Neurocognitive treatments for eating disorders and obesity [Tratamientos neurocognitivos para los trastornos alimentarios y obesidad]. *Current psychiatry reports*, 19(9), 62. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0813-7>
- Entwistle, P. A., Webb, R. J., Abayomi, J. C., Johnson, B., Sparkes, A. C. y Davies, I. G. (2014). Unconscious agendas in the etiology of refractory obesity and the role of hypnosis in their identification and resolution: a new paradigm for weight-management programs or a paradigm revisited? [Agendas inconscientes en la etiología de la obesidad refractaria y el papel de la hipnosis y su identificación y resolución: ¿un nuevo paradigma para los programas de control de peso o un paradigma revisado?]. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(3), 330-359. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.901085>
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sorlí, J. V., Martínez, J. A., Fitó, M., Gea, A., ... Martínez-González, M. A. (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts [Prevención primaria de enfermedades cardiovasculares con una dieta mediterránea complementada con frutos secos o aceite de oliva virgen extra]. *New England Journal of Medicine*, 378(25), e34. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sorlí, J. V., Martínez, J. A. y Martínez-González, M. A. (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet [Prevención primaria de enfermedad cardiovascular con una dieta Mediterránea]. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-1290. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1200303>
- Fajardo, A. y Guzmán, A. L. (2016). Neurofeedback, aplicaciones y eficacia. *Interdisciplinaria*, 33(1), 81-93.
- Félix-Alcántara, M. P., Banzo-Arguís, C., Alonso Martín, V., Fernández Rojo, S. y Quintero Gutiérrez del Álamo, J. (2015). Abordaje grupal en el tratamiento de la obesidad. Experiencia de dos hospitales públicos de Madrid. *Avances en Psicología Clínica*, 2014.
- Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O. y Allison, D. B. (2013). Years of life lost due to obesity [Años de vida perdidos debido a la obesidad]. *JAMA*, 309(2), 187-193. <https://doi.org/10.1001/jama.289.2.187>
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P. y Thomas, J. G. (2016). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial [Tratamiento basado en la aceptación versus tratamiento estándar comportamental para la obesidad: resultados de ensayo aleatorio controlado 'mind your health']. *Obesity*, 24(10), 2050-2056. <https://doi.org/10.1002/oby.21601>
- Foster, G. D., Wadden, T. A. y Vogt, R. A. (1997). Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment [Imagen corporal en mujeres obesas antes, durante y después del tratamiento de pérdida de peso]. *Health Psychology*, 16(3), 226-229. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.16.3.226>

- Garaulet, M. y Perez de Heredia, F. (2010). Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet [Terapia conductual en el tratamiento de la obesidad (II): el papel de la dieta Mediterránea]. *Nutrición Hospitalaria*, 25(1), 9-17.
- Halvgaard, K. (2015). Single case study: Does EMDR psychotherapy work on emotional eating? [Estudio de caso único: ¿Funciona la psicoterapia EMDR sobre la ingesta emocional?]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 188-197. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.188>
- Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention [Un nuevo modelo del papel de la angustia psicológica y emocional en la promoción de la obesidad: revisión conceptual con implicaciones para el tratamiento y la prevención]. *Obesity Review*, 15(9), 769-779. <https://doi.org/10.1111/obr.12197>
- Hemmingsson, E. (2018). Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication [Factores de riesgo en obesidad en la infancia temprana: Adversidad socioeconómica, disfunción familiar, angustia descendente y automedicación con comida basura]. *Curr Obes Rep*, 7, 204-209. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0310-2>
- Hemmingsson, E., Johansson, K. y Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis [Efecto del abuso infantil sobre la obesidad en adultos: na revisión sistemática y un metanálisis]. *Obesity Review*, 15(11), 882-893. <https://doi.org/10.1111/obr.12216>
- Hjelmestaeth, J., Rosenvinge, J. H., Gade, H. y Friberg, O. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy on eating behaviors, affective symptoms, and weight loss after bariatric surgery: a randomized clinical trial [Efectos de la terapia cognitiva conductual sobre los trastornos alimentarios, síntomas afectivos, y pérdida de peso tras cirugía bariátrica: un ensayo clínico aleatorizado]. *Obesity Surgery*, 29, 61-69. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3471-x>
- Hooper, L., Abdelhamid, A., Moore, H. J., Douthwaite, W., Skeaff, C. M. y Summerbell, C. D. (2012). Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies [Efecto de la reducción las grasas ingeridas sobre la pérdida de peso y resultados psicológicos: Un metanálisis de ensayos controlados aleatorios y estudios de cohorte]. *BMJ*, 345, e7666. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7666>
- Jacob, A., Moullec, G., Lavoie, K. L., Laurin, C., Cowan, T., Tisshaw, C., Kazazian, C., Raddatz, C. y Bacon, S. L. (2018). Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis [Impacto de intervenciones cognitivos-conductuales sobre la pérdida de peso y resultados psicológicos: Un metanálisis]. *Health Psychol*, 37(5), 417-432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
- Jari, M., Qorbani, M., Motlagh, M. E., Heshmat, R., Ardalan, G., y Kelishadi, R. (2014). Association of Overweight and Obesity with Mental Distress in Iranian Adolescents: The CASPIAN-III Study [Asociación del sobrepeso y obesidad con angustia mental en adolescentes iraníes: El estudio CASPIAN-III]. *International journal of preventive medicine*, 5(3), 256-261.
- Jeffery, R. W., Drewnowski, A., Epstein, L. H., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., Wing, R. R. y Hill, D. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: current status [Mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo: estado actual]. *Health Psychology*, 19(1s), 5-16. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.Suppl1.5>
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., Hu, F. B., Hubbard, V. S., Jakicic, J. M., Kushner, R. F., Loria, C. M., Millen, B. E., Nonas, C. A., Pi-Sunyer, F. X., Stevens, J., Stevens, V. J., Wadden, T. A., Wolfe, B. M. y Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society [2013 AHA/ACC/TOS guía para la gestión del sobrepeso y la obesidad en adultos: un informe del Colegio Americano de Cardiología/Grupo de Trabajo de la Asociación Americana del Corazón sobre guías prácticas y la sociedad obesa]. *Journal American College of Cardiology*, 63(25 Pt B), 2985-3023. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.11.004>
- Johansson, K., Neovius, M. y Hemmingsson, E. (2014). Effects of anti-obesity drugs, diet, and exercise on weight-loss maintenance after a very-low-calorie diet or low-calorie diet: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [Efectos de medicamentos, dieta, ejercicio sobre el mantenimiento de pérdida de peso después de una dieta baja o muy baja en calorías: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos aleatorios controlados]. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(1), 14-23. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.070052>
- Kirsch, I., Montgomery, G. y Sapienstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis [Hipnosis como un adyuvante para psicoterapia cognitiva-conductual: un metanálisis]. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 214-220. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.2.214>

- Kohl, S. H., Veit, R., Spetter, M. S., Gunther, A., Rina, A., Luhrs, M., Birbaumer, N., Preissl, H. y Hallschmid, M. (2019). Real-time fMRI neurofeedback training to improve eating behavior by self-regulation of the dorsolateral prefrontal cortex: A randomized controlled trial in overweight and obese subjects [Entrenamiento en neurofeedback con resonancia magnetica funcional en tiempo real en la mejora de conducta alimentaria mediante la autorregulación de la corteza prefrontal dorsolateral]. *Neuroimage*, 191, 596-609. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.02.033>
- Lang, K., Lopez, C., Stahl, D., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2014). Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis [Coherencia central en los trastornos alimentarios: una revisión sistemática y metanálisis actualizados]. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15(8), 586-598. <https://doi.org/10.3109/15622975.2014.909606>
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., Masmiquel, L., Goday, A., Bellido, D., Lurbe, E., García-Almeida, J. M., Tinahones, F. J., García-Luna, P. P., Palacio, E., Gargallo, M., Bretón, I., Morales-Conde, S., Caixàs, A., Menéndez, E., ... Casanueva, F. F. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 64(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>
- Livia, B., Elisa, R., Claudia, R., Roberto, P., Cristina, A., Emilia, S. T., Chiara, P., Alberto, T., Angelo, R., Pierpaolo de, F. y Claudia, M. (2016). Stage of Change and Motivation to a Healthier Lifestyle before and after an Intensive Lifestyle Intervention [Etapa de motivación y cambio para un estado de vida más saludable antes y después de una intervención intensiva de estilo de vida]. *Journal of Obesity*, 2016, 6421265. <https://doi.org/10.1155/2016/6421265>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta nacional de salud España 2017*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Muller-Pinget, S., Carrad, I., Ybarra, J. y Golay, A. (2012). Dance therapy improves self-body image among obese patients [Danza terapia mejora la imagen corporal entre pacientes obesos]. *Patient education and counseling*, 89(3), 525-528. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.008>
- National Health and Medical Research Council. (2013). *Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia* [Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos, adolescentes y niños en Australia]. National Health and Medical Research Council.
- O'Hara, L. y Taylor, J. (2018). What's wrong with the 'war on obesity'? A narrative review of the weight-centered health paradigm and development of the 3C framework to build critical competency for a Paradigm Shift [¿Qué tiene de malo la 'guerra contra la obesidad'? Una revisión narrativa del paradigma de salud centrado en el peso y el desarrollo del marco 3c para desarrollar una competencia crítica para un cambio de paradigma]. *SAGE Open*, 8(2), 2158244018772888. <https://doi.org/10.1177/2158244018772888>
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D. y Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review [Intervenciones basadas en mindfulness para las conductas alimentarias relacionadas con la obesidad: una revisión de literatura]. *Obesity Reviews*, 15(6), 453-461. <https://doi.org/10.1111/obr.12156>
- Organización Mundial de la Salud (abril 2016). *Obesidad y sobrepeso*. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización Panamericana de la Salud - APS/OMS (enero 2014). *La obesidad es un factor de riesgo y una responsabilidad compartida*. https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=787:la-obesidad-un-factor-riesgo-responsabilidad-compartida&Itemid=270
- Ouwens, M. A., Schiffer, A. A., Visser, L. I., Racijsmaekers, N. J. y Nyklicek, I. (2015). Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and females [Mindfulness y estilos de comportamiento alimentario en obesidad mórbida en hombres y mujeres]. *Appetite*, 87, 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.11.030>
- Palavras, M. A., Hay, P., Filho, C. A. y Claudino, A. (2017). The efficacy of psychological therapies in reducing weight and binge eating in people with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Who Are Overweight or Obese-A Critical Synthesis and Meta-Analyses [La eficacia de las terapias psicológicas para reducir el peso y los atracones en personas con bulimia nerviosa y trastornos por atracones que tienen sobrepeso u obesidad: una síntesis y metaanálisis críticos]. *Nutrients*, 9(3), 299. <https://doi.org/10.3390/nu9030299>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J. y Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial [Explorando la eficacia de una intervención grupal basada en la aceptación, mindfulness y compasión para mujeres que luchan con su peso (Kg-Libre)]. *Appetite*, 112, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.027>

- Palmisano, G. L., Innamorati, M. y Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review [Experiencias vitales adversas en relación con la obesidad y el trastorno por atracón: una revisión sistemática]. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>
- Quintero, J., Félix-Alcántara, M. P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco Soriano, R., Barbudo, E., Silveria, B., y Pérez-Templado Ladrón de Guevara, J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental*, 39(3), 123-130.
- Quintero, J., Felix-Alcantara, M. P., Banzo-Arguis, C., Fernandez-Rojo, S. y Mora-Minguez, F. (2018). *Hambre, emociones y cerebro. Comer con cabeza*. EMSE EDAPP.
- Raja-Khan, N., Agito, K., Shah, J., Stetter, C. M., Gustafson, T. S., Socolow, H., Kunselman, A. R., Reibel, D. K. y Legro, R. S. (2017). Mindfulness-based stress reduction in women with overweight or obesity: a randomized clinical trial [Reducción del estrés basada en Mindfulness en mujeres con sobrepeso u obesidad: un ensayo clínico aleatorizado]. *Obesity*, 25(8), 1349-1359. <https://doi.org/10.1002/oby.21910>
- Raman, J., Hay, P., Tchanturia, K. y Smith, E. (2018). A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity [Un ensayo aleatorio controlado de terapia de remediación cognitiva manualizada en adultos obesos]. *Appetite*, 123, 269-279. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.023>
- Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., Van Teijlingen, E., Boyers, D., Stewart, F., Boachie, C., Fioratou, E., Wilkins, D., Street, T., Carroll, P. y Fowler, C. (2014). Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men [Revisiones sistemáticas en informes integrados sobre la base de evidencia cuantitativa, cualitativa y económica para la gestión de la obesidad en hombres]. *Health Technology Assessment*, 18(35), 1-424. <https://doi.org/10.3310/hta18350>
- Rogers, J. M., Ferrari, M., Mosely, K., Lang, C. P. y Brennan, L. (2017). Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes [Intervenciones basadas en mindfulness para adultos con sobrepeso u obesidad: un metaanálisis de los resultados de la salud física y psicológica]. *Obesity Reviews*, 18(1), 51-67. <https://doi.org/10.1111/obr.12461>
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., Blay, V., Carraro, R., Formiguera, X. y Foz, M. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 5(3), 135-175.
- Schmidt, J. y Martín, A. (2016). Neurofeedback against binge eating: A randomized controlled trial in a female subclinical threshold sample [Neurofeedback contra el atracón alimentario: un ensayo aleatorizado controlado en una muestra de mujeres en umbral subclínico]. *European eating disorders review*, 24(5), 406-416. <https://doi.org/10.1002/erv.2453>
- Schwarzfuchs, D., Golan, R. y Shai, I. (2012). Four-year follow-up after two-year dietary interventions [Seguimiento de cuatro años después de una intervención dietética de dos años]. *New England Journal of Medicine*, 367(14), 1373-1374. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1204792>
- Seijo, N. (2018). Key Points in the Psychotherapeutic Treatment of Obesity [Puntos clave en el tratamiento psicoterapéutico de la obesidad]. *Journal of Obesity and Nutritional Disorders*, 128.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. y Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD003818. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003818.pub2>
- Skolnik, N. S. y Ryan, D. H. (2014). Pathophysiology, epidemiology, and assessment of obesity in adults [Fisiopatología, epidemiología y evaluación de la obesidad en adultos]. *Journal of Family Practice*, 63(7 Suppl), S3-S10.
- Spetter, M. S., Malekshahi, R., Birbaumer, N., Lührs, M., van der Veer, A. H., Scheffler, K., Spuckti, S., Preissl, H., Beit, R. y Hallschmid, M. (2017). Volitional regulation of brain responses to food stimuli in overweight and obese subjects: A real-time fMRI feedback study [Regulación volitiva de las respuestas cerebrales a estímulos alimentarios en personas con sobrepeso y obesas]. *Appetite*, 112, 188-195. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.032>
- Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., y Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators [Éxito de cambio de comportamiento en intervenciones en obesos en adultos: una revisión sistemática de mediadores autorregulatorios]. *BMC Medicine*, 13, 84. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>
- Teufel, M., Stephan, K., Kowalski, A., Kasberger, S., Enck, P., Zipfel, S. y Giel, K. E. (2013). Impact of biofeedback on self-efficacy and stress reduction in obesity: a randomized controlled pilot study [Impacto del biofeedback sobre la autoeficacia y la reducción de estrés en obesidad: un estudio piloto aleatorizado controlado]. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 38(3), 177-184. <https://doi.org/10.1007/s10484-013-9223-8>

- Van Dorsten, B. y Lindley, E. M. (2011). Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity [Enfoques cognitivos y comportamentales en el tratamiento de la obesidad]. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 95(5), 971-988. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2011.06.008>
- Veronese, N., Facchini, S., Stubbs, B., Luchini, C., Solmi, M., Manzato, E., Sergi, G., Maggi, S., Cosco, T. y Fontana, L. (2017). Weight loss is associated with improvements in cognitive function among overweight and obese people: A systematic review and meta-analysis [Pérdida de peso asociada con mejora de función cognitiva entre personas con sobrepeso y obesidad: Una revisión sistemática y un metaanálisis]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.11.017>
- Volery, M., Bonnemain, A., Latino, A., Ourrad, N. y Perroud, A. (2015). Obesity psychological treatment: beyond cognitive and behavioral therapy [Tratamiento psicológico de la obesidad: más allá de la terapia cognitivo y conductual]. *Revue medicale suisse*, 11(467), 704-708.
- Wagener, T. L., Fedele, D. A., Mignogna, M. R., Hester, C. N. y Gillaspay, S. R. (2012). Psychological effects of dance-based group exergaming in obese adolescents [Efecto psicológico del ejercicio en un grupo de danza en adolescentes obesos]. *Pediatric Obesity*, 7(5), e68-74. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00065.x>

CAN WE LEARN ON PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS DIMENSIONS WITH SINGLE CASE STUDY?

A Comprehensive Model of Change Processes Integrating Qualitative & Quantitative Methods derived from a case under Psychoanalytic Psychotherapy¹

¿PODEMOS APRENDER SOBRE LAS DIMENSIONES DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO CON UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO?

Alejandro Ávila-Espada, Ph.D.

Complutense University, Madrid, Spain

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

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ávila-Espada, A. (2021). Can we learn on psychotherapeutic process dimensions with single case study? *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 273-301. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.452>



Abstract

Relational psychoanalysis states that an adequate management of the intersubjective processes displayed in psychotherapy are essential to promote effective change. Previous research showed that the analysis of variables of the therapist and patient and the complex and co-determined interaction between them, give us new perspectives on the therapeutic process.

Aims: To describe a single case psychotherapy process and to develop some inferences on therapeutic process along the whole treatment and their phases by means of a variety of classical and new research tools, studying the capacity of those methods to grasp the process of change with single case study. This analysis leads us to question some topics and consider from a new view the therapist's functions and the patient's roles within the therapeutic process. A group of researchers in Spain, Argentina, Mexico and Germany have worked along a decade (1997-2008) in the Salamanca-Barcelona-Madrid Project on Psychotherapy Process Research (SMBP; Ávila-Espada et al., 1998a; Ávila-Espada et al., 2002). This project, an study conducting single case research ('The Publicist' case), along the main phases of complete treatment (up to 200 recorded sessions), have given us the opportunity to adquire a better knowledge on therapeutic process, through the content analysis of sessions and with qualitative data using a variety of procedures, suchs us Jones' PQS (Jones, 1985, 2000, 2001) and Emotion & Abstraction Cycles Model (Mergenthaler, 1996); Emotion schemas through FRAMES method (Dahl, 1988; Dahl and Teller, 1994; Dahl et al., 1992); CCRT and CCRT-LU-S Patterns (Albani et al., 2002; López del Hoyo et al., 2004; Luborsky, 1977), and new methods (TLAP: Therapist Latent Action Plan Method, Ávila-Espada and Mitjavila, 2001, 2003), between others. 1) Emotional tone decreases along the successive periods of sessions, with a more clear reduction in Negative Emotion; 2) A clear increase in Abstraction appears from the first to second half of the treatment, more pronounced at the final phase; 3) CRA level do not differ across the phases of the treatment; 4) Adherence to classical technique style is higher at the initial phase than by Advanced phase; 5) Affirmative Style is related to promote working alliance in the first half of the treatment, whereas Directive Style is related to maintenance of working alliance in the second half of the treatment; 6) Higher cognitive implication of the patient can be predicted by higher CRA in the patient and lower presence of Countertransference enactments or positive affects of the therapist; 7) Neutral focal style of the therapist can be predicted by Affirmative Style; and 8) Lower negative emotion of the patient predicts Working Alliance. Crossing all the studied dimensions, we can propose a comprehensive model of change observed in the case object of study, considering all the approaches, both from quantitative and qualitative methods and process dimensions, both the contributions of the therapist and the patient to psychotherapeutic process. Results are discussed in the light of recent perspectives on active use of counter-transference as a therapist's tool to improve the psychoanalytic psychotherapy process, controlling negative aspects of countertransference collusions.

