

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

**40 años de una revista**

ΨΨΨΨΨΨ€

**119**

Ψ

# Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 32, Número 119, Julio, 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 Esquiús (1984-1987),  
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),  
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

## DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

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

## COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

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

Adrián Montesano

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

## CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquiús

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

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

Úrsula Oberst

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

Ramón Rosal Cortés

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

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

## CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

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

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Galbada, Universidad de Valencia, España

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

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

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

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

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

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

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

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

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

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

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

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

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

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

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

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

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

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

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

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

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

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

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

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

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

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quinones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Roji Menchaca, UNED, Madrid, España

M<sup>o</sup> Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

## INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Emerging Source Citation Index (ESCI) de la Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.

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

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

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

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Depósito Legal: B. 26.892/1981

## NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

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

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <https://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/about/submissions>. 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 séptima edición de la APA (2019) 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 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 séptima edición de la APA (2019).

## TABLAS Y FIGURAS

Las figuras y tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Cada figura incluida en el manuscrito deberá ser adjuntada en un fichero adicional (preferentemente ".jpeg"), aparte del manuscrito. 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 y las figuras se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla o figura, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Debajo del rútilo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

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

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

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

## NOTACIÓN NUMÉRICA

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

## Proceso de evaluación y selección de originales:

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

## Copyright:

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

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



## CONTENIDO

### Monográfico: 40 años de una revista Lluís Casado Esquiús

<b>Editorial</b>	
<b>40 años de una revista.....</b>	<b>1</b>
Lluís Casado Esquiús	
<b>Érase una vez... Una revista .....</b>	<b>5</b>
Lluís Casado Esquiús	
<b>Nueva visita a Mordor: 40 años de polémicas en psicoterapia.</b>	<b>15</b>
José Luis Martorell	
<b>Dos generaciones en busca de psicoterapia .....</b>	<b>35</b>
Ana Gimeno-Bayón, Ramón Rosal, Patricia Pasquín y Aleix Moreno	
<b>Psicodiagnóstico y Psicoterapia: Reflexiones sobre la Práctica, Formación e Investigación desde la Terapia Constructivista Integradora.....</b>	<b>55</b>
Luis Botella García del Cid	
<b>Procesos de reactivación y reconsolidación de las memorias implícitas: Interacción entre Neurociencias y Psicoterapias.....</b>	<b>67</b>
Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols y Jordi Segura	
<b>Aportaciones de la tecnología a la psicoterapia: El potencial de la Realidad Virtual.....</b>	<b>81</b>
Guillem Feixas y Jordi Alabèrnia-Segura	
——Artículos de Libre Acceso——	
(disponible en abierto sólo a través de <a href="http://revistadepsicoterapia.com">http://revistadepsicoterapia.com</a> )	
<b>Tartamudez, trauma y bloqueo: Introducción al trabajo con partes.....</b>	<b>95</b>
Francisco Gómez-Holgado	
<b>Eficacia de la Hipnosis Clínica en los Trastornos Neurológicos Funcionales: Experiencia en una serie consecutiva de 50 pacientes .....</b>	<b>113</b>
Alexandre Gironell, Juan Manuel Badosa, Albert Roig, Raffaelle Tuccillo, Giulia Marconi, Marc Muñoz, Roser Ribosa, Agustí Camino Vallhonrat, Eva Juan Linares, Aina Ripol Puig y Guillem Feixas	

<b>Retraimiento Relacional, Sintonía con el Silencio: La Psicoterapia del Proceso Esquizoide.....</b>	<b>129</b>
Richard G. Erskine	
<b>Revisión de terapias para la baja autoestima: Perfil clínico y mecanismos de acción.....</b>	<b>143</b>
Antonio Duro Martín	
<b>Evaluación en Psicoterapia: Propiedades Psicométricas de la versión Argentina de la Escala de Calificación de Resultados y la Escala de Calificación de Sesiones.....</b>	<b>165</b>
Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde, Helga Schupp y Natalia Paoloni	
<b>Terapia narrativa: Respondiendo al duelo y la perdida con el árbol de la re-asociación.....</b>	<b>181</b>
Marta Campillo Rodríguez	
<b>Developing and Maintaining a Healthy Family Today.....</b>	<b>197</b>
Manuel Moral y Carlos Chimpén-López	
<b>Patologías de la libertad (v) Depresión y suicidio: la constricción del ser.....</b>	<b>211</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>La torre del castillo: Génesis de una anorexia restrictiva.....</b>	<b>271</b>
María Martín Santacreu	
<b>Recensión de libros</b>	
<b>La mente obsesiva. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.....</b>	<b>281</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>La construcción del cambio terapéutico.....</b>	<b>285</b>
Meritxell Pacheco	