Keywords: Therapist's variables, psychotherapy process dimensions, therapist's latent action plan (TLAP), PQS, emotion & abstraction cycles model, therapeutic change models

Resumen

El psicoanálisis relacional afirma que un manejo adecuado de los procesos intersubjetivos desplegados en la psicoterapia es fundamental para promover un cambio efectivo. El análisis sobre algunas variables del terapeuta y el paciente y la interacción compleja y codeterminada entre ellas, nos brindan nuevas perspectivas sobre el proceso terapéutico. Este análisis nos lleva a cuestionar algunos temas y considerar desde una nueva mirada las funciones del terapeuta y los roles del paciente dentro del proceso terapéutico. Un grupo de investigadores de España, Argentina, México y Alemania han trabajado durante una década (1997-2008) en el Proyecto Salamanca-Barcelona-Madrid de Investigación en Procesos de la Psicoterapia (SMBP; Ávila-Espada et al., 1998a; 2002). Este proyecto, un estudio de investigación de caso único (sobre el caso de la Publicista), a lo largo de las principales fases del tratamiento completo (hasta 200 sesiones grabadas), nos ha brindado la oportunidad de adquirir un mejor conocimiento del proceso terapéutico, a través del análisis de contenido de sesiones y con datos cualitativos utilizando una variedad de procedimientos, como el PQS de Jones (Jones, 1985, 2000, 2001) y el Modelo de Ciclos de Emoción y Abstracción (Mergenthaler, 1996); Los Esquemas emocionales mediante el método FRAMES (Dahl, 1988; Dahl et al., 1992; Dahl y Teller, 1994); Patrones CCRT y CCRT-LU-S (Luborsky, 1977; Albani et al., 2002; López del Hoyo et al, 2004), y métodos nuevos (TLAP: Método del Plan de Acción Latente del Terapeuta, Ávila-Espada y Mitjavila, 2001, 2003), entre otros. En este trabajo presentamos resultados relevantes y algunas inferencias sobre el proceso terapéutico derivadas principalmente de las dimensiones PQS y TLAP y sus correlaciones con palabras de emoción, tono emocional, palabras de abstracción y actividad referencial a lo largo de todo el tratamiento y sus fases. Atravesando todas las dimensiones estudiadas (Ciclos de Emoción y Abstracción, Mergenthaler, 1996), dimensiones PQS y TLAP), proponemos un modelo integral del cambio observado en el caso objeto de estudio, considerando todos los enfoques, tanto desde métodos cuantitativos como cualitativos y dimensiones del proceso, como sobre las contribuciones del terapeuta y del paciente al proceso psicoterapéutico. Los resultados se discuten a la luz de perspectivas recientes sobre el uso activo de la contratransferencia como herramienta del terapeuta para mejorar el proceso de la psicoterapia psicoanalítica, controlando los aspectos negativos de las colusiones contratransferenciales.

Palabras Clave: Variable del terapeuta, dimensiones del proceso de psicoterapia, plan de acción latente del terapeuta (TLAP), PQS, modelos de ciclo de emoción y abstracción, modelos de cambios terapéutico

*To Horst Kächele (1944-2020),
Master and friend in the journey
by Psychotherapy Research*

Since Freud (1909, 1912) stated that counter-transference was the neurotic transference from the analyst to the patient, a phenomenon that required elimination by the analyst's self-control, a varied range of theoretical and technical changes have succeeded in psychoanalysis. From the absolute domain of the "Rule of Abstinence", psychoanalysis has evolved to a style of conceive analytic process that considers also the counter-transference phenomenon as useful, operating with a broader concept that includes both the neurotic and psychotic aspects of counter-transference (Heimann, 1950; Racker, 1957; Winnicott, 1949) and refers to it as the whole of analyst's affective (and behavioral) responses (Heimann, 1950; King, 1978; Little, 1951, 1957). Various reviews have been devoted to this topic (Aburto et al., 1999; Ávila-Espada, 2016; Hinshelwood, 1999).

More recently, the counter-transference phenomenon and their processes have been placed in the center of attention as essential pieces in the explanation of change processes in psychoanalytic psychotherapy and psychotherapy in general, and have become the center of new research proposals (Hayes, 2004). Converging with those tenets, relational psychoanalysis stated more than two decades ago, that an adequate management of the intersubjective processes displayed in psychotherapy is essential to promote effective change (Stolorow et al., 1994). The question of whether induced change is a function of interpretations (like Kleinian and Freudian more classical thought states) or derives from a complex domain of influential relational processes, has centered the efforts and discussions of numerous clinicians and researchers. A variety of interconnected processes like enactment, contention, holding, mutuality, intersubjective codetermination, self-object transferences, mirroring processes, and unformulated experiences and so on... conform the present landscape around comprehensive discussions regarding therapeutic relationships, where developmental research have added a lot of evidences on the relevance of intersubjective processes both in human development and psychotherapy process (Boston Change Process Study Group, 2002, 2003, 2010; Stern et al., 1998).

A logical consequence of this perspective is to make the study of the therapist's style, his/her interventions and his/her personal contribution to the therapeutic change the focus of attention in psychotherapy research. Most of the studies carried out assumes that, in a treatment, the therapist develops actions that are determined by several factors: a) the theory of the technique he or she learned in training as a psychotherapist; b) the specific techniques chosen for the case regarding its singularity (if the format of the treatment allows those adjustments), and c) the weight of the "common factors" (Lambert et al., 1986) that appear in the behaviour, affects and attitudes that are characteristic to the therapeutic relationship in the intersubjective domain conformed by therapist and patient.

In previous research we have tried to find out the components that the therapist

provides to the common factors by means of his/her personal style, considering the possibility of differentiating useful and harmful counter-transference processes. For instance, a new research tool was proposed, that is, a category system called CTI System (*Coding Therapist Interventions*) used to infer the TLAP (*Therapist Latent Action Plan*); TLAP have had a first version: *Rational-Inductive* (Ávila-Espada, 2000), and a more refined one: *Empirical-Deductive* (Ávila-Espada & Mitjavila, 2001, 2003). TLAP Method studies the dimensions and phenomena of therapist's technical and personal styles, and the contribution to the progress (or not) of the treatment reaching its goals. Multidimensional and factor analyses of these variables in the case object of this study, show consistent patterns that allow us to describe the therapist's characteristic "own style", displayed at the initial phase of the treatment, in a useful way to explore the evolution of those patterns all along the treatment. The dimensions obtained were: I–Therapist display directive style [associated to his emotional implication in demanded vs. demanding conflict]; II–Therapist displays affirmative style (Killingmo, 1995) [regarding the oedipal-relational conflict with disclaiming vs. disblaming style] and III–Therapist develops working Alliance [both either rationally as empathically]. Although these three main factors are probably idiosyncratic to each therapist, case and treatment studied, it will be profitable to research them as general dimensions, since psychotherapeutic process are naturally intersubjective. Now we have contrasted these factor analytic scales that arise from our previous study with rational scales constructed by means of content analysis, with those that arises from PQS studies with the same case (Psychotherapy Process Q-sort method; Jones, 1985, 2000, 2001; Spanish translation Ávila-Espada et al., 1999), and those obtained with computerized content analysis by TMC (Emotion words, Abstraction words, Emotional Tone & computerized Referential Activity; Mergenthaler, 1996), and relating all of them with other constructs in the light of the theory of the psychoanalytical psychotherapy technique.

Method

The case material employed derives from the SMBP Project², that is, the psychotherapy treatment of a young woman, 22 years old labeled "The Publicist", with a clinical diagnosis at the beginning of the treatment of *Histrionic Personality Disorder* (Borderline Personality Organization, High level of functioning, following Kernberg's criteria). The treatment performed could be nominated as psychoanalytically oriented psychotherapy, with 269 sessions carried out between 1994 and 2000; with one face to face session per week (twice on occasions), including the use of free association and combining in fact expressive and supportive strategies. The therapist, psychoanalytically trained, has 10 years of experience at the beginning of the treatment. All proper ethical guarantees have been observed. From the 269 sessions naturally performed, 199 were properly recorded, and 197 adequately transcribed under MSGAD protocol (Mergenthaler et al., 2003). The entire treatment was divided in four phases and nineteen seasonal periods³(figure 1):

Figure 1. *Phases and seasonal periods 90's*

Phase A (Initial): Session's periods I to IV (Spring 94 to Summer 95)
Phase B (Intermediate): Session's periods V to X (Autumn 95 to Summer 97)
Phase C (Advanced): Session's periods XI to XVI (Autumn 97 to Summer 99)
Phase D (Final): Session's periods XVII to XIX (Autumn 99 to Summer 00)

This single case research study follows the research policy described by Desmet et al. (2013) fulfilling all the main criteria proposed. Some descriptive and exploratory studies of our 'Publicist Case' have been performed before the present, and we will not reiterate the descriptive data of the case again⁴. Mitjavila have performed descriptions of patient and therapist contributions to process, focusing in patient contents about significant people, therapist style, therapist's interventions and the link between patient's insight or introspective answers and therapist interpretations (see Mitjavila et al., 2002, 2003; Mitjavila & Ávila-Espada, 2008). In a complementary way, Ávila-Espada & Mitjavila (2003) have explored underlying dimensionality in the content of therapist's interventions, whose detected dimensions have been used in the present study, as we have mentioned before.

Rampulla have applied FRAMES method to detect emotional maladjusted schemas in the sessions and changes observed in FRAMES along the treatment (Rampulla & Ávila-Espada, 2007, 2011). López del Hoyo have also categorized CCRT and CCRT-LU dimensions to describe conflictive relational patterns and their change along the treatment (López del Hoyo et al., 2008).

Vidal-Didier (2008) has performed computerized analysis of the verbatim transcriptions of all the registered sessions with the TMC (Mergenthaler, 1996) in order to explore if there are differences between phases in terms of levels of emotion words, emotional tone, abstraction words and referential activity components. Main data obtained have been used in this study to explore the variability and correlates of main change process dimensions.

And recently, in other separate study (see Toro et al., 2008) exploratory factor analysis was performed with all the PQS estimations of judges to a systematic and significant sample of transcribed psychotherapy sessions (23% of the whole of 261 sessions). This exploratory factor analysis was developed to identify main dimensions underlying the psychotherapeutic process for the whole treatment. Results showed five process factors⁵ that explains the 22.5% of total variance: I "Empatic Attitude"; II "Resistance"; III "Technical Interventions"; IV "Neutrality Attitude" and V "Therapeutic Alliance - Process", that have been referenced as *Initial Process Dimensions* of the treatment. Multiple comparisons realized for these factors between different phases of the treatment -initial / advanced / final phase; first vs. second half – showed characteristic trends that allows us to describe tentatively the treatment process. Results emphasizes the importance of relational factors, ("Empatic Attitude" and "Therapeutic Alliance - Process") and his interplay with Factor IV "Neutrality Attitude" for the development of the therapeutic process. But

these results were probably biased because the higher number of judges estimations corresponds to the first half of the treatment, and probably the components detected represents only the initial tendencies but not the whole process.

After the abovementioned studies, and for the purpose of this study, we have used a random sample of 66 sessions covering all the 19 periods of sessions of the treatment, and all phases (Initial, Intermediate, Advanced, Final). The variables considered in our study were: TMC variables for the 66 sampled sessions (Emotion words, Abstraction words, Emotional Tone –positive, negative, total- and Computer Referential Activity, both in therapist and patient); the three TLAP dimensions factor analytically derived from CTI categories (Ávila-Espada & Mitjavila, 2003); ten PQS dimensions factor analytically derived from items categories –using median scores from all judges estimations by item by session, in order not to bias the estimations between periods of sessions and phases; and two qualitative measures derived from observations through content analysis of sessions about the presence of two key phenomena; adherence of the therapist to “classic psychoanalytic technique principles”, and presence of countertransference enactments. These scores were Likert-scale estimations (0 = *no adherence*; 4 = *maximum adherence for the variable* “Adherence to classical technique”; 0 = *no enactment*; 4 = *intense counter-transference enactment*) using a four judge team (properly trained in the category system but blind about the objectives of the study), whose estimates have been averaged, and with a range of congruence index between judges that correlate from .76 to .92.

Data analyses have included the following steps: 1) To explore the main psychotherapy process components, all along the whole treatment, Median PQS items judges’ estimations were factor analyzed across the 66 sampled sessions. The factors obtained were labeled *PQS components*; 2) Regression factor scores of this principal components conjointly with all the TMC variables for the same sessions, were newly factor analyzed to explore main dimensions and communalities of the treatment process across different methods of estimation. These factors were labeled *Psychotherapy Process Phenomena*; 3) Finally, Multivariate analyses were performed with the complete set of variables: *TLAP dimensions* (Ávila-Espada & Mitjavila, 2003); Qualitative estimations of “*Adherence to classic technique*” and “*Countertransference enactments*” (Ávila-Espada et al., 2004); the identified *PQS components*; the *Psychotherapy Process Phenomena*; and the *TMC variables*. This analysis is carried out to explore the possibility to propose a model of change in the treatment studied across the phases and for the whole treatment.

Results

Main Conceptual Dimensions of the Psychotherapeutic Process (PQS components)

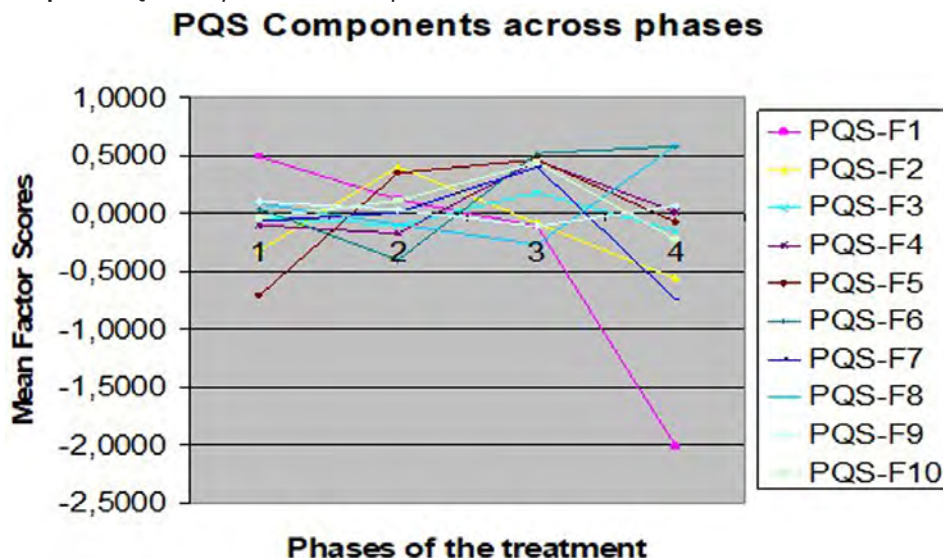
Exploratory factor analysis (Principal components, Varimax rotation, eigenvalues >3) yields ten factors that explains 54,01% of the variance. The first five factors explains 31.8% of the whole variance, with more wide explanatory power than IPD-PQS factors (only 22.5% in Toro et al., 2008 study). The new factors were labeled as follows (figure 2):

Figure 2. PQS components

PQS-F1: Neutral Focal Style (8.25%)
PQS-F2: Negative Transference and Resistance (6.49%)
PQS-F3: Involved Patient (both cognitive & emotionally) (5.83%)
PQS-F4: Rational Working Alliance & Supportive Strategy (5.68%)
PQS-F5: Therapist falls under Patient' control (5.52%)
PQS-F6: Therapist centered in "here-and-now" (5.30%)
PQS-F7: Therapeutic Alliance (in depth) (4.90%)
PQS-F8: Passive-Dependent Attitude in the Patient (4.29%)
PQS-F9: Clarifying (as technical action) (3.90%)
PQS-F10: Patient concerned about guilt sentiments (3.81%)

Some of these factors are focused on **Therapist Main Strategy** (that can be described in terms of "Neutral focal style"⁶ or "Supportive-Rational"⁷, "centered in here-and-now themes" or "clarifying"). Other factors focusing in **Process Indicators**: "Negative transference & Resistance"⁸ or "Therapeutic Alliance"⁹ in their classical concept; A third group of factors shows **Patient Phenomena** such as "Involved patient or Patient developing insight"¹⁰; and finally some others perhaps indicate a **Conflictive nexus transference-countertransference** (Therapist falls under patient' control¹¹, Patient displaying a Passive-dependent attitude; or remains concerned about guilt sentiments). Considering the evolution of these components across the phases of the treatment (see graph 1) the most surprising phenomena detected is that the therapist loses his neutral attitude along the treatment, more deeply in the final phase, and the patient gains the control of the relationship recovering the control the therapist only in terms of working here-and-now. ANOVA tests confirms these differences, the only significant ones. PQS-F1 (neutral) decreases significantly across phases ($F = 11.823$; $p < .000$) whereas PQS-F6 (here-and-now) increases ($F = 2.861$; $p < .031$) and PQS-F5 (Therapist under patient' control) fluctuates ($F = 3.753$; $p < .008$).

Graph 1. PQS Components across phases of treatment



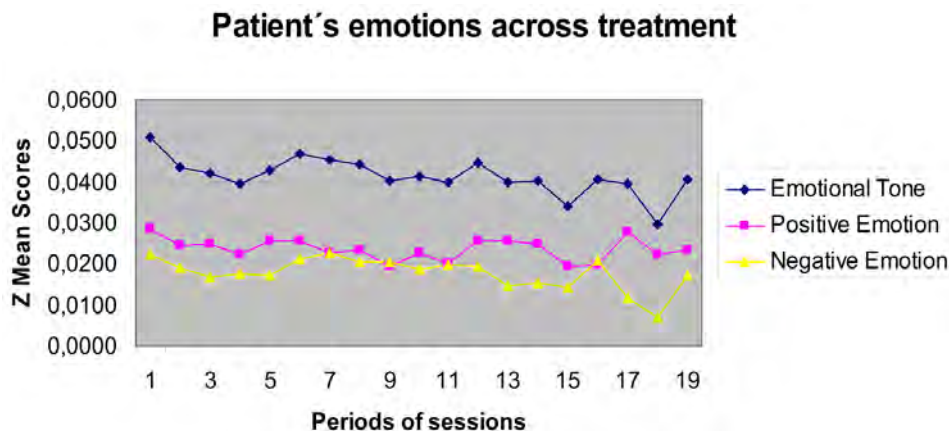
Note: PQS-F1: Neutral Focal Style; PQS-F2: Negative Transference and Resistance; PQS-F3: Involved Patient (both cognitive & emotionally); PQS-F4: Rational Working Alliance & Supportive Strategy; PQS-F5: Therapist falls under Patient' control; PQS-F6: Therapist centered in "here-and-now"; PQS-F7: Therapeutic Alliance (in depth); PQS-F8: Passive-Dependent Attitude in the Patient; PQS-F9: Clarifying (as technical action); PQS-F10: Patient concerned about guilt sentiments.

Multivariate Analysis of Treatment Process Variables

TMC Variables Changes Across the Treatment Process

The PQS method have allowed us to explore some main components of the process, but other variables and methods are needed to depict a wider portrait of the process of treatment. For this purpose we have used the Emotion & Abstraction Cycles Model (Mergenthaler, 1996), **exploring trough TMC what can be described on patient variables**, by means of computerized estimations on the content of verbatim transcriptions of the sessions sampled. The variables considered were: Abstraction words, Emotional Tone, Positive Emotion, Negative Emotion, and Computer Referential Activity. Main results derived from the analyses of these variables are the following:

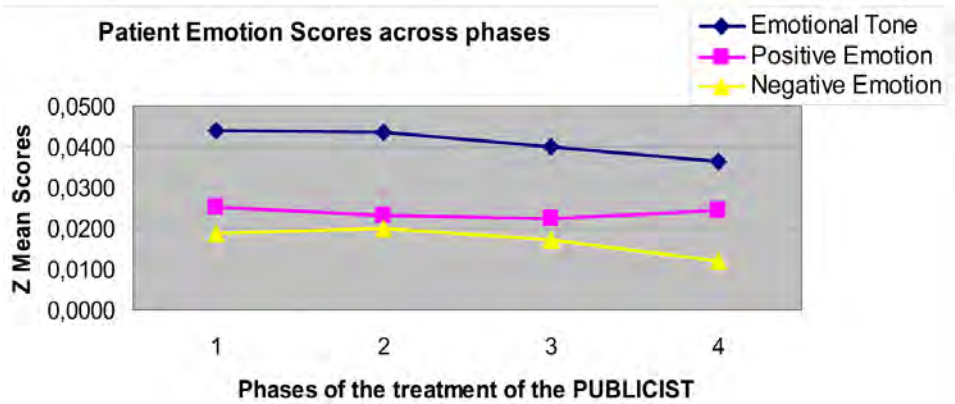
1) Patient Negative Emotion decreases. TMC standarized estimations of Emotional Tone, Positive Emotion and Negative Emotion have been analyzed¹² throughout periods of sessions and phases of the treatment. Graph 2 shows the general tendency of Emotional Tone to decreases along the successive periods of sessions of the treatment, that is contingent with a more clear reduction in Negative emotion, whereas Positive Emotion remains oscilating in the same level.

Graph 2. *Patient's emotions across periods of sessions (ET, PE, NE variables from TMC)*

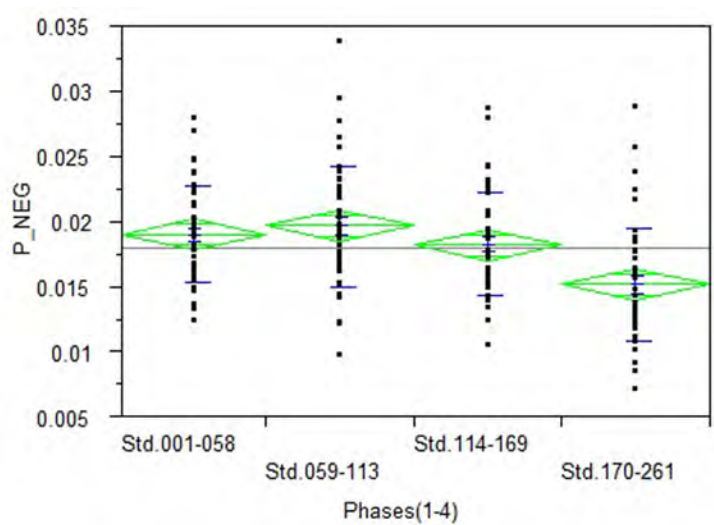
This tendency is more clearly appreciated comparing the evolution of emotions throughout the four main chronologic phases of the treatment (Initial, Intermediate, Advanced, Final; see graph 3) that reach statistical significance (ANOVA: Emotional Tone $F = 3.973$, $p < .012$; Negative Emotion $F = 7.261$ $p < .000$; Positive emotion do not differs). Take in mind -as showed in many studies- that negative emotion consistently increases situationally by the last period of the treatment and decreases to lowest levels at follow-up.

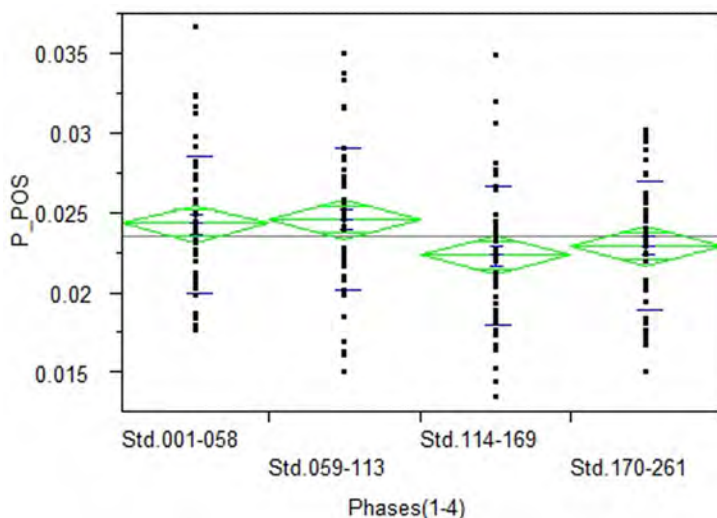
When the whole treatment is divided in four exact phases (aprox. the same number of sessions by phase), these results is replicated (see Graph 4), where we can observe that patient's negative emotion decreases clearly only in the final phase (ANOVA: F estimation $p < .0001$; and ChiSquare estimation $p < .0001$), suggesting that changes in schemas (cognitive, emotional or interpersonal) occurs previously to a consistent change in emotion patterns. It's important underline that positive emotions decreases also between the first and second half of treatment (see Graph 5; ANOVA: $F < .03$; ChiSquare $< .03$), suggesting that psychodynamic psychotherapy perhaps contribute more clearly to reduce progressively regative emotions, than to positive emotions. Emotional Tone decreases also significantly (ANOVA: $F < .0001$; ChiSquare $< .0001$).

Graph 3. Patient's emotions across phases (ET, PE, NE variables from TMC)

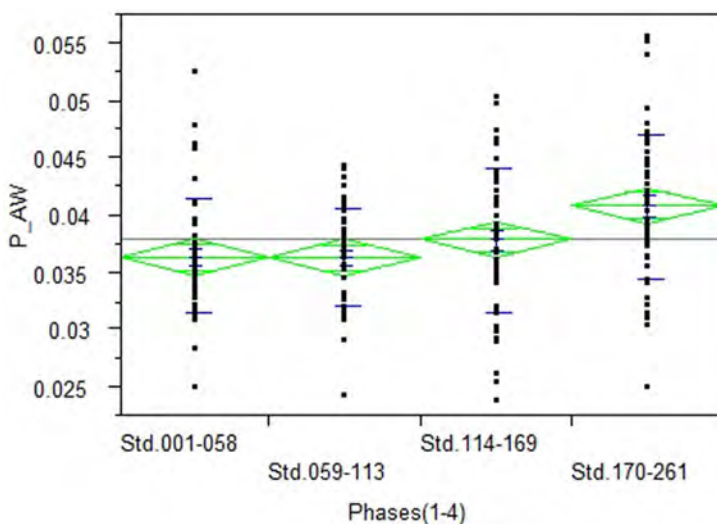


Graph 4. Negative emotion throughout 4 "exact" phases of treatment (TCM estimations)



Graph 5. *Positive emotion throughout 4 “exact” phases of treatment (TCM estimations)*

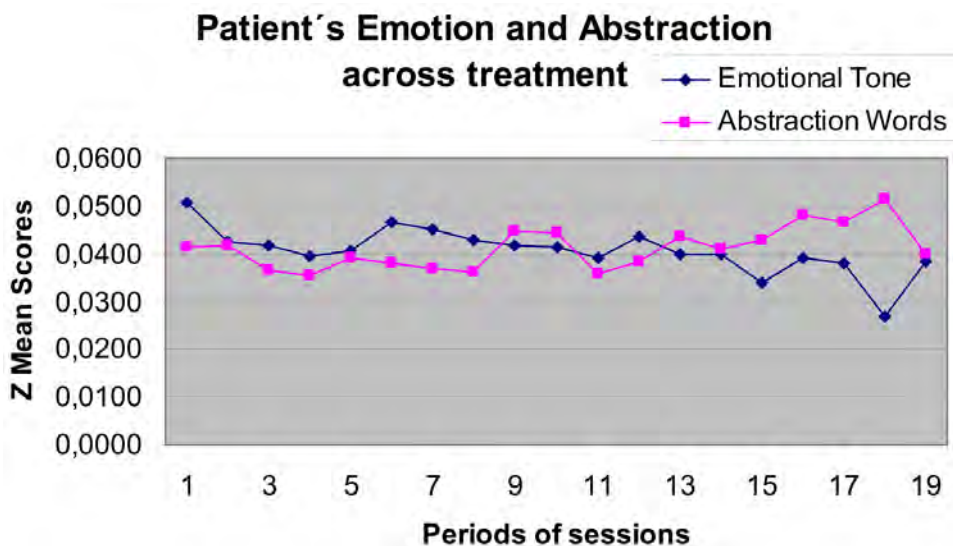
2) Patient Abstraction Increases. The evolution of abstraction (under TCM estimations) shows that a clear increase in abstraction appears from the first to the second half of treatment (see graph 6), which becomes more pronounced at the final phase (Four “exact” phases, ANOVA: $F < .0001$; ChiSquare $< .0002$; Four “chronological” phases, ANOVA: $F = 4.392$; $p < .007$).

Graph 6. *Patient’s abstraction level across “exact” phases of treatment (TCM estimations)*

Comparing the evolution of Abstraction and Emotion across the all periods of sessions of the treatment (see graph 7) we can see that emotion decreases and

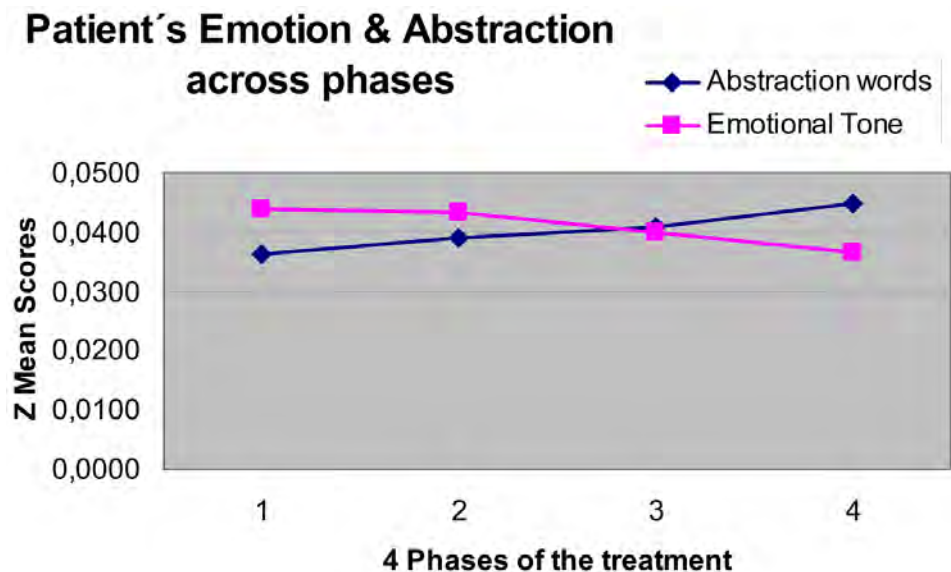
abstraction increases, specially in the second half of the treatment, where periods of sessions 9 & 10 precede a whole change of tendency, when abstraction clearly dominates from period 13 to the end of the treatment.

Graph 7. *Patient's Emotion and Abstraction level across periods of sessions of treatment (TCM estimations)*

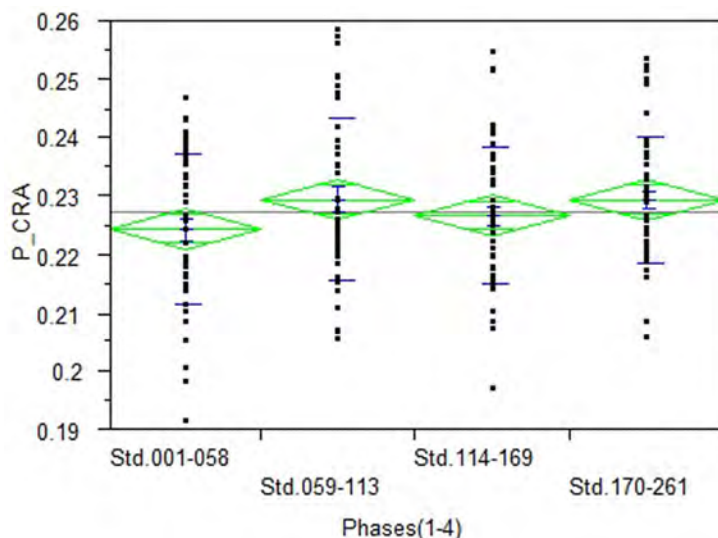


That phenomena can be observed clearly along the four chronological phases of the treatment (see graph 8). This result can be interpreted in terms of patient gaining probably higher mentalizing capacities (reflective function) with a more clear control of emotions, whose negative experiences can be put at the advanced and final phase of treatment under rational effective defences.

Graph 8. *Patient's Emotion and Abstraction levels across the four main phases of the treatment (TCM estimations)*



3) Computer Referential Activity do not Differ Across the Phases of the Treatment. The increases in abstraction level are not followed by gainings in Computer Referential Activity. CRA level do not differ across the phases of the treatment (see graph 9), nor by “exact” phases (ANOVA: $F < .12$; ChiSquare $< .24$) or “chronological” phases (ANOVA: $F = .782$; $p < .508$). This result can be also interpreted in terms of weakness of this measure, the procedure of estimation, or both. To register significant increases in CRA, it is necessary that the content of the sessions reflects an extensive associative-reflective activity, favored by the use of the interpretive strategy by the therapist. In the case studied, the strategy is not oriented mainly to work with interpretation but to the experience of relational participation, which is not expected to be measured by the CRA.

Graph 9. *Patient's CRA level across phases of treatment (TCM estimations)*

Exploring Psychotherapy Process Phenomena (PPP components)

Once we have explored how behaves the main PQS and TMC variables, can be of interest to test if there's some dimensions that could illuminate more clearly the understanding of the psychotherapy process in the case studied. For this purpose, the regression factor scores of the abovementioned PQS principal components for the 66 sample sessions were newly factor analyzed conjointly with all the TMC variables for whole sessions sampled. Factor extraction using principal components solution with Varimax Rotation (eigenvalues >1) yields 10 principal components that explains 74.77% of the variance. The first five factors explains 42.5% of the whole variance. The factors were labeled as follows (figure 3):

Figure 3. *PPP components*

PPP-F1:	Therapist displays Neutral Strategy Focused on Emotional Conflict (10.79%)
PPP-F2:	Therapist Over-Controlled Rational Strategy (9.63%)
PPP-F3:	Conflictive Counter-transference: Therapist promotes (unconsciously?) patient dependency (7.47%)
PPP-F4:	Therapist displays Rational Strategy (Abstract & Emotionally balanced) (7.43%)
PPP-F5:	Conflictive Counter-transference: Therapist under past unresolved experiences (7.20%)
PPP-F6:	Therapist displays Supportive & Rational Strategy (6.91%)
PPP-F7:	Conflictive Counter-transference: Patient with guilt sentiments & Therapist verbalizing (6.83%)
PPP-F8:	Patient develops Cognitive & Emotional Insight (6.44%)
PPP-F9:	Therapeutic Alliance (6.38%)
PPP-F10:	Negative Transference & Resistance (5.65%)

A rational comparison of PPP and PQS components shows that some components remains inalterd despite the new variables included in the analyses. These are (figure 4):

Figure 4. *Comparison of PPP and PQS components*

Therapeutic Alliance (PQS-F7 & PPP-F9)
Negative Transference & Resistance (PQS-F2 & PPP-F10)
"Patient involved... develops insight" (PQS-F3 & PPP-F8)

Whereas other PPP components yields more explanatory power to identify specific phenomena of patient & therapist relationship, including correlates for displayed technique and conflictive countertransference.

These are for therapist's technique election of main strategy (figure 5):

Figure 5. *Main strategy for therapist*

PPP-F1: Therapist displays Neutral Strategy Focused on Emotional Conflict
PPP-F2: Therapist Over-Controlled Rational Strategy
PPP-F4: Therapist displays Rational Strategy (Abstract & Emotionally balanced)
PPP-F6: Therapist displays Supportive & Rational Strategy

And those others let allows us to identify conflictive components of countertransference (figure 6):

Figure 6. *Conflictive components of countertransference*

PPP-F3:	Conflictive Counter-transference: Therapist promotes (unconsciously?) patient dependency
PPP-F5:	Conflictive Counter-transference: Therapist under past unresolved experiences
PPP-F7:	Conflictive Counter-transference: Patient with guilt sentiments & Therapist verbalizing

This results showed a clear convergence with our previous studies with TLAP method (Ávila-Espada & Mitjavila, 2001, 2003; Ávila-Espada et al., 2001, 2004), that depicts a portrait of the over and covert behaviour of the therapist within the treatment process, including phenomena on technique displayed and countertransferential influences (conflictive or positive/active use of it). The main qualitative findings on this patterns have been included in the following section.

Qualitative Stimations of “Adherence to classic technique” and “contertransference enactments” and their covariance with TLAP Dimensions

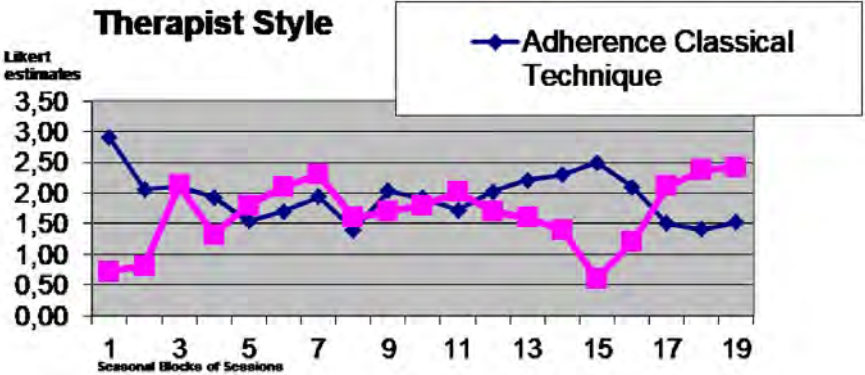
Measures of TLAP inferred dimensions in the case studied (Ávila-Espada & Mitjavila, 2001, 2003) were compared with qualitative estimations of “Adherence to classic technique” and “Countertransference enactments” obtained as described in the method section. The main data (Ávila-Espada et al., 2004) are displayed in graphs 10 to 13. All these variables differ across phases (See graph 14). Our data suggest:

1. ***Adherence to classical technique and Counter-transference enactments*** are variables that differ greatly at the Initial and Advanced-final Phases of the treatment and remains closer in the Intermediate and Advanced Phases of the treatment (see graph 10). Perhaps this data suggests that the main impact of counter-transference phenomenon is on the build-up of the binding with the patient but manifested later, and fall in the second half, recovering only by anticipation of separation anxiety associated with termination. The central phases of the treatment (periods 3 to 11) the therapist “fights” (conscious or unconsciously) between adherence to classical technique proposals or uses relational strategies.
2. The ***affirmative style*** is more characteristically associated with promoting the working alliance in the first half of the treatment, whereas the ***Directive style*** is more related with the maintenance of the working alliance in the second half (see graph 11). This result could be interpreted as the need to have affirmative experiences to establish initially a better working alliance (at least in this case), and as a consequence of the adequate satisfaction of affirmative needs, in a more emotional climate, tuning the subjective

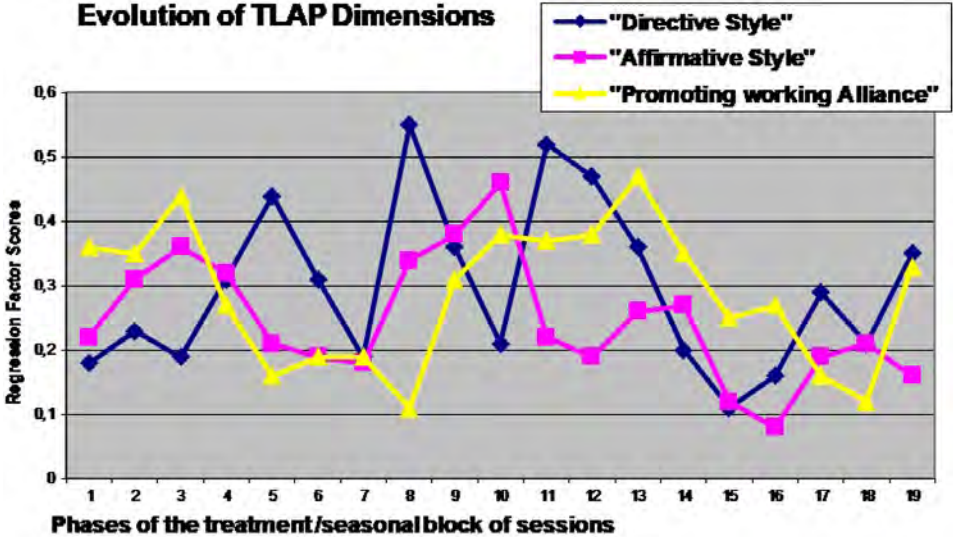
experiences of patient and therapist. In later phases this strategy is less necessary, and the more classical attitude of promote working alliance as a rational-directive collaboration dominates, activating more refined defence mechanisms, such as intellectualization.

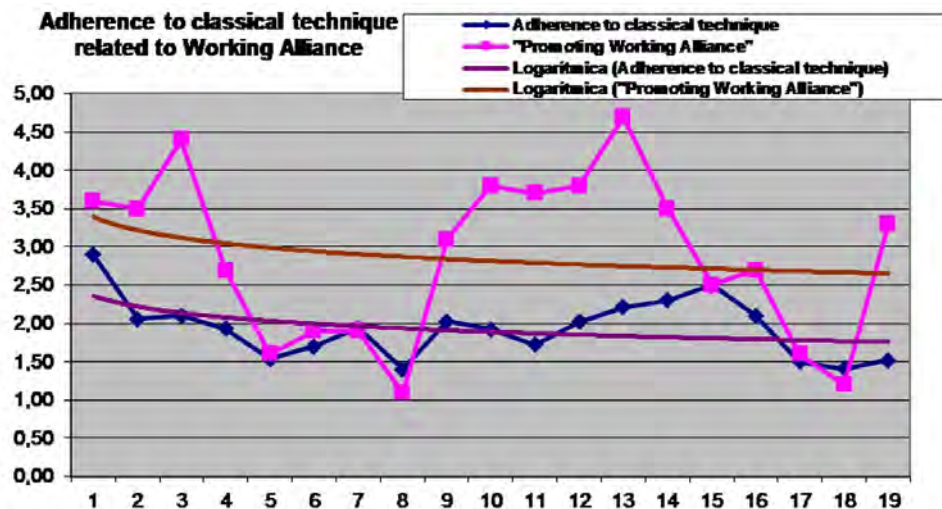
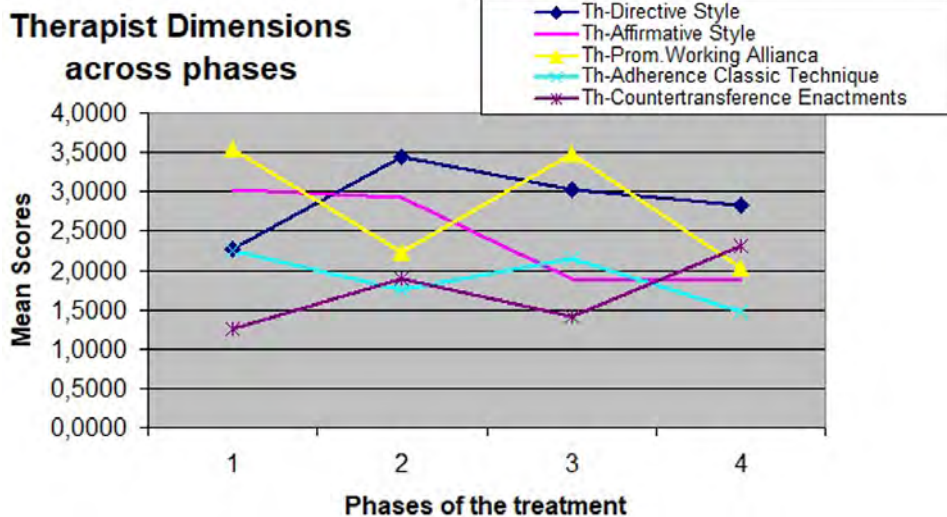
3. Adherence to classical technique and the activity of the therapist in order to promote working alliance follows the same tendency (see graph 12). That is, a rational attitude to consistently maintain the working alliance, which follows it, tries to adhere to classical sequence of work in therapy: elicitation of material, confronting, clarification, like-interpretation, some interpretations –as exceptional intervention- and so on. Both variables show minor decreasing tendencies.
4. The affirmative style of the therapist is very important in the initial phase of the treatment, but shows a consistent tendency to decrease, whereas the Directive style shows a tendency to increases moderately but consistently throughout the treatment (see graph 13). A similar pattern is showed by the presence of counter-transference enactments throughout treatment and suggests that Directive style and counter-transference enactments covariate, at least in the case studied.
5. The evolution of therapist's dimensions across phases show significative differences [Anova estimations: All the dimensions differs across phases; TLAP-1 (Directive Style) [$F = 4.497; p < .006$]; TLAP-2 (Affirmative Style) [$F = 7.954; p < .000$]; TLAP-3 (Therapist contributes to working alliance) [$F = 22.631; p < .000$]; Adherence to classic technique [$F = 22.041; p < .000$]; Countertransference enactments [$F = 17.000; p < .000$] suggesting that therapist's variability is relevant in the understanding of the process. Those differences reduce their intensity from initial to final phase (see graph 14).

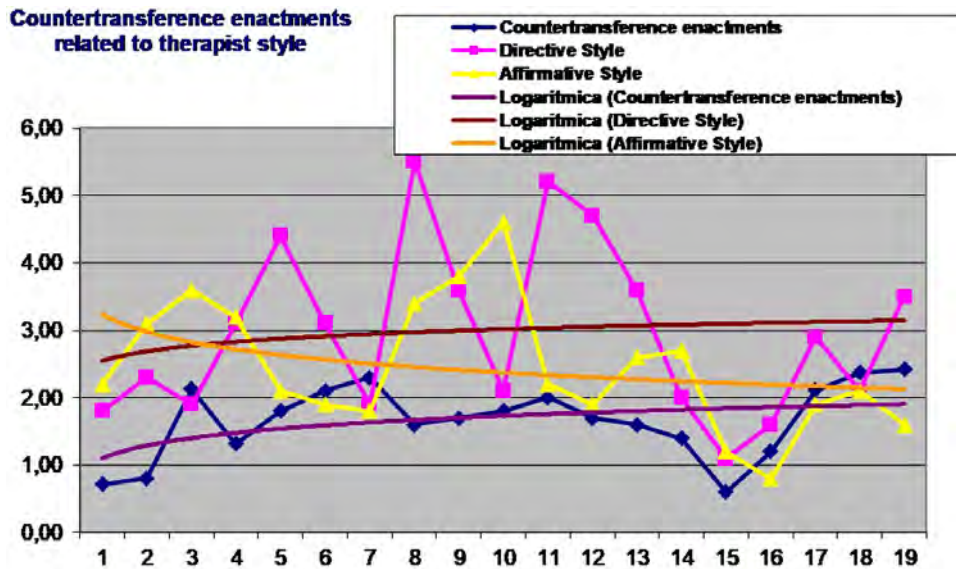
Graph 10. Independent Qualitative Likert Estimations of the Behaviour of the Therapist in the treatment



Graph 11. Therapist' Latent Action Plan (TLAP) Main Dimensions



Graph 12. *Adherence to Classic Technique & Working Alliance*Graph 13. *Styles of the therapist and Countertransference Enactments*

Graph 14. *TLAP & Observed Technique Dimensions and across phases*

Predicting Key Phenomena of the Process of Change: Some Evidences

Could be predicted some key phenomena of the process of treatment from quantitative or qualitative estimations? Linear regression analyses showed us some interesting evidence:

I. The higher cognitive implication of the patient in the treatment can be predicted by higher CRA in the patient and lower presence of Countertransference enactments or positive affects of the therapist.

- “Patient’s Computer Referential Activity” show tendency to predict “PQS-F3: Involved Patient (both cognitive & emotionally)” (.256; $t = 1.967$, $p < .055$), but more clearly predicts “PPP-F8: Patient develops Cognitive & Emotional Insight” (.722; $t = 9.088$, $p < .000$).
- The absence or low “Countertransference enactments (observed technique)” predicts “PQS-F3: Involved Patient (both cognitive & emotionally)” (.511; $t = -2.551$, $p < .014$).
- Lower Therapist Positive Emotion predicts “PPP-F8: Patient develops Cognitive & Emotional Insight” (-.222; $t = -2.772$, $p < .008$).

II. Neutral focal style of the therapist (PQS-F1) can be predicted by “TLAP-Affirmative Style” (.367; $t = 2.909$, $p < .005$) and observed “Adherence to classic technique” (.674; $t = 2.499$, $p < .016$).

III: Lower negative emotion of the patient predicts Working & Therapeutic Alliance (PQS-F7) (.439; $t = -3.095$, $p < .003$), a phenomena also predicted by higher verbal productivity of the patient (.302; $t = 2.227$, $p < .027$). Congruently, lower

Therapist' Negative Emotion predicts more Clarifying activities of the therapist (FQS-F9) ($-.482$; $t = -2,614$, $p < .001$).

Finally, some comparisons across phases can be made with detected PPP components. ANOVA estimations showed some differences for PPP-F1 (Neutral strategy focused on emotional conflict) [$F = 18.067$; $p < .000$]; PPP-F2 (Over-controlled therapist with Rational Strategy) [$F = 3.733$; $p < .016$]; PPP-F5 (Conflictive Counter-transference: Past unresolved experiences of the therapist) [$F = 3,841$; $p < .014$]; and PPP-F6 (Therapist displays supportive & rational strategy) [$F = 3,127$; $p < .032$]. These results confirm the variability in the therapist's strategies.

Discussion

We have studied some rational and empirical dimensions of the behaviour of the therapist throughout the treatment of the case studied, covering the therapeutic process during 269 sessions, through sampling sessions, segmenting the treatment in seasonal periods, and grouping those periods in four main phases of the whole treatment. The possible interpretation of the therapeutic process phenomena observed must be taken as relative, since it belongs to a single case (with a specific patient and a given therapist). However, despite its methodological interest, our results are convergent with recent clinical and theoretical literature on the importance of enactment phenomenon in the process of change.

At the beginning of the treatment, therapist plans to develop an adequate working alliance mainly based on the rational collaboration of the patient, and displaying an affirmative style that increases contention of patient's anxieties; that is an strategy more supportive than expressive. Also, from the beginning, latent tendencies originated probably by personal interferences in the therapist, promotes a directive strategy that can interfere with the "natural" development of psychoanalytic processes.

As have been detected by PQS components, these axes of the process remain all along the treatment as main dimensions that explains the evolution of the therapeutic relationship. **Therapist** main strategy can be described by a mixture of *Technical Elements* ("Neutral focal style" or "Supportive-Rational", "centered in here-and-now themes" or "clarifying") related with *Process Indicators*: ("Therapeutic Alliance") mediated by a *Conflictive nexus transference-countertransference* ("Therapist falls under patient' control"). **Patient** contributes to the process with two kinds of phenomena: Increasingly involved in the treatment, gaining abstraction level and developing insight, or displaying a passive-dependent attitude. Simultaneously patient's negative emotion decreases, and the patient puts emotions under a better control.

To develop a theoretical "general model" for the psychotherapy process observed in the studied case, appears to be central the following axes:

- The therapist's conscious election of the technical strategy (neutral, rational, supportive)

- The conflictive components of his countertransference (that biased him to promote dependency with directive actions).
- The resources of the patient to develop a positive working alliance and activate psychoanalytic process phenomena (transference & Resistance), that allows her to gain mentalizing capacities.

What can allow us to explain why patient gain the resources to improve structurally? From periods 3 to 14 of the sessions, therapist displays an active involvement in the intersubjective domain of the therapeutic relationship. During all this time of the process (3/4 of the whole treatment) enactments and mutuality experiences between therapist and patient are present (evidenced by verbal and non-verbal cues) where's no easy or clear to differentiate between collusive or positive use of countertransference phenomena. Affirmative strategy by the therapist contribute to a positive emotional climate that promotes contention of anxieties, that later assures a good enough level of therapeutic alliance, that facilitates him to work with more classical attitudes, as regression analysis confirms.

Comparing samples of specific events during the treatment, that include mini-sequences where the therapist develops actions following classical technique, with others where a counter-transference enactment atmosphere dominates (conflictive or useful), we have found that this emotion-action sequences appears to precede changes in cognitive, emotion and interpersonal behaviors, observed by content analyses of the sessions. These needs to be illustrated by case material vignettes, and confirmed through other qualitative studies centered on change in emotion's schemas (see FRAMES evidences: Rampulla & Ávila-Espada, 2011) or changes in relationship conflictive patterns (See CCRT & CCRT-LU-S evidences: López del Hoyo, Pokorny & Ávila-Espada, 2008).

The inference of "Technical style" of the therapist, conjointly with latent tendencies and phenomena that can be detected at the beginning of the treatment will be of interest to predict both positive or negative phenomenon that could affect the whole process of treatment. As we have learned in SMBP project and case, TLAP and PQS methods can be useful for clinicians and researchers to detect and perform descriptions of the psychotherapy process in single case studies, and to gain a more deep understanding of psychotherapy process phenomena.

Conclusions

The usefulness of PQS method to detect components relevant to psychotherapy process have been substantiated. Also, the relevance of CTI categories and the dimensions obtained by TLAP method. TLAP method is a tool to obtain a better knowledge of some of the identify structural dimensions¹³ of the therapist contribution: *Communicational axis*, v.g. Prevalence of the Knowledge vs. Emotion (To explain rationally vs. To be empathic) and *Activity of the Therapist* (Therapist that explores doubts and waits for the production of new material vs. Active therapist that intervenes clarifying, confronting, establishing relationships and comparisons).

The therapist (and the treatment) studied in this single case research have been described displaying: *Directive Style*, *Affirmative Style* and *Promotion of Working Alliance Activities*. In a third level, we could learn that the therapist follows two underlying axes related with two latent tendencies: *Adhere to classical technique propositions* and/or *expresses/uses counter-transference enactments* (from collusive or useful use of countertransference). Both the Patient and Therapist contributions to the process of change have been described through the aids of PQS, TLAP, TCM and other qualitative methods, and inferences have been made with the aid of multivariate analyses of all data obtained. The picture that emerges for all these analyses let us to learn on key phenomena of this treatment, but potentially useful—at least at methodological level—to the understanding of any other psychotherapy process.

In a previous paper (Ávila-Espada & Mitjavila, 2003) we have analyzed potentially negative phenomena in the therapist studied with implications to the therapeutic process. For example, we were worried about the impact of an “elusiveness of guilty sentiments style, associated with the tendency to denial or minimize the impact of separation anxiety in the treatment”. The study of the whole treatment process suggests that those tendencies of the therapist could not have been an absolute negative determinant within the process of the patient, which could have used the enactments of the therapist as positive events to manage her conflicts. Another suggested conclusion is that interpersonal-emotional processes could be much more important than cognitive learning activities during the treatment, as have been suggested repeatedly (Stern et al., 1998; BCSPG, 2002, 2003, 2010; Ávila-Espada, 2005, 2015)

The enactment phenomenon was the focus of attention more a decade ago (Feldman, 1997). It could be seen as a derivation of containment, as a pressure over the therapist to actually perform the role of the patient’s transference figure, where the patient has the opportunity to observe that the distress he/she suffers could be manageable by any other. Sandler (1976) with the concept of role-responsiveness states that the patient is instrumental to some degree in creating his/her own fantasies of the mind of the analyst. That relational situation derives in an object-relational play (Winnicott, 1949), following the tradition previously opened by Ferenczi and Balint to observe and describe the importance of these phenomena for psychotherapy. A complex interplay of transference projections and identifications with counter-transference enactments in the intersubjective context of the therapeutic relationship is the concrete world that we tried to reach through these empirical and rational analyses. But much more work needs to be done, learning from more single case analyses of psychotherapy process. This kind of research contribute to fix the focus of our attention on the quality criteria of a psychotherapy based on the dialectic between real clinical practice and research (Ávila-Espada, 2020). This is the type of evidence that emerges from single case research like the developed in SMBP Project.

Resumo

A psicanálise relacional afirma que uma gestão adequada dos processos intersubjetivos apresentados na psicoterapia é fundamental para promover uma mudança efetiva. A análise de algumas variáveis do terapeuta e do paciente e a interação complexa e codeterminada entre eles, nos fornecem novas perspectivas sobre o processo terapêutico. Esta análise nos leva a questionar algumas questões e considerar sob uma nova perspectiva as funções do terapeuta e os papéis do paciente no processo terapêutico. Um grupo de pesquisadores da Espanha, Argentina, México e Alemanha trabalhou por uma década (1997-2008) no Projeto Salamanca-Barcelona-Madrid de Pesquisa em Processos de Psicoterapia (SMBP; Ávila-Espada, Vidal-Didier et al., 1998a; Ávila-Espada, Gutierrez, Mitjavila & Poch, 2002). Este projeto, um estudo de caso único (no caso do Publicitário), ao longo das principais fases do tratamento completo (até 200 sessões gravadas), deu-nos a oportunidade de adquirir um melhor conhecimento do processo terapêutico, através da análise do conteúdo da sessão e com dados qualitativos usando uma variedade de procedimentos, como Jones' PQS (Jones, 1985, 2000, 2001) e o Emotion and Abstraction Cycles Model (Mergenthaler, 1996); Emotional Schemas using the FRAMES method (Dahl, 1988; Dahl and Teller, 1994; Dahl, Hölzer & Berry, 1992); Padrões CCRT e CCRT-LU-S (Luborsky, 1977; Albani et al., 2002; López del Hoyo et al, 2004) e novos métodos (TLAP: Método de plano de ação latente do terapeuta, Ávila-Espada & Mitjavila, 2001, 2003), entre outros. Neste trabalho apresentamos resultados relevantes e algumas inferências sobre o processo terapêutico derivadas principalmente das dimensões PQS e TLAP e suas correlações com palavras de emoção, tom emocional, palavras de abstração e atividade referencial ao longo de todo o tratamento e suas fases. Cruzando todas as dimensões estudadas (Ciclos de Emoção e Abstração [Mergenthaler, 1996], dimensões PQS e TLAP), propomos um modelo abrangente da mudança observada no caso em estudo, considerando todas as abordagens, tanto dos métodos e dimensões quantitativos quanto qualitativos o processo, bem como as contribuições do terapeuta e do paciente para o processo psicoterapêutico. Os resultados são discutidos à luz de perspectivas recentes sobre o uso ativo da contratransferência como uma ferramenta para o terapeuta melhorar o processo de psicoterapia psicanalítica, controlando os aspectos negativos dos conluíus contratransferenciais.

Conflict of interest statement

The author declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as potential conflict of interest.

Acknowledgements

With special contributions of Erhard Mergenthaler¹, Gerardo Gutiérrez², Jesús R. Herrero³, Yolanda López⁴, Merce Mitjavila⁵, Paula Rampulla⁶, Ignacio Toro⁷, Janine J. Vidal⁸.

Funding

This research has been developed partially with a grant received from the Research Advisory Board of The International Psychoanalytical Association (IPA) with the concurrence of the IPA Research Committee and Executive Committee (January 1999; competitive renewal June 2000). This project has also received two Research Fellow Grants from the Ministry of Education and Culture of Spain- Training Program of Research Personnel and the complementary support of research aids from University of Salamanca, Spain.

Notes on contributors

- 1 Retired. Former Faculty at Department of Psychotherapy. University of Ulm, Germany
- 2 Retired. Former Faculty at Faculty of Psychology, Universidad Complutense, Madrid, Spain.
- 3 Deceased. Faculty at University of Salamanca, Salamanca, España
- 4 Ph.D. in Psychology, Faculty at University of Zaragoza, Spain. Former Fellow Research at University of Salamanca, Salamanca, Spain.
- 5 Retired. Former Faculty at Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España
- 6 Former Faculty at Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, República Argentina; Now developing clinical practice at Nashville, Tennessee, USA
- 7 Ph.D. in Psychology, private practice in Chile. Former Doctoral Researcher, Universidad Complutense, Madrid, Spain, by the time of the SMBP last part of the project.
- 8 Janine J. Vidal was a Fellow Researcher, University of Salamanca, Salamanca, Spain, during the time of the project.

Notes on the text

- 1 This paper is based on a previous one, now updated and completed, presented first time in the panel: A decade of Studies on Psychotherapy Process through Single-Case Analysis (Moderator: Adela Leibovich de Duarte (SAP, IPA, Buenos Aires, R. Argentina; Discussants: Adela Leibovich de Duarte & Erhard Mergenthaler (U. Ulm, Ulm, Alemania) at the 39th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, 18 to 22 June, 2008. Barcelona, Spain.
- 2 The SMBP Project (Salamanca-Madrid-Barcelona-Project) has been developed from 1998 to 2008, with the title “The effects of psychotherapist’s plans and interventions on the psychotherapeutic process through the intensive and extensive analysis of a single case under psychoanalytically oriented psychotherapy” in the *Research Unit in Clinical Psychology and Psychotherapy of the University of Salamanca*, sponsored by the *Research Advisory Board of the IPA*.
- 3 The criteria for “seasonal periods” used the break points of the treatment that includes “natural separations” derived of seasonal interruptions of the treatment: summer vacation (five weeks), Christmas vacation and Easter week. For TMC analyses we have used an “exact” division of the whole treatment in four periods.
- 4 Brief summary of the data case: A young woman, 22 years old at the beginning of the treatment, with a clinical diagnosis of Histrionic Personality Disorder (Borderline Personality Organization, High level of functioning, following Kernberg’s criteria). The treatment performed was psychoanalytically oriented psychotherapy, with 269 sessions carried out between 1994 and 2000; with one face to face session per week (twice on occasions), including the use of free association and combining in fact expressive and supportive strategies. The therapist, psychoanalytically trained, has 10 years of experience at the beginning of the treatment.
- 5 These exploratory PQS “process factors” will be referenced in this paper as *Initial Process Dimensions* (IPD-PQS), and have been object of detailed explanation in other paper (See Toro, Gutiérrez and Ávila, 2008).
- 6 A kind of technical style configured as a therapist mainly “technical”, that shows a distant and neutral attitude to the patient, verbalizing as way of structure material, self-assured, focus centered (on patient’s conflicts and relationships), promoting responsibility in the patient on his/her contents. This factor shared 7 PQS items with IPD-PQS Factor IV (Neutral Attitude).
- 7 The therapist displays an accepting, supportive and non confrontative strategy facing a patient that shows mainly rational Resistances, externalizing her problems, and occasionally shows rage episodes or competitive actions, but in fact cooperative with the therapist and the treatment.
- 8 Patient verbalizing negative, hostility, ambivalence or contradictory sentiments to the therapist; she feels misunderstood, and reject the therapist’s interventions, with a mixture of paranoid and shame affects.
- 9 This factor shared 3 PQS items with IPD-PQS Factor V (Process & Therapeutic Alliance) and 4 PQS items with IPD-PQS Factor III (Therapeutic Interventions).
- 10 This is an Pro-Insight Factor (in terms of tendency or involved working of the patient in her treatment),

- that is an essential patient' component or her therapeutic alliance, showing introspective, reflective capacities that allows mentalization in the patient. This factor shared 4 PQS items with IPD-PQS Factor V (Process & Therapeutic Alliance)
- 11 Therapist fails in control or gives wide space to the patient, which gains the control of therapeutic relationship, and a variety of sentiments anteceding overt transference beginning to be showed. This factor share 5 PQS items with IPD-PQS Factor II (Resistance).
 - 12 TMC main statistical analyses were performed with the invaluable aid of Prof. Erhard Mergenthaler and his assistants in the University of Ulm during a research stage of one of us (Janine J. Vidal-Didier) in Germany. Content analyses and later statistical tests were performed in Salamanca and Complutense Universities.
 - 13 By means of Multidimensional Scaling, two ortogonal dimensions.

References

- Aburto, M., Ávila-Espada, A., Castelo, J., Crespo, M., Espinosa, S., García-Valdecasas, S., Gasparino, A., Pinto, J. M., Rubí, M. L., Viada, A., & Vivar, P. (1999). La subjetividad en la técnica analítica. Escucha en acción [The subjectivity in the analytical technique. Listen in action]. *Intersubjetivo*, 1 (1), 7-55.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grueninger, S., Koenig, S., Marschke, F., Geissler, I., Koerner, A., & Geyer, M. (2002). Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU Category System. *Psychotherapy Research*, 12(3), 319-338. <https://doi.org/10.1093/ptr/12.3.319>
- Ávila-Espada, A. (2000, September). The Therapist' Latent Action Plan Inference Method (TLAP): Procedure and Dimensions [Paper presentation]. *Fisrt European Congress of Psychotherapy*, Barcelona.
- Ávila-Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación [Psychic change is accessed through relationship]. *Intersubjetivo*, 7(2), 195-220.
- Ávila-Espada, A. (2016). The intersubjective: A core concept for psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 186-190. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2014.967813>
- Ávila-Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las Evidencias basadas en la Práctica, y la Práctica basada en las Evidencias. Una reflexión relacional sobre la Psicoterapia en el Siglo XXI [Psychotherapy and psychic change, between Evidence based on Practice, and Practice based on Evidence. A relational reflection on Psychotherapy in the XXI Century]. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29-52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.401>
- Ávila-Espada, A., Bastos, A., & Castelo, J. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional [Reflections on the transformative potential of a relational psychoanalysis]. *Intersubjetivo*, 4(2), 155-192.
- Ávila-Espada, A., Gutiérrez, G., Mitjavila, M., & Poch, J. (2001, June). The effects of psychotherapist' plans and interventions on the psychotherapeutic process: determining the predictive value of qualitative and quantitative dimensions [Paper presentation]. *32º Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Montevideo, Uruguay.
- Ávila-Espada, A., Gutiérrez, G., Mitjavila, M., & Poch, J. (2002, March 9-10). SMBP Final Report on the Initial Phase of the Treatment: How the patient & Therapist contributes early to Psychoanalytic Psychotherapy Process [Poster]. *3rd. Joseph Sandler Research Conference*, IPA-RAB Psychoanalysis Unit, University College-London.
- Ávila-Espada, A., López del Hoyo, Y., Vidal-Didier, J., Albani, C., & Pokorny, D. (2006, June 21-24). Sensibility of the CCRT-LU-S method to identify changes in relational patterns throughout different phases of a treatment [Paper presentation]. *37th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland.
- Ávila-Espada, A., & Mitjavila, M. (2001, March). The Therapist' Latent Action Plan Inference Method (TLAP). A new method to predict therapist' contribution to outcome [Paper presentation]. *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research-European Chapter*, Leiden.
- Ávila-Espada, A., & Mitjavila, M. (2003). El método del Plan de Acción Latente del Terapeuta (TLAP). Un nuevo método para predecir la contribución cualitativa del terapeuta al resultado del tratamiento [The Therapist' Latent Action Plan Inference Method (TLAP). A new method to predict qualitative therapist' contribution to treatment outcome]. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, 9-33.

- Ávila-Espada, A., Mitjavila, M., & Gutiérrez, G. (2004, June). Therapist Style Changes According to Technical Plans or as a Counter-transference Function? [Paper presentation]. 35^o Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Roma, Italia.
- Ávila-Espada, A., Vidal-Didier, J. J., Herrero, J. R., Mitjavila, M., Poch, J., & Gutiérrez, G. (1998a). The "Salamanca Psychotherapy Process Research Project" A summary of plans, goals and preliminary results. In H. Kächele, E. Mergenthaler, & R. Krause (Eds.), *Psychoanalytic Process Research Strategies II*. Ulm & Sarbrücken.
- Ávila-Espada, A., Vidal-Didier, J. J., & the Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia. (1998b). Aportaciones técnicas e instrumentales de la primera fase del Proyecto de Investigación del proceso de la psicoterapia en la Universidad de Salamanca [Technical and instrumental contributions of the first phase of the Research Project of the Psychotherapy Process at the University of Salamanca]. In M. S. Cruz, M. Garaigordobil, A. González, C. Maganto, & M. Plazaola (Eds.), *Psicoanálisis en la Universidad: Cuestiones metodológicas e interdisciplinariedad* (pp. 13-23). Xangorin, S.L./ Universidad del País Vasco.
- Ávila-Espada, A., Vidal-Didier, J. J., Epstein, R., Duarte, A., Roussos, A., & Winkel, R. (1999). *Ordenamiento Q del proceso de la psicoterapia. Versión castellana, Manual para la codificación* [Ordering Q of the process of psychotherapy. Spanish versión, manual for coding]. Universidad de Salamanca.
- Boston Change Process Study Group. (2002). Explicating the implicit: The Local Level and the Microprocess of Change in the Analytic Situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 83(5), 1051-1062. <https://doi.org/10.1516/B105-35WV-MM0Y-NTAD>
- Boston Change Process Study Group. (2003). The "Something more" than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729. <https://doi.org/10.1177%2F00030651050530030401>
- Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. Norton.
- Dahl, H. (1988). Frames of mind. En H. Dahl, H. Kächele, & H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 51-56). Springer-Verlag.
- Dahl, H., & Teller, V. (1994). The characteristics, identification and applications of FRAMES. *Psychotherapy Research*, 3-4, 253-276. <https://doi.org/10.1080/10503309412331334082>
- Dahl, H., Hölzer, M., & Berry, J. (1992). *How to classify emotions for psychotherapy research*. Verlag.
- Desmet, M., Meganck, R., Seybert, C., Willemsen, J., Geerardyn, F., Declercq, F., Inslegers, R., Trenson, E., Vanheule, S., Kirschner, L., Schindler, I., & Kächele, H. (2013). Psychoanalytic Single Cases published in ISI-ranked journals: The construction of an on-line archive. *Psychother. Psychosom*, 82, 120-121. <https://doi.org/10.1159/000342019>
- Feldman, M. (1997). Projective Identification. The analyst's involvement. *International Journal of Psycho-Anal.*, 78, 227-241.
- Freud, S. (1909). *Five lectures on Psycho-Analysis*. S.E. 11.
- Freud, S. (1912). *Recommendations to physicians practising psycho-analysis*. S.E. 12.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on counter-transference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph002>
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Anal.*, 31, 81-84.
- Hinshelwood, R. D. (1999). Counter-transference. *International Journal of Psycho-Anal.*, 80, 797-818.
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California. (Spanish translation by A. Ávila-Espada & J. J. Vidal Didier, Universidad de Salamanca, España).
- Jones, E. E. (2000, June). Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy [Paper presentation]. 32^o Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Montevideo, Uruguay.
- Jones, E. E. (2001). Therapeutic Action: A new Theory. *American Journal of Psychotherapy*, 55(4), 460-474. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2001.55.4.460>
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 503-518.
- King, P. (1978). Affective response of the analyst to the patient's communications. *International Journal of Psycho-Anal.*, 59, 329-334.
- Klug, G. & Huber, D. (1997, June). Analytic Intervention Rating Scale (A.I.R.S.) [Paper presentation]. 20th Ulm Workshop- Psychoanalytic Process Research Strategies-II, Ulm.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (3rd ed., pp.157-211). Wiley.
- Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Anal.*, 32, 32-40.
- Little, M. (1957). R. The analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 240-254.

- López del Hoyo, Y., Ávila-Espada, A., Pokorny, D., & Albani, C. (2004). Adaptation of the Categories System CCRT-LU to the Spanish language: the categories system CCRT-LU-S *Intersubjetivo: Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 6(2), 296-308.
- López del Hoyo, Y., Ávila-Espada, A., Pokorny, D., & Albani, C. (2005). Evolution of the therapeutic process in a single case through CCRT method and comparison reformulated- classic categories [Paper presentation]. *Annual Meeting of the European Society for Psychotherapy Research. European Chapter*, Lausanne.
- López del Hoyo, Y., Pokorny, D., & Ávila-Espada, A. (2008, June 18-22). CCRT & CCRT-LU-S Contributions for a Better Comprehension of Psychotherapy Process [Paper presentation]. *39th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Barcelona, Spain.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme. En N. Freedman & S. Grands (Eds.), *Communicative Structures and psychic structures* (pp. 367-395). Plenum Press.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-Abstraction Patterns in Verbatim Protocols: A New Way of Describing Psychotherapeutic Processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1306-1318. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1306>
- Mergenthaler, E., Gril, S., Ávila-Espada, A., & Vidal-Didier, J. J. (2003). Protocolo de transcripción para el análisis computarizado del contenido de sesiones de psicoterapia, entrevistas y otros textos de interés clínico en español [Transcription protocol for the computerized analysis of the content of psychotherapy sessions, interviews and other texts of clinical interest in Spanish]. *Revista de Psicoterapia*, 14(53), 5-28. <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/745/s/protocolo-de-transcripcion-para-el-analisis-computarizado-del-contenido-de-sesiones-de-psicoterapia-entrevistas-y-otros-textos-de-interes-clinico-en-espa-ol/category/3/>
- Mitjavila, M. & Ávila-Espada, A. (2008, June 18-22). What have we learned on the Psychotherapy Process analyzing Patient and Therapist Variables [Paper presentation]. *39th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Barcelona, Spain.
- Mitjavila, M., Ávila-Espada, A., & Gutiérrez, G. (2003). La evolución de las atribuciones referidas a si misma y a las personas significativas, a partir de los contenidos narrativos de las sesiones psicoterapéuticas [The development of the self-attribution and to significant others, from the narrative contents of the psychotherapeutic sessions]. *Intersubjetivo*, 5, 297-311.
- Mitjavila, M., Ávila-Espada, A., Gutiérrez, G., & Poch, J. (2002). La aportación del terapeuta en la psicoterapia. El estilo de intervenciones en la fase inicial del tratamiento [The therapist contribution to psychotherapy. The style of interventions in the initial phase treatment]. *Intersubjetivo*, 4, 64-77.
- Poch, J. & Ávila-Espada A (1998). *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica* [Research in Psychotherapy. The Psychoanalytic Contribution]. Paidós.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303-356. <https://doi.org/10.1080/21674086.1957.11926061>
- Rampulla, M. P. & Ávila-Espada, A. (2007). Aplicación del Método FRAMES a la formulación de hipótesis de tratamiento [FRAMES method application to formulation treatment hypotheses]. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(1), 228-239.
- Rampulla, M. P. & Ávila-Espada, A. (2011). Estudio multidimensional y conceptual del proceso de cambio terapéutico en María. Cambios observados en los prototipos de FRAMES [Multidimensional and conceptual study for therapeutic change process in María. Observed change in FRAME's prototypes]. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 230-247.
- Sandler, J. (1976). Counter-transference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Anal.*, 3(1), 43-47.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. y Brandchaft, B. (1994). *The Intersubjective Perspective*. Jason Aronson.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweilerstern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79, 903-921.
- Toro, I., Gutiérrez, G., & Ávila-Espada, A. (2008, June 18-22). Contributions of PQS Dimensional Analysis to Description and Comprehension of Changes across Psychoanalytic Psychotherapy [Paper presentation]. *39th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Barcelona, Spain.
- Vidal-Didier, J. J. (2008). *Emotion & Abstraction patterns in the therapeutic process of a psychoanalytic psychotherapy case* [Unpublished Research Monograph].
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psycho-Anal.*, 30, 69-74.

RESPUESTAS DESDE LA TERAPIA Y LAS PRÁCTICAS NARRATIVAS AL CORONAVIRUS

RESPONSES FROM NARRATIVE THERAPY AND NARRATIVE PRACTICES TO CORONAVIRUS

Carlos Chimpén-López

Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura, Cáceres. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9384-3960>

Danilo Moggia

Departamento de Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad de Tréveris, Alemania.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6321-4450>

Mariangels Ferrer

Riverbank Psychology. Reino Unido
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8861-7333>

Sonia Cano

Trabajadora Social. Servicios Sociales Generales, Ayuntamiento de Valencia. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0546-6638>

Mónica Florensa

Atelier Narratiu. Lleida, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7393-9030>

Adoración Jorge

Psicóloga General Sanitaria en Consulta Privada. Valladolid, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7750-0175>

Manuel Moral

Associate Professor at Oakwood University, Huntsville, Alabama USA
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1301-1644>

Soledad Sagrado

IES Al-Qázeres, Cáceres, España.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1970-9648>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Chimpén-López, C., Moggia, D., Ferrer, M., Cano, S., Florensa, M., Jorge, A., Moral, M. y Sagrado, S. (2021). Respuestas desde la terapia y las prácticas narrativas al Coronavirus [Responses from narrative therapy and narrative practices to Coronavirus]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 303-322. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.420>

Fecha de recepción v1: 10-8-2020. Fecha de recepción v2: 15-11-2020. Fecha de aceptación: 20-12-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: moggia@uni-trier.de

Dirección postal: Danilo Moggia. Am Wissenschaftspark 25+27. 54296. Trier, Deutschland

© 2021 Revista de Psicoterapia



Resumen

El presente artículo recoge una serie de iniciativas inspiradas en la terapia y las prácticas narrativas que se han dado alrededor de España como respuesta a la crisis del coronavirus. En primer lugar, se explican los principios de la terapia y las prácticas narrativas, profundizando específicamente en los principios vinculados al trabajo con crisis y trauma. Posteriormente, se describen una serie de respuestas e iniciativas llevadas a cabo para sobrellevar la crisis del coronavirus que se han dado en la comunidad siguiendo estos principios. Se exponen documentos colectivos, intercambios de cartas entre terapeutas, consultantes y profesionales sanitarios, las actividades llevadas a cabo por un grupo de supervisión y la presencia de las prácticas narrativas en servicios sociales. Por último, se discute cómo estas iniciativas pueden ayudarnos a construir esperanza en tiempos de incertidumbre.

Palabras clave: Covid, trauma, respuestas narrativas, documentos terapéuticos, documentos colectivos

Abstract

The current article summaries a series of initiatives inspired in narrative therapy and practices which have thrived in Spain as responses to the coronavirus crisis. First, the principles of narrative therapy and practices are explained deepening in the principles for working with crisis and trauma. Afterwards, several initiatives carried out to cope with the coronavirus crisis that have emerged in the community following these principles are described. Collective documents, letters exchanged between clients, therapists and health professionals, activities carried out by a supervision group, and the presence of narrative practices in social services are presented. Finally, how these initiatives can help us in constructing hope under uncertainty is discussed.

Keywords: Covid, trauma, narrative responses, therapeutic documents, collective documents

*“Esperanza” es aquello emplumado
Que se estremece en el alma
Y canta sin palabras
Y no se interrumpe nunca jamás.
(Emily Dickinson)*

La aparición de una pandemia de la magnitud del COVID-19 ha producido cambios en las vidas de las personas en muchos niveles. En España el virus está quitando la vida de miles de personas (cerca de 48.000 hasta el momento) y produciendo una desconexión social nunca vista antes. La forma de evitar la pandemia fue el confinamiento riguroso durante casi 50 días. Todavía estamos saliendo de él en algunos lugares y viendo qué nos depara el futuro.

Hay muchas manifestaciones en las vidas de las personas que ha traído la aparición del coronavirus: miedo, ansiedad, anticipación negativa laboral y socialmente, muertes en solitario, sufrimiento respiratorio, falta de contacto físico con algunos de nuestros seres queridos y un largo etcétera.

Las diferentes acciones de solidaridad, apoyo y muestras de ayuda han sido muy variadas. Desde hacer mascarillas hasta llamadas de teléfono para amortiguar la soledad y el sentimiento de angustia de estar encerrados.

La Asociación Española de Terapia Narrativa (AETEN) no podía dejar de realizar alguna acción que se sumara al sinnúmero de respuestas que ya se han producido. Con el presente artículo queremos poner nuestro granito de arena rescatando las respuestas que se han desarrollado aplicando los principios de las prácticas narrativas desde iniciativas de miembros de nuestra asociación. De esta forma, el presente artículo lo hemos estructurado en los siguientes apartados:

1. Los principios de la terapia y las prácticas narrativas de respuesta al sufrimiento; en el que exponemos a modo introductorio los principios teóricos y prácticos que informan las iniciativas que a continuación presentamos.
2. Rescatando Respuestas al Coronavirus por Medio de Documentos.
 - 2.1 Documentos colectivos en confinamiento.
 - 2.2 Circulación de cartas de doble historia.
3. Grupos de supervisión de terapia y prácticas narrativas online. Respondiendo al COVID-19 con nuestras habilidades y conocimientos previos.
 - 3.1 Intención, contexto y experiencia previa de supervisión.
 - 3.2 Sesiones especiales de supervisión durante el confinamiento.
4. Reconectando historias de supervivencia frente al COVID. La práctica narrativa en los servicios sociales.

Esperamos que este artículo sea un aliciente para que se pongan en marcha otros proyectos similares o diferentes a los aquí expuestos y que ayuden a afrontar una situación tan sorprendente y difícil como la que nos ha tocado vivir.

Principios de la Terapia y las Prácticas Narrativas de Respuesta al Sufrimiento

Algunos de los principios de la terapia y las prácticas narrativas (White y Epston, 1993) para ayudar a sobrellevar los momentos de dificultad difieren de los aportados de forma habitual por las ciencias sociales, las profesiones socio sanitarias y los modelos de intervención psicosociales tradicionales. Esto no quiere decir que desechemos las formas de ayuda que pueden aportarse desde otras visiones, todo lo contrario, todo suma.

Desde nuestro punto de vista, el diagnóstico de síndrome de estrés postraumático con sus correspondientes protocolos de intervención puede ocupar su lugar entre los profesionales de la salud mental. Sin embargo, en algunas ocasiones, se ha podido constatar que este contexto de ‘escucha de historia-única’ (basada en el problema o la situación dolorosa) puede facilitar la re-traumatización de las personas que buscan asistencia (Barlow, 2010; Beaudoin, 2005; Cloitre, 2015; Hassija y Cloitre, 2015; Leahy, 2003; Lilienfeld, 2007).

En su lugar, para las prácticas narrativas, un principio clave en el trabajo con personas que han sufrido múltiples traumas es el de crear un contexto no re-traumatizador (White, 2006). Las conversaciones de doble-escucha facilitan ese contexto al proveer espacios para hablar de la historia del trauma y sus efectos, pero también de la historia de las respuestas que se han dado al sufrimiento, así como el análisis de la procedencia de esas respuestas, es decir, a los conocimientos de vida y las habilidades para vivir que las apoyan (White, 2000). El resultado es la expansión del territorio preferido de las vidas de las personas y la promoción de la agencia personal.

Uno de los principios fundamentales de las prácticas narrativas es que *las personas no somos receptoras pasivas de los acontecimientos, sino que siempre estamos respondiendo a la adversidad* (White, 2006). A veces, los/las profesionales de la relación de ayuda se quedan bloqueados ante una situación como la que estamos viviendo con el argumento de que se necesita formación específica para abordar el sufrimiento tan grande que estamos viendo en estos momentos (Brindley et al., 2019; Katsounari, 2015). Lo cierto es que es una circunstancia en que por primera vez, todas las personas, incluyendo terapeutas o profesionales de la relación de ayuda en general, se ven sometidos a la misma situación traumática (Browne et al., 2020). Esto hace que necesitemos seguridad extra para poder afrontar las duras situaciones con las que nos encontramos. Sin embargo, no podemos olvidarnos del principio narrativo anteriormente expuesto junto con otro relacionado, dar importancia al conocimiento local, promoviendo el resonar/recontar de las historias de las acciones que ya se están realizando desde la comunidad afectada (White, 2003).

Las prácticas narrativas colectivas (Denborough, 2008) surgieron con la firme idea de que siempre hay historias que pueden ser rescatadas para ser contadas a otros a quienes les puede ayudar y servir. Se trata de re-construir un sentido de comunidad y destacar cómo las comunidades responden a las crisis. Se trata de

conectar comunidades entre sí de diferentes modos para que las historias de resistencia circulen, resuenen y potencien nuestras propias historias de resistencia.

No se trata de anular o eliminar el sufrimiento, cosa que en muchas ocasiones es difícil, por no decir imposible, sino de rescatar las respuestas dadas ante el dolor, ante la adversidad, porque desde la terapia y las prácticas narrativas consideramos que son respuestas que dan testimonio acerca de aquello que es importante para nosotros (aquello que valoramos) y que ha sido invalidado o vulnerado por los acontecimientos o circunstancias adversas (White, 2006). El rescatar los significados que hay detrás de nuestras respuestas al sufrimiento (lo ausente pero implícito) ayuda a comprender y buscar más respuestas activas ante la adversidad y a fortalecer nuestras conexiones con aquello que seguimos valorando, sosteniendo y reafirmando (Denborough, 2014).

Las personas que han sufrido directamente por el coronavirus (contagio propio o muerte de alguien cercano) y sus consecuencias (aislamiento, problemas respiratorios, desconexión física de sus seres queridos, ansiedad, miedo, etc.) y que solicitan ayuda, habitualmente expresan que sus vidas se han dividido en un 'antes' y un 'después' (Fiorillo y Gorwood, 2020; Horeh y Brown, 2020). Muchas de las personas que han sufrido los daños colaterales del virus como los problemas laborales, manifiestan que han perdido la esperanza de un futuro distinto y sienten que la incertidumbre ha invadido sus vidas (Mackolil y Mackolil, 2020; Pfefferbaum y North, 2020). Desde una aproximación narrativa nos interesa reconocer la historia de dolor y sufrimiento, pero también estamos interesados en hacer visible la historia subordinada. Como antes hemos puesto de manifiesto al mencionar lo ausente pero implícito, esta historia preferida estará formada por las respuestas que las personas han dado para protegerse a sí mismas y aquello que es importante para ellas en la vida.

Mantener conversaciones enriquecidas de la historia del sufrimiento consideraría hacer visible y honrar la historia de las respuestas que las personas han dado. Esto contribuye a que las personas se re-comprometan con su historia y su 'sentido de continuidad'. Además, las conecta con sus intereses, valores, capacidades, sueños, esperanzas y compromisos, favoreciendo el desarrollo del sentido de agencia personal.

Como ya hemos planteado, son las ideas aquí expuestas, las que informan y fundamentan las iniciativas que a continuación presentamos.

Rescatando Respuestas al Coronavirus por Medio de Documentos

Documentos Colectivos en Confinamiento

La primera experiencia para compartir es la creación de un documento colectivo que surgió del alumnado del Máster de Terapia Narrativa y Trabajo Comunitario de la Universidad de Extremadura al realizar un seminario sobre prácticas narrativas colectivas.

Los documentos colectivos se realizan para cristalizar la historia alternativa de las habilidades y los conocimientos que las personas y las comunidades descubren que tienen y que les son útiles en situaciones difíciles. Se redacta a partir de las palabras textuales de las personas que participan en el taller. Un documento efectivo debe recoger imágenes empleadas al hablar, metáforas (prestar atención a la forma de expresarse) e incluso aquello que evoque olores, sonidos, o texturas. El documento no tiene porqué ser una carta, puede ser un diario, un folleto, páginas web, etc. (Chimpén-López et al., 2014).

Los documentos colectivos, se hacen circular entre distintas comunidades intentando que se generen otros documentos en respuesta al primero que se produjo y, por supuesto, que sea un disparador para la recolección de respuestas de esta segunda comunidad.

Ofrecemos aquí el documento colectivo creado como respuesta a las dificultades del COVID-19, titulado “*Narrativa en tiempos de pandemia: cuando el coronavirus hizo reflexionar (a) la humanidad*”. Utilizamos el femenino genérico para referirnos a personas o humanidad indistintamente.

Narrativa en Tiempos de Pandemia: Cuando el Coronavirus Hizo Reflexionar (a) la Humanidad

El coronavirus apareció, la humanidad paró y afloraron otras historias con otras palabras: comunidad, logros, valores, posibilidades... Las participantes en el Máster de terapia narrativa y trabajo comunitario de la promoción 2019-2020 de la Universidad de Extremadura, queremos compartir este documento con toda aquella persona a la que le interese, como una forma de colaboración más para hacer frente a la pandemia de coronavirus que está azotando el mundo en estos momentos. Deseamos alejarnos del individualismo y acercarnos a respuestas comunitarias que creemos que es la mejor manera de vencer los efectos de las dificultades y evolucionar en conciencia global, no sólo en estos momentos sino en muchos otros más. Esperamos que os sea de utilidad la forma en la que enfrentamos las dificultades para re-descubrirnos y que os aliente a seguir creciendo en habilidades, capacidades, valores y principios de vida, así como a seguir creyendo en vuestros sueños, metas, expectativas y esperanzas.

Con Unidad Avanzaremos para Superar las Dificultades

Hemos podido comprobar que, a pesar del confinamiento, la unidad es algo que nos sostiene en la dificultad. Compartir posts agradecidos con mi madre hace que aumente mi positividad hacia la situación. Algunas de nosotras nos mantenemos conectadas incluso sin hablar con nadie, pero teniendo a las otras en mente. Hacer una carta para que se la den a una enferma para enfrentar el estrés, conectarme con mi mascota o cuidar

de otras personas, me llevan a tomarme en serio lo de no salir de casa. Estas son algunas de las formas que hemos encontrado para estar unidas ante la dificultad.

La solidaridad y la oportunidad de re-conectarnos pueden ser grandes armas para combatir la situación actual con responsabilidad compartida. Por supuesto, también el hablar, reírnos y sentirnos cerca.

Capacidad de Adaptación y de Superación

Hay veces que se necesita una aceptación de la situación, pero no de una forma pasiva, sino una aceptación que movilice nuestra capacidad de esfuerzo y resistencia.

A mí me sirve la paciencia y la calma, el ver oportunidades de realizar cambios en la vida cuando hay dificultades, como el bambú, que no se doblega al viento, sino que danza con él. Yo me fijo en las flores, que crecen en la basura, como escribió Fito, y esto se puede interpretar como una habilidad de superación dentro de la adversidad.

Algunas de nosotras hemos encontrado útil aplicar tradiciones familiares y algunos dichos que nos ayudan a la adaptación y a la superación: “a quien madruga Dios le ayuda”; “adáptate o muere”. Yo entiendo esta situación como una oportunidad para “bajarse del mundo”, fortalecer la relación familiar, valorar lo que tenemos como “normal” y que se ha visto cambiado por la cuarentena; retomar el control sobre el día a día y reflexionar sobre el cambio en la mentalidad de la gente y el sentimiento colectivo. Para algunas de nosotras el tesón y la voluntad nos acompañan para no desistir a pesar de las circunstancias. Con tesón y voluntad todo se solucionará, viéndolo como una oportunidad de cambio y aprendizaje.

Cuidar de Otras Personas

El cuidar de otras personas es algo que nos ayuda a muchas de nosotras como parte de los valores y principios de vida que llevamos en nosotras y que queremos que continúe como un legado que transmitamos a otras generaciones. La comprensión y el cariño me han acompañado para enfrentar la enfermedad. Yo veía a las jóvenes, en la aldea de mi madre, levantándose los sábados y domingos a las 6 de la mañana para trabajar en el campo de la familia. En mi familia, ante las dificultades nos solemos ayudar. En mi pueblo cuando algún familiar no hace caso de otro en los momentos difíciles está muy mal visto. Para algunas de nosotras la capacidad de cuidar nos ayuda a enfrentar las dificultades. A mí me ayuda a pensar que YO DECIDO QUEDARME EN CASA para cuidar a los otros. Yo hago video llamadas. Yo llamo por teléfono y envío mensajes a la gente que creo que más lo necesita. Somos una marea de gente, todas diferentes, cuidándonos al mismo compás (gracias a Macaco por prestarnos la frase).

Nada Dura para Siempre

Algunas de nosotras hemos superado y dejado atrás muchos momentos de dificultad: ansiedad, enfermedad, cambios de casa, de trabajo, etc. Yo recuerdo los refranes: “no hay mal que cien años dure” y “después de la tormenta viene la calma”. Me enseñaron que se puede esperar el momento para disfrutar de las cosas. El ver lo que hemos superado nos ayuda a reconectar con nuestras fortalezas y resistencia. A mí me sirve confiar en Dios porque siempre me ha dado a mí y a mi familia tranquilidad, esperanza y paz en medio del dolor, el miedo y la incertidumbre. Además, algunas hemos desarrollado la capacidad de reírnos de la situación. Utilizar el humor y la música también nos sirve para recordar que... NADA DURA PARA SIEMPRE...

La forma de hacer circular este documento colectivo durante el confinamiento por la pandemia fue a través de Facebook. Las respuestas al mismo fueron individuales y no sabemos si el documento se llegó a utilizar de modo colectivo a través de alguna reunión de Zoom, pero a través de este artículo queda a disposición de quien quiera utilizarlo.

Circulación de Cartas de Doble Historia

La segunda respuesta narrativa tiene que ver con tres iniciativas relacionadas con la escritura de cartas, tomadas de la experiencia en consulta y del trabajo con menores cumpliendo medidas judiciales.

La circulación de las cartas de una consultante que realizó específicamente para enfrentar los problemas de salud mental en tiempos de confinamiento reconociendo las múltiples historias en su identidad, permitió que otras muchas personas con problemas semejantes se sintieran acompañadas. Una historia es la que ofrecen los múltiples diagnósticos (TOC, Depresión mayor, Agorafobia, ...). Las otras historias tienen que ver con la identidad preferida, la que se centra en valores, esperanzas, sueños, capacidades y principios de vida, junto con las acciones a las que todo ello conduce.

El proyecto también ha sido publicado en Facebook con el nombre de “Cartas a mi Psicólogo” (<https://www.facebook.com/terapia.narrativa>) y las múltiples respuestas recibidas están empoderando a la consultante y facilitan la movilidad de otras muchas respuestas que pueden darse para enfrentar el confinamiento y los problemas de salud mental.

También relacionado con la circulación de cartas, surgió un proyecto con el personal sanitario, para compartirlas con colegas de otras partes del país, sin esperar respuestas, pero generando un movimiento de apoyo entre ellos para enfrentar los momentos duros que estaban viviendo.

Aquí presentamos la carta que comenzó dicha circulación realizada en colaboración con David Denborough del Dulwich Centre, Australia utilizando las palabras de dos consultantes.

Escucho la Llamada del Deber

Pero Estos Tiempos Son Tan Difíciles

Algunas de nosotras, enfermeras, médicos, celadores, limpiadoras y otras que trabajan en hospitales estamos enfrentando cosas que nunca habíamos enfrentado. Esta es la cuarta semana que lo hemos soportado.

Tantas Muertes Una Tras Otra

En el hospital en el que trabajo, aquí en España, ha habido más de cien muertes en las últimas semanas. He sido testigo de muerte, tras muerte, tras muerte. En una escala que nunca había visto antes. La muerte está muy cerca.

Miedo

También hay miedo. Miedo de contagiarme con el virus y lo que eso implica ¿Y si se lo contagio a mis hijos? ¿Qué pasa si no puedo estar cerca de mis hijos? Cuando la muerte está tan cerca, el miedo puede abrumar.

Agotamiento

El trabajo físico en estos días es extremo. Debajo de las capas de ropa que nos protege hace mucho calor. También es tan difícil respirar. Cada respiración es un esfuerzo.

Fuerza de Voluntad

Cuando tengo que levantarme para ir a trabajar, todos los días, ¡es tan difícil dar los pasos para comenzar el viaje! No es demasiado largo el camino para llegar al trabajo, pero cada día pienso que no sé cómo reuniré la fuerza de voluntad para subirme al coche.

Pero escucho el llamado del deber.

Hice el juramento de los médicos¹. Un juramento que gente como yo ha estado haciendo generación tras generación tras generación. Recuerdo este juramento. Me lo recito a mí misma. Me levanta y me hace viajar al trabajo. Me hace pasar cada día por las consultas, por las camas.

“ PROMETO SOLEMNEMENTE dedicar mi vida al servicio de la humanidad... HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.”

Escucho el llamado del deber y también escucho a la gente...

“Ocurre todas las noches a las 8 p.m. en punto. Comenzando suavemente, como un lejano relámpago, el ruido se hace más fuerte mientras hace eco alrededor de la ciudad. Es el sonido de decenas de miles de manos aplaudiendo al unísono mientras... los residentes encerrados... ovacionan de pie a los trabajadores sanitarios de la ciudad desde nuestros balcones.” (Kliger, 2020)

Este reconocimiento ayuda. Nos da compañía. Lo absorbemos. Pero yo no soy una heroína. No somos héroes. Estoy siguiendo mi llamada del deber.

La Bondad Frente al Miedo

Con tanto miedo, también en nuestros corazones, debemos encontrar la manera de asegurarnos de no mostrarlo a nuestros pacientes. Es un momento en el que debemos ser cada vez más amables, ofrecer más amor, más amanecer. Yo muestro amabilidad ante el miedo.

Música

En el largo viaje de ida y vuelta al trabajo, cada día, solo escucho música. Las noticias aumentan el miedo. Cuando hablan de nosotros como si estuviéramos en guerra, como si estuviéramos en el frente, no me ayuda para nada. Esto lo empeora. La música, sin embargo, trae consuelo.

Estos días y noches son tan difíciles de soportar.

Demasiadas muertes y tanto miedo.

Pero escuchamos la llamada del deber

Recitar el juramento hipocrático

Y a las 8 de la tarde sabemos que no estamos sol@s.

La tercera iniciativa con las cartas proviene de uno de los recursos de cumplimiento de medidas judiciales de la Asociación para la Integración de Menores en Extremadura. Uno de los educadores percibió que la ansiedad por estar en confinamiento, lejos de sus hogares, empezaba a aflorar a partir de la segunda semana. Se le ocurrió la idea de contar con la Asociación Española de Terapia Narrativa para solicitar cartas de otros adolescentes que pudieran reconfortar a los chicos y chicas de este hogar.

De este modo, dos asociaciones se pusieron en marcha para hacer llegar cartas de consuelo y fortalecimiento entre adolescentes que comenzaron a circular desde Cáceres a Pontevedra, a Madrid y a otros lugares de la geografía española, siempre en camino de ida y vuelta.

En estos momentos, además de las cartas, se ha comenzado un programa de radio realizado por los adolescentes que comenzó en el confinamiento y que sigue hoy en día (proyecto en: <http://www.aeten.es/proyectos-covid.html>).

A continuación, exponemos las experiencias de grupos de supervisión.

Grupos de Supervisión de Terapia y Prácticas Narrativas Online. Respondiendo al COVID-19 con Nuestras Habilidades y Conocimientos Previos

En el grupo de supervisión “TTT” hemos respondido de forma práctica y rápida a la demanda de espacio de acompañamiento para profesionales de la salud mental. Lo hicimos de dos formas diferentes. Por un lado, dentro de nuestro grupo de supervisión mensual, incluimos espacios especiales para la Covid-19. Por otro, ofrecimos dos sesiones extra, gratuitas y abiertas a nuestros grupos de supervisión

y a profesionales sociales y de la salud en general. Estas sesiones se realizaron con personas de América central, América latina y personas de habla castellana que residen en diferentes países de Europa (Reino Unido, Francia y Alemania), participando 25 profesionales.

Seguidamente desarrollamos la intención del grupo, la estructura de trabajo y la recolección de algunas de las respuestas al Covid-19, por si pudiera servir de modelo para otros grupos de supervisión similares.

Intención, Contexto y Experiencia Previa de Supervisión

La experiencia de cuatro años de supervisión en grupo online que comenzó en septiembre del 2016 nos arrojó en la confianza de conocer el valor potencial y la fortaleza de los grupos online. A lo largo de estos años, hemos recolectado respuestas mensuales de nuestros/as participantes que confirman la conexión en la distancia y el antídoto frente al aislamiento. Las personas que participan en estos grupos de conversaciones, basadas en los principios narrativos, se sienten acompañadas y con renovada fortaleza al finalizar los encuentros. Según sus palabras, les ayudan a tener más confianza en el modelo de las prácticas narrativas y más sensación de seguridad a la hora de llevar los principios narrativos a las conversaciones con los consultantes, sea en terapia, en la comunidad, con clientes o bien compañeras/os de trabajo.

Las diferencias en género, contexto cultural y social, formación de base, contexto laboral, por nombrar algunas, enriquecen la diversidad dentro de la unidad, influencia del concepto de Freire (Freire, 1994 citado en Barreto y Grandesso, 2010) y la idea de “la experiencia de ‘communitas’ un concepto de Víctor Turner rescatado por Denborough (2008) en su trabajo sobre las prácticas narrativas colectivas.

Otra influencia importante en la supervisión TTT narrativa online, es la de la activista social Reynolds (2011). Sus conceptos de solidaridad en la supervisión grupal y la importancia del poder y cómo responder a él, retando la idea de la neutralidad del terapeuta, se encuentran en la base y los principios de nuestro proyecto.

El grupo de supervisión regular del mes de marzo 2020, empezó, como siempre, preguntándonos que esperábamos obtener de la supervisión. Sin embargo, ese día las expectativas se centraron en la Covid-19:

“Esperaba este espacio para recuperar algo de normalidad- tenía ganas y no tenía muchas ganas. ¡Quiero encontrarme con las pequeñas historias de valor -Qué buen fondo nos deja ver a una persona tratar bien a otra- ser testigo de esto renueva las energías!”

“En el país donde vivo hay ansiedad, pero no el nivel de dolor que hay en Italia y en España. En mi país de origen, en latinoamericana, el ambiente político ha cambiado- dominación de la población. ¿Qué futuro viene después de esto? ¿Descalabro económico, suicidios, la tecnología? Económicamente nos afectará a tod@s- nos toca por todos los lados- No hay respuestas globales- cómo respondemos de forma personal.”

“Hay mucha guía e instrucción- cómo podemos hacer nuestro trabajo de forma narrativa- Cómo narrativizar la experiencia de acompañar a nuestros consultantes?”

“Necesito sentirme que estoy normal dentro de lo cotidiano.”

“Quiero ser testigo de vuestras historias y conectar con ellas.”

“Hoy, ha sido mi día crack. Espero de esta sesión poder compartir en lo que yo he estado pensando estos días; lo que pasará en el post Covid-19, la gente que ha perdido familiares sin poder acompañarse en el dolor-esto es gigante y a nivel global- ¿De qué forma nos preparamos en nuestros contextos?”

Al final de nuestra supervisión, la gente dijo lo que se llevaba: ternura, opciones, “estar ahí”, conexiones, compañeras y alegría.

Escuchar y observar el proceso de la supervisión de marzo nos hizo conectar con nuestras intenciones iniciales en relación con la supervisión grupal. Intenciones de contribuir y de enriquecer historias de vida profesional. En el contexto del Covid-19 y el confinamiento, era demasiado precioso como para no compartirlo. Decidimos organizar dos sesiones de supervisión abiertas a quienes necesitaran, como nosotras lo necesitábamos, conectar, re-cordar, compartir y, si fuera necesario, llorar en un espacio seguro y energizarte.

En la sesión de Supervisión “TTT” del mes de abril, la conversación se volvió a centrar en la Covid-19. Esta vez hemos recogido algunas de las respuestas de las participantes a la situación de confinamiento en la pregunta del final de la supervisión, acerca de lo que les sostendrá durante el confinamiento:

“Recordar esta “Burbuja” (espacio de supervisión).”

“Producción de conocimiento.”

“Las personas de este grupo aquí.”

“Retar el lenguaje- o usar el lenguaje- de forma respetuosa.”

“No olvidarnos de retar el género.”

“Sumarnos a la denuncia ante las desigualdades.”

“Dar visibilidad a los que protestan con evidencia - ser altavoz de asociaciones en los márgenes de nuestras comunidades.”

“Acercarnos con cariño a las personas.”

“Estar activo protestando también es responder.”

“Hacer visibles a los que están fuera del sistema.”

Sesiones Especiales de Supervisión Durante el Confinamiento

Durante la preparación de estas sesiones especiales conversamos sobre las esperanzas que queríamos que nos acompañaran en el proyecto. Concluimos que lo que queríamos era facilitar un espacio para compartir, un puente donde la incertidumbre no nos dominase y un espacio sin fronteras para enriquecernos mutuamente.

Se organizó una sesión especial en marzo donde participaron diecisiete personas y una en abril con quince participantes. Cada una tuvo una temática central diferente.

En la primera sesión el tema fue: Nadie es pasivo delante de una situación traumática- (White, 2006). En la sesión dos, abordamos discursos que influyen en nuestra percepción de la COVID-19 y las personas que sufren por sus efectos.

La estructura fue la misma en cada encuentro:

- 1- Bienvenida y pregunta inicial: ¿Qué esperas obtener de este encuentro?
- 2- Un tiempo común para conversar sobre el tema central. Proponemos un espacio para compartir- puente donde la incertidumbre no nos domine- espacio sin fronteras.
- 3- Los participantes se dividen en grupos pequeños de dos o tres personas
- 4- Se establece un retorno al grupo común donde se comparten las conversaciones de los grupos pequeños.
- 5- Cierre conectado con las esperanzas de la sesión.

Sesión 1: Tema central y respuestas

Nadie es pasivo delante de las situaciones traumáticas: escuchemos más allá del Covid-19 y también escuchemos sus efectos en las personas que nos consultan. Preguntamos para escuchar historias que la Covid-19 ha silenciado; historias que nos hablen de los valores y los sueños de los consultantes.

Discusión en Grupos Pequeños. 1-Desde nuestra posición de profesional o de persona que vive la situación del Covid-19, describe ¿Qué habilidades estas descubriendo o qué pequeñas cosas te están sorprendiendo de ti, tu familia o tu equipo de trabajo?

2-Desde nuestra posición como profesional de la salud, ¿Qué efecto puede tener el ver a nuestro consultante (estudiante, paciente, cliente, etc.)? como una persona que no está pasiva delante del Covid-19 y que en algún lugar de su identidad es una persona con valores, esperanzas, sueños y compromisos de vida?

Sesión 2: Tema central y respuestas

Discursos que influyen en nuestra percepción del COVID-19 y las personas que sufren por sus efectos. Organizamos nuestras vidas y nuestras conductas y la visión que tenemos de nosotros mismos alrededor de unos conocimientos dados. Estos los recibimos a través de nuestra cultura y los discursos que giran alrededor nuestro. Este proceso es una invitación a mirar por encima o más allá de lo que es “positivo o negativo” y analizar, desde la complejidad, como estos discursos pueden invitarnos a lugares que no deseamos, pero nos forzamos a desear.

Discusión en Grupos Pequeños. 1- ¿Qué te están diciendo a ti personalmente como profesional y como persona estos discursos sobre la “manera aplaudida y valorada socialmente” (en tu contexto) de responder al Covid-19? ¿De qué forma afectan tu manera de responder a ello?

2-Poniendo atención a lo minúsculo, ¿Qué crees que estás haciendo o has hecho en alguna ocasión para crear una pequeña ranura entre estos discursos y como tú quisieras /preferirías vivir esta situación?

Respuesta colectiva

Algunas de las esperanzas que los participantes deseaban obtener de nuestros encuentros, fueron las siguientes:

Conexión y Cuidado

- Ver como se puede colaborar desde nuestra visión narrativa para levantar el ánimo y reforzar las historias alternativas de las personas.
- Crear un espacio de cuidado.
- Espacio de diálogo sereno y sin urgencia.
- Mi intención es la de tener un espacio compartido y hacer que no me lleve la incertidumbre.
- Mirar cómo respondemos, aprender de otras historias, otras gentes y otras experiencias.
- Lo que espero hoy es compartir con vosotras cómo estamos viviendo este momento y reflexionar sobre esos “discursos” que nos puedan estar condicionando.
- Llegar a las personas que nos consultan y piden ayuda.

Cambio de posición

- Tener otras perspectivas, abrir campo.
- Claves para poner la esperanza en el horizonte de las conversaciones.
- Busco en estas conversaciones un enfoque que me ayude a ayudar, desde una serenidad.
- Priorizar la participación comunitaria- la comunidad guía al profesional y no al revés.
- Saber cómo expresar y llevar por dentro la tensión para dar tranquilidad a nuestros abuelos de la residencia.
- Hacer visible la historia alternativa por encima de la tensión constante.
- Estimular la idea de salir de los datos de la crisis que se nos avecina.
- Abrir la mirada a situaciones que hasta ahora no he descubierto me sentiré ya muy satisfecha.
- Deseo de algo diferente - para poder elaborar algo diferente.

Al final de cada conversación recogimos aquello que conectó con las esperanzas, que los participantes llevaron al empezar la sesión.

Conexiones y respuestas

- Me sentí acogida y con un espacio para mí si lo necesito. Uno nuevo... Un descubrimiento enorme.
- Re-conexión diferente con la familia, el equipo, con lo que hacemos y/o con una nueva ciudad.
- Sentir cómo ayudan los ayudados- un hacer que no veamos a los sujetos como distantes.

- Me llevo todo- me encanta la idea de ranuras, pero ranuras en el sistema- porque estamos todos en el túnel. Ranuras en los discursos y en los sistemas. La forma en la que se manifiesta este sistema de discurso y práctica opresiva. Ranuras en el sistema para soportar el futuro.
- Me llevo más de lo que yo pretendía - ideas y conexiones con vosotras.

Espacio y cambio de posiciones

- El silencio es buen espacio de refugio.
- Ha sido un espacio diferente. La tendencia global de poner a todo un matiz moral. Tal vez no es tan fácil ser pragmático.
- La experiencia de responder como sociedad. Rescatar como una herramienta importante. Si el estado no responde, responden las personas.
- Tengo una importante lista de lo que me llevo- me llevo más seguridad- y salir del exceso moral del que a veces también me he visto inmersa.
- Visión diferente al discurso homogéneo sobre la vulnerabilidad y los vulnerables. Esto hace que no veamos a las personas con sus estrategias vitales y solo podamos ver esa vulnerabilidad.
- Rescatar constantemente el lenguaje que usamos.
- Me llevo el punto flexible más que el punto medio.

Nuevas esperanzas

- Yo he tenido la oportunidad de rescatar a la “alegría” como amiga que permite frenar los pasos del miedo y reforzar desde esa chispa el sistema inmunológico.
- Apreciar no ver “al otro” como víctima.
- Compartir la sorpresa.
- He oído cosas que estimulan mi imaginación y me da fuerza para empezar algo un poco diferente.
- Me llevo un montón de preguntas- y me llevo lo pequeño que también son más prácticas- porque al final lo pequeño nos acaba rescatando. La esperanza es una mariposa.
- Salir del mismo círculo de conversación y recordar cosas que se dan un poco por hechas.
- Si no ves algo como novedoso, se puede perder.

Sirvan estas palabras como resumen de las respuestas narrativas surgidas de la supervisión. A continuación, damos cuenta de las experiencias aplicando las prácticas narrativas en servicios sociales.

Reconectando Historias de Supervivencia frente a la COVID. La Práctica Narrativa en los Servicios Sociales

Los Servicios Sociales, como servicio esencial en la red primaria de atención a las necesidades más urgentes, se dispusieron en la primera línea para lidiar con

los efectos de la pandemia que, efectivamente, sobrevino de repente, como lo hacen las catástrofes, dejando paralizada y luego confinada a la población. Se produjo un cambio sin precedentes vividos y con múltiples extensiones en sus afectaciones, social, familiar, personal, laboral... Se paralizó la economía quedando en lo básico. Se paralizaron procesos de búsqueda de empleo, se comenzaron despidos y todo el mundo quedó encerrado en casa.

Pero esta pandemia no ha afectado a toda la población por igual, las desigualdades sociales, ya existentes, se hicieron más visibles. Al daño social previo, sufrido por las personas más vulnerables y oprimidas por los diferentes sistemas de poder, se unió el aislamiento. Dejando a personas solas o familias encerradas, sin posibilidades de acceso a ingresos y/o a recursos de cuidado.

Los Servicios Sociales, se convirtieron en una central de llamadas para las necesidades más básicas de aquellas personas confinadas. Muchas de las conversaciones telefónicas comenzaban del mismo modo:

- Disculpe señorita, yo vine a este país y llevo trabajando X años sin tener que pedir nada pero ahora es que no tenemos ni para comer.
- Disculpe señorita, vine aquí a visitar a X y me he quedado encerrado
- Disculpe señorita, tengo NIE pero me lo acaban de dar y no tengo empleo
- Disculpe señorita, lo estamos pasando muy mal, yo hacía unas horas en negro, pues no tengo papeles

En este contexto, el trabajo social acostumbrado al contacto directo, a la posibilidad de un abrazo o una mirada, se transformó en la recepción diaria de historias saturadas de problemas. La angustia sobrepasaba la línea telefónica. Al mismo tiempo, cierto aire saturado de impotencia o limitación se acumulaba.

Desde la práctica narrativa nos encontramos en la conversación en esa posición activa y centrada en lo ausente pero implícito. Se pone la atención en los acontecimientos que rompen con esos discursos dominantes, por lo que, tras las palabras de angustia escuchadas, en múltiples ocasiones, se podían plantear algunas preguntas: ¿A qué se niegan estas personas? ¿Serían estas presentaciones alguna forma de contra-discurso hacia los relatos que se cuentan de las personas migrantes que vienen a pedir ayuda? O como cuando escuchas “Tengo 58 años y vengo trabajando como fijo pero tras el ERTE no sé si podré seguir trabajando y quién me va a contratar!”... ¿Sería algún modo de representación sobre lo que era importante para esta persona y estaba siendo dañado?

Como profesionales en el acompañamiento social, estamos en una exposición constante a las voces de los problemas y corremos el riesgo de quedarnos absorbidos por este. Cuando nos centramos en la vida del problema además del riesgo de re-traumatización, también podríamos estar apoyándolo a través del discurso del déficit. Un discurso cosificador y negativo que, en múltiples ocasiones, se genera alrededor de los problemas sociales y cómo estos afectan a la vida de las personas, así como a la capacidad de estas en su resolución. Desde el trabajo social, se intenta romper con las dificultades que hacen que las personas no se puedan desarrollar en

plenitud, por lo que la práctica narrativa, por sus principios y metodología, podía dotar de un espacio que fuera contra ese discurso del déficit.

Las preguntas que surgían eran: ¿cómo acceder a ese conocimiento local y estrategias de supervivencia desde la tramitación de una ayuda económica? ¿Cómo rescatar y ayudar a reconectar esas otras historias que se contaban por teléfono? ¿Cómo escuchar historias más allá del trauma del tiempo de COVID?

Una idea de Campillo (2009) se reformuló en forma de proyecto, realizar una evaluación post-ayuda con los siguientes objetivos:

- Conocer la satisfacción sobre la atención recibida desde los servicios sociales
- Co-investigar las historias alternativas a la situación de confinamiento vividas.
- Recoger las historias de supervivencia: ¿qué nos sostiene en los momentos difíciles?

Traducidos en las siguientes acciones:

- Primer contacto: telefónico/Correo.
- Tramitación de la ayuda económica.
- Segundo contacto telefónico. Entrevista de evaluación
- Correo de devolución. Intercambio de historias.

Se trataba de realizar una evaluación conectando la valoración de la satisfacción del servicio con la co-investigación sobre las historias de supervivencia, promoviendo la agencia personal y entretejiendo así una red de historias que fomentara la conciencia colectiva.

Así pues, después de la tramitación de la prestación, se realiza una llamada de evaluación donde tras la presentación, se pide la participación anónima y voluntaria, para responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál ha sido para usted la principal dificultad a la hora de la tramitación y obtención de la ayuda económica?
- ¿En general del 0/5 qué valoración haría de su atención/relación con los Servicios Sociales?
- ¿Qué mejoraría?

Posteriormente, se pasa a explorar la historia de supervivencia del siguiente modo:

- Estos tiempos no han sido fáciles.... ¿Me podría contar una historia sobre un problema del que haya sobrevivido en otro momento difícil?
 - a) ¿Cómo logró sobreponerse a los efectos del problema?
 - b) ¿Que aprendió de usted entonces que le ha sido útil en su vida?
 - c) ¿Como se llama a esa parte de usted que le ayuda en momentos difíciles?
 - d) Ahora que hemos conocido esto ¿podría contar una historia de cómo ha utilizado “ese compromiso, principio de vida...”, eso que de algún modo ahora sabe de usted en estos tiempos de COVID?

Como toda co-investigación desde la práctica narrativa, las personas consul-

tantes son las expertas, por lo que el documento generado serviría para obtener un espacio de reconexión con quienes son y con ese espacio del panorama de identidad dañado por la situación traumática vivida. Las diferentes historias de supervivencia se podrán ir entretejiendo conforme las personas participantes intercambien las suyas, para así conformar una red de historias de supervivencia, que hagan honor a las personas que las vivieron.

Desde el acompañamiento social en entornos que inicialmente no son terapéuticos, se pueden realizar seguimientos y evaluaciones que no únicamente nos aporten datos para nuestras bases. En ese recorrido, que se hace juntamente con las personas, podemos, por un lado, obtener historias que nos darán un conocimiento más denso y enriquecido y que nos ayudará a establecer intervenciones posteriores en caso de ser necesario y, por otro, lo que podríamos llamar el destino principal, realizar acompañamientos que sean útiles a las personas en su afrontamiento de los miedos, problemas, aislamientos que les ha tocado vivir. Todo ello, junto con la realización de una evaluación de las medidas implementadas en el tiempo de COVID.

Conclusiones

Como dijimos, este artículo colectivo, recoge algunas propuestas y experiencias que esperamos os sirvan de algún modo, sean inspiradoras, aperturistas o en último término, que tal vez os hayan resonado y os hayan parecido, en algún punto, interesantes.

Desde las diferentes profesionales y profesiones de ayuda y acompañamiento social, en esa búsqueda de “hacerlo lo mejor posible” o “no dañando”, hemos sentido el tiempo de COVID como un tiempo de incertidumbre e inseguridad.

Un tiempo de incertidumbre, en muchos casos vividos al límite y que ha puesto a prueba a las personas y familias, así como a profesionales y organizaciones. Son retos inesperados que reclaman nuevas maneras de mirar y sabemos que, en las historias de supervivencia, en los relatos colectivos, está la recuperación de los conocimientos y habilidades de vida personal y comunitaria.

Las experiencias aquí recogidas pretenden hacer ruido en esa inseguridad, para recordarnos que, si bien el virus nos ha trastocado como personas y profesionales, también hay una comunidad detrás que sigue sobreviviendo y reconectándose. Es este vínculo de cuidado que nos humaniza.

Esperamos que con estas experiencias hayamos hecho tanto ruido frente a la ansiedad, anticipación, las muertes en solitario, la falta de contacto... que la esperanza haya aparecido.

Nota

- 1 Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM Ginebra, Suiza, Septiembre 1948 / enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994 / revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006 / enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017.

Referencias

- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective [Efectos negativos de los tratamientos psicológicos: Una perspectiva]. *American Psychologist*, 65(1), 13–20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Barreto, A. y Grandesso, M. (2010). Community therapy: A participatory response to psychic misery [Terapia comunitaria: Una respuesta participativa a la miseria psíquica]. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4, 33–41.
- Beaudoin, M. N. (2005). Agency and choice in the face of trauma: A narrative therapy map [Capacidad de poder y elección frente al trauma: Un mapa de terapia narrativa]. *Journal of Systemic Therapies*, 24(4), 32–50. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2005.24.4.32>
- Brindley, P. G., Olusanya, S., Wong, A., Crowe, L. y Hawryluck, L. (2019). Psychological “burnout” in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse [Angustia psicológica en profesionales de la salud: Actualizando nuestro entendimiento y no empeorándolo]. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(4), 358–362. <https://doi.org/10.1177/1751143719842794>
- Browne, D., Roy, S., Phillips, M., Stephenson, M. y Shamon, S. (2020). Supporting patient and clinician mental health during COVID-19 via trauma-informed interdisciplinary systems [Apoyando la salud mental del paciente y del médico durante la COVID-19 a través de sistemas interdisciplinarios informados sobre el trauma]. *Canadian Family Physician*, 66(7), e190–e192. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/154741>
- Campillo, M. (2009). *Terapia Narrativa. Auto-aprendizaje y co-aprendizaje grupal*. Publicaciones Ollin.
- Chimpén-López, C., Dumitrascu, A. y Montesano, A. (2014). Un enfoque narrativo en la prevención de la violencia escolar: El árbol de la vida y los documentos colectivos. *Revista De Psicoterapia*, 25(98), 41–59. <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/90>
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? [El enfoque “talla única” para el tratamiento del trauma: Deberíamos estar satisfechos?]. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27344. <https://doi.org/10.3402/EJPT.V6.27344>
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma* [Práctica narrativa colectiva: respondiendo a individuos, grupos y comunidades que han experimentado un trauma]. Dulwich Centre Publications.
- Denborough, D. (2014). *Retelling the stories of our lives: Everyday narrative therapy to draw inspiration and transform experience* [Volver a contar las historias de nuestras vidas; Terapia narrativa diaria para inspirarse y transformar la experiencia]. Norton.
- Fiorillo, A. y Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice [Las consecuencias de la pandemia de la COVID-19 sobre la salud mental e implicaciones para la práctica clínica]. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Hassija, C. y Cloitre, M. (2015). STAIR narrative therapy: A skills focused approach to trauma-related distress [Terapia narrativa STAIR: un enfoque centrado en habilidades para la angustia relacionada con el trauma]. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 172–179.
- 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 [Estrés traumático en tiempos de la COVID-19: Una llamada a cerrar brechas críticas y adaptada a las nuevas realidades]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. <https://doi.org/10.1037/tra0000592>

- Katsounari, I. (2015). The road less traveled and beyond: Working with severe trauma and preventing burnout [El camino menos transitado y más allá: Trabajando con trauma severo y prevenir el agotamiento]. *Burnout Research*, 2(4), 115–117. <https://doi.org/10.1016/J.BURN.2015.10.002>
- Kliger, I. (Marzo, 2020). In *Barcelona, the applause celebrating health Careworkers Starts at 8 p.m. Condé Nast Traveler* [En Barcelona, el aplauso de homenaje a los trabajadores sanitarios comienza a las 8 p.m. Condé Nast Traveler]. <https://www.cntraveler.com/story/in-barcelona-the-applause-starts-at-8-pm>
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques. A practitioner's guide* [Técnicas de terapia cognitiva: una guía práctica]. Guilford.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm [Tratamientos psicológicos que causan daño]. *Psychological Science*, 2(1), 53–70. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1745-6916.2007.00029.x>
- Mackolil, J. y Mackolil, J. (2020). Addressing psychosocial problems associated with the COVID-19 lockdown [Abordando problemas psicosociales vinculados con el confinamiento en la COVID-19]. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102156. <https://doi.org/10.1016/J.AJP.2020.102156>
- Pfefferbaum, B. y North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic [Salud mental y la pandemia de la COVID-19]. *New England Journal of Medicine*, 383, 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Reynolds, V. (2011). Resisting burnout with justice-doing [Resistiendo la angustia haciendo justicia]. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4, 27-45.
- White, M. (2000). Re-engaging with history: The absent but implicit [Reengancharse con la historia: Lo ausente pero lo implícito]. En M. White (Ed.), *Reflections on narrative practice: Essays and interviews* (pp.. Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2003). Narrative practice and community assignments [Práctica narrativa y asignaciones comunitarias]. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2, 17-55.
- White, M. (2006). *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective* [Trabajando con personas que sufren las consecuencias de múltiples traumas: Una perspectiva narrativa]. En D. Denborough (Ed.), *Trauma: Narrative responses to traumatic experience* (pp. 25–86). Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice* [Mapas de práctica narrativa]. Norton.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

RECENSIÓN DE LIBROS:

UNA RELACIÓN CURATIVA: COMENTARIOS SOBRE LOS DIÁLOGOS TERAPÉUTICOS

A HEALING RELATIONSHIP: COMMENTARY ON THERAPEUTIC DIALOGUES

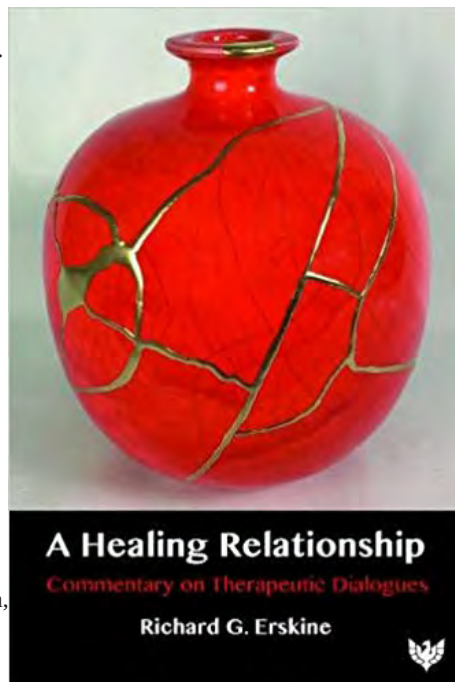
Autor: Richard G. Erskine

Editorial: Phoenix Publishing House, Bicester, UK.

Fecha de publicación: marzo de 2021

Nº de páginas 176

ISBN: 978-1-912691-75-3



Dr. José Manuel Martínez Rodríguez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0084-7266>

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina,

Universidad de Valladolid, España

Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia

Integrativa, Valladolid, España

El nuevo libro de Richard G. Erskine titulado *Una Relación Curativa: Comentario sobre los Diálogos Terapéuticos* es una fuente excelente para comprender los principios y métodos relacionales de la Psicoterapia Integrativa. Este es uno de esos libros inspiradores que pueden facilitar al lector una experiencia única para comprender los principios de una psicoterapia relacional. Algunos de los capítulos están escritos de forma dialógica lo que parece ser un intento explícito para implicar a los lectores a un nivel intersubjetivo. Richard dice: “Escribiré como si le estuviera escribiendo una carta personal” (Prefacio X-XI), lo que constituye una

Fecha de recepción: 4 de noviembre de 2020. Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Inst.atpi@gmail.com

Dirección postal: Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa de Valladolid. Calle Morena, 23-2º A. 47009-Valladolid, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



invitación directa para iniciar un diálogo entre el autor y el lector; una invitación a pensar juntos como una forma de establecer un contexto relacional, algo que en psicoterapia profundiza la efectividad de la relación terapéutica.

Las teorías y los métodos de una Psicoterapia Integrativa enfocada relacionamente reflejan una larga trayectoria de diálogo del autor con muchos clientes sobre lo que es beneficioso y lo que es inefectivo en su psicoterapia. Las teorías y métodos de la Psicoterapia Integrativa también reflejan numerosas conversaciones del autor con psicoterapeutas que utilizan otras teorías y métodos. Un diálogo de esta naturaleza es un método importante para expandir nuestros conocimientos sobre la efectividad de la psicoterapia (Erskine, 2016; Erskine et al., 2012; Moursund y Erskine, 2003).

Platón, en su Carta VII, afirmó la importancia de aprender mediante la conversación y la amabilidad de la vida en común. Sócrates desarrolló su filosofía mediante el diálogo con sus estudiantes. El significado de las intervenciones, las diferencias personales en la práctica de la psicoterapia, las perspectivas diferentes entre escuelas necesitan ser clarificadas y puestas en un contexto relacional para identificar y comprender los factores terapéuticos implicados. La importancia de la relación en psicoterapia viene subrayada por el estilo dialógico que permea todo el libro del Dr. Erskine.

Sólo unos pocos autores permiten a otros profesionales la oportunidad de observar su trabajo psicoterapéutico, o leer y estudiar transcripciones de sesiones psicoterapéuticas reales. Por ello la aplicación naturalística de muchos métodos psicoterapéuticos no puede ser estudiada y convertida en materia de reflexión. En este libro Richard G. Erskine ofrece transcripciones, transacción a transacción, de tres sesiones terapéuticas con una descripción de sus reacciones internas, pensamientos y sentimientos. El autor comparte con el lector las reacciones cognitivas y afectivas que subyacen a sus intervenciones. El diálogo de Erskine con el lector abre una avenida real para comprender e internalizar los principios y métodos de una Psicoterapia Integrativa Relacional.

La investigación sobre el desarrollo infantil ha subrayado la importancia de la intersubjetividad en el establecimiento de relaciones recíprocas sanas. El conjunto de métodos relacionales desarrollados por la Psicoterapia Integrativa suministra una guía completa para hacer un tratamiento con un abordaje intersubjetivo. Por otra parte, los métodos relacionales de la Psicoterapia Integrativa ponen en práctica muchos descubrimientos que emanan de la investigación sobre los orígenes de la intersubjetividad en el desarrollo infantil. La investigación neurocientífica y los estudios de neuroimagen han mostrado como los recién nacidos poseen mecanismos neurobiológicos que permiten un relacionamiento intersubjetivo.

La presencia de un otro implicado en un prerrequisito para el desarrollo de los recursos intersubjetivos innatos y es por lo tanto un componente crucial en la práctica clínica con trastornos relacionales severos. La Psicoterapia Integrativa presta atención a la cualidad de la relación terapéutica en el presente como una

herramienta de trabajo (Erskine y Trautmann, 1996). Esta cualidad de la relación es muy distinta de la neutralidad del terapeuta esperada en el pasado por las corrientes psicodinámicas. El subconjunto de métodos mutuamente relacionados que en Psicoterapia Integrativa se conocen como reconocimiento, validación, normalización y presencia llegan a ser componentes importantes para crear un formato intersubjetivo a lo largo del tratamiento.

Este libro muestra numerosos ejemplos de diferentes clases de indagación en la práctica clínica y el uso de la misma para restaurar el contacto en la relación. Erskine (1993, 1997, 2016) y Erskine et al. (2012) han descrito claramente la función de la indagación como una forma de ayudar a la persona a expandir su conciencia, más que ser una simple forma de obtener información para el terapeuta. Este autor ha expuesto también la importancia en el proceso terapéutico de que el terapeuta vaya más allá de la idea de que “sabe algo” sobre el cliente, y de renovar continuamente el ciclo de la indagación durante el proceso terapéutico.

Durante la lectura del libro podemos ver la forma en la que se utiliza la indagación como una especie de diálogo para ayudar a aumentar la conciencia del cliente sobre sí, así como la conciencia y comprensión del terapeuta sobre su cliente (Erskine y Trautmann, 1996). También podemos ver como en la Psicoterapia Integrativa la indagación sobre la experiencia del otro implica sintonía y una perspectiva evolutiva. Esto permite el establecimiento de un marco seguro y protector para que la persona pueda entrar en contacto con sus pensamientos, sensaciones, sentimientos y expectativas y construir una representación mental.

En su libro el Dr. Erskine muestra conmovedores ejemplos de diferentes clases de sintonía cognitiva, afectiva, rítmica, evolutiva y con las necesidades relacionales, a la vez que describe su propio proceso interno. Las investigaciones en neurociencia indican la importancia de desarrollar habilidades terapéuticas que potencien y mantengan durante el proceso terapéutico la sintonía con el cliente. Esto es especialmente importante con las modalidades de trabajo corporal y es crucial en el tratamiento de personas con tempranos y severos traumas relacionales, elevados niveles de disociación y/o desconexión de experiencias corporales, que a menudo se ven en las personas que han sufrido abuso físico y/o sexual, y/o en los casos con alto riesgo de suicidio.

Este es un libro clave en la literatura sobre psicoterapia porque demuestra con claridad la importancia de la intersubjetividad en la relación terapéutica y la necesidad de un otro implicado para restañar las heridas provocadas por rupturas relacionales tempranas.

Referencias

- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation [Investigación, sintonía y participación psicoterapia de la disociación]. *Transactional Analysis Journal*, 23, 184-190. <https://doi.org/10.1177/036215379302300402>
- Erskine R. G. (1997). *Theories and methods of an integrative Transactional analysis: A volume of selected articles* [Teorías y métodos de un análisis transaccional integrativo: un volumen de artículos seleccionados]. TAPress.
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica y patrones relacionales. Conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa*. (A. Pérez, Trad.). Karnac. (Trabajo original publicado en 2015). <https://doi.org/10.4324/9780429203565>
- Erskine, R. G. (2021). *A healing relationship. commentary on therapeutic dialogues* [Una relación curativa, comentario sobre diálogos terapéuticos]. Phoenix Publishing House.
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996). Theories and methods of an integrative psychotherapy [Teorías y métodos de una psicoterapia integrativa]. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 316-328. <https://doi.org/10.1177/036215379602600410>
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una terapia de contacto-en-la-relación*. (N. Mestre, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999).
- Moursund, J. P. y Erskine R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The art and science of relationship* [Psicoterapia integrativa: El arte y la ciencia de la relación]. Thomson.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 32, Number 118, March, 2021 – 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

50 AÑOS DE PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA

50 years of Integrative Relational Psychotherapy

Mar Gómez Masana

(Coordinadora)

EDITORIAL

50 AÑOS DE PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA

Mar Gómez Masana y Yarima Etxeberria Ibáñez

APORTACIONES DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA AL ESTUDIO Y COMPRENSIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

Esther Zarandona de Juan

DIAGNOSIS RELACIONAL: UNA EVALUACIÓN DINÁMICA Y TRANSTEÓRICA ENFOCADA EN LA PERSONA A TRAVÉS DE LA RELACIÓN

Bibiana Martín Corcuera y Mar Gómez Masana

LA PERSPECTIVA DE UN TERAPEUTA GESTÁLTICO SOBRE LA INDAGACIÓN TERAPEÚTICA

Fernán González Cuellar

EL PROCESO ESQUIZOIDE A TRAVÉS DE LA MIRADA DE R. ERSKINE: "DIÁLOGOS Y REFLEXIONES"

Amalia Mauriz Etxabe

SOLEDADES QUE DUELEN, SOLEDADES QUE ACOMPAÑAN. LA COMPLEJIDAD DE LA CRÍTICA INTERNA

Feli Pérez de Onraita Ortiz

VIVIENDO EN MUNDOS IMAGINARIOS. SINTONÍA, INDAGACIÓN E IMPLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS

José Manuel Martínez Rodríguez

Artículos del monográfico (Acceso Abierto)

DESENREDANDO EL OVILLO: DE LA DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS A LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN

Mercedes Pedreira Quiroga

TRATAMIENTO DE LOS PATRONES RELACIONALES INCONSCIENTES. EL CASO DE PABLO: IMPLICACIÓN Y SINTONÍA EN PSICOTERAPIA

Izaskun Andollo Hervás

LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN EL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN SOCIAL: CONCEPTOS Y MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

Angela Pérez Burgos

LA PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA EN EL CAMPO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Verónica Aguado Rodríguez

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

EL ENCUADRE COMO ESCUCHA Y ACCESO A LA VIDA EMOCIONAL PROFUNDA. LA ÓPTICA PARA ALCANZAR EL CEREBRO SUBCORTICAL

Mario C. Salvador Fernández

LA CO-CONSTRUCCIÓN DE CANCIONES COMO TESTIMONIO DE HISTORIAS DE CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO

Alejandro Cifuentes-Muñoz

AJUSTE RAZONABLE DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK EN UNA MUESTRA PILOTO DE PERSONAS SORDAS SENANTES, UNA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA

Luisa Fernanda Suarez Monsalve, Manuel Alejandro Guerrero Clavijo y Allis Dahiana Bedoya Olaya

LA CARTOGRAFÍA DE LOS ESPACIOS PSICOLÓGICOS: APLICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE LAS DINÁMICAS SISTÉMICAS DE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS DE CONSTRUCTOS PERSONALES

Luis Botella García del Cid

ACTUALIZACIÓN EN PSICOTERAPIAS PARA PERSONAS CON OBESIDAD

Miriam P. Félix-Alcántara, Irene Gutiérrez Arana, Alicia Sancho Salinas, Eva Ruiz Velasco, Cristina Banzo Arguís, María Villacañas Blázquez, Cristina Domínguez García, Rocío Torres Hermosillo y Javier Quintero

CAN WE LEARN ON PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS DIMENSIONS WITH SINGLE CASE STUDY?

Alejandro Ávila-Espada

RESPUESTAS DESDE LA TERAPIA Y LAS PRÁCTICAS NARRATIVAS AL CORONAVIRUS

Carlos Chimpén-López, Danilo Moggia, Mariangels Ferrer, Sonia Cano, Mónica Florensa, Adoración Jorge y Manuel Moral y Soledad Sagrado

Recensión de libros

UNA RELACIÓN CURATIVA: COMENTARIOS SOBRE LOS DIÁLOGOS TERAPÉUTICOS

José Manuel Martínez Rodríguez