## CONTENTS

### Monographic: 40 years of a journal Lluís Casado Esquiús

<b>From the editor:</b>	
<b>40 years of a journal .....</b>	<b>1</b>
Lluís Casado Esquiús	
<b>Once upon a time ... A journal .....</b>	<b>5</b>
Lluís Casado Esquiús	
<b>New visit to Mordor:</b>	
<b>40 years of controversy in psychotherapy.....</b>	<b>15</b>
José Luis Martorell	
<b>Two generations in search of psychotherapy.....</b>	<b>35</b>
Ana Gimeno-Bayón, Ramón Rosal, Patricia Pasquín & Aleix Moreno	
<b>Psychodiagnostics and Psychotherapy: A Constructivist Integrative Approach to Practice, Training and Research.....</b>	<b>55</b>
Luis Botella García del Cid	
<b>Processes of reactivation and reconsolidation of implicit memories:</b>	
<b>Interaction between Neurosciences and Psychotherapies .....</b>	<b>67</b>
Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols & Jordi Segura	
<b>Technological contributions to psychotherapy:</b>	
<b>The potential of Virtual Reality .....</b>	<b>81</b>
Guillem Feixas; Jordi Alabèrnia-Segura	
<b>——Open Access Articles——</b>	
(accessible only through <a href="http://revistadepsicoterapia.com">http://revistadepsicoterapia.com</a> )	
<b>Stuttering, trauma and blocking:</b>	
<b>Introduction to work with parts .....</b>	<b>95</b>
Francisco Gómez-Holgado	
<b>Efficacy of Clinical Hypnosis in Functional Neurological Disorders: Experience in a Consecutive Series of 50 Patients ..</b>	<b>113</b>
Alexandre Gironell, Juan Manuel Badosa, Albert Roig, Raffaella Tuccillo, Giulia Marconi, Marc Muñoz, Roser Ribosa, Agustí Camino Vallhonrat, Eva Juan Linares, Aina Ripol Puig & Guillem Feixas	

<b>Relational Withdrawal, Attunement to Silence: Psychotherapy of the Schizoid Process .....</b>	<b>129</b>
Richard G. Erskine	
<b>Therapies for low self-esteem review: Clinical profile and action mechanisms .....</b>	<b>143</b>
Antonio Duro Martín	
<b>Psychotherapy Assessment: Psychometric Properties of de Argentinean Version of the Outcome Rating Scale and Session Rating Scale.....</b>	<b>165</b>
Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde, Helga Schupp & Natalia Paoloni	
<b>Narrative therapy: Responding to grief and loss with the re-remembering tree of life.....</b>	<b>181</b>
Marta Campillo Rodríguez	
<b>Developing and maintaining a healthy family today .....</b>	<b>197</b>
Manuel Moral & Carlos Chimpén-López	
<b>Pathologies of freedom (v) Depression and suicide: the constriction of the being.....</b>	<b>211</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>The tower of the castle: A case of restrictive anorexia.....</b>	<b>271</b>
María Martín Santacreu	
<b>Book Review .....</b>	<b>323</b>
<b>The obsessive mind. Obsessive-compulsive disorder treatment .....</b>	<b>281</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>Building Therapeutic Change.....</b>	<b>285</b>
Meritxell Pacheco	

# EDITORIAL

## 40 AÑOS DE UNA REVISTA

### FROM EDITOR

### 40 YEARS OF A JOURNAL

**Lluís Casado Esquiús**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4335-8227>

Psicólogo clínico. Barcelona, España

Miembro del Consejo de redacción de Revista de Psicoterapia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Casado, L. (2021). 40 años de una revista [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 1-3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.860>

En noviembre de 1981 aparecía el número 0 de una nueva revista, Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista. Durante casi 10 años se convirtió en un foro de difusión de la Psicología Humanista con voluntad integradora. En 1990 se transformó en Revista de Psicoterapia que se ha venido publicando hasta ahora. Son pues, cuarenta años de edición de una revista dirigida a los profesionales y estudiosos de la psicología, primero en todos los ámbitos de intervención, después en el ámbito específico de la Psicología Clínica y la Psicoterapia.

En este número, mil artículos después, queremos aprovechar este aniversario para reflexionar sobre lo sucedido en la Psicología durante estos cuarenta años. No pretendemos un ejercicio nostálgico, aunque algo de ello hay en el artículo que abre la monografía, si no, más bien, realizar una lectura con perspectiva histórica que nos ayude a entender el presente y a encarar el futuro de la psicoterapia.

En estos cuarenta años muchas cosas han cambiado. A nivel social la globalización, el cambio tecnológico (con Internet a la cabeza), o las evidencias de agotamiento del modelo económico imperante que solo se insinuaban entonces, condicionan ahora de una forma clara la vida de todos nosotros, y por ello se convierten en un factor de la salud mental. El impacto en los hábitos relacionales de las redes sociales, el papel central que han tomado los teléfonos inteligentes en la vida de las personas, o los efectos del teletrabajo intensivo fruto de la pandemia de la COVID 19, no son fenómenos neutros a la hora de entender los fenómenos psicológicos de nuestros días.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [casado@copc.cat](mailto:casado@copc.cat)

Dirección postal: Vía Augusta 106. 08006 Barcelona. España

© 2021 Revista de Psicoterapia



También la propia Psicología ha cambiado desde muchos puntos de vista, y a estos cambios van dedicadas las páginas de esta monografía. Por supuesto que muchos otros temas han debido quedarse en el tintero por razones de espacio, aunque en el mundo digital el concepto de espacio también es relativo. Por ejemplo, no se ha incluido un artículo sobre las nuevas técnicas o modelos psicoterapéuticos aparecidos durante estas décadas debido a que a lo largo de los años la revista ya ha publicado monografías sobre algunos de ellos, como en los casos del Mindfulness, el EMDR y Brainspotting o la terapia narrativa, por citar algunos ejemplos.

Inicia la monografía un artículo de vocación “histórica” en el que Lluís Casado (2021) configura un paralelismo entre la evolución de la revista y el desarrollo de la Psicología en España desde la época de la transición. En este sentido, la primera propuesta del autor es que la revista encontró para su aparición un caldo de cultivo adecuado en la transición política en España. El segundo mensaje es que la evolución de la revista y el de la Psicología Humanista seguían caminos interrelacionados.

José Luis Martorell (2021) con su estilo provocador, pero riguroso al mismo tiempo, aborda el espinoso tema de las discrepancias escolásticas, junto al papel de la investigación y los factores de eficacia en psicoterapia. Introduce elementos que habitualmente quedan excluidos de este debate, pero que juegan un papel importante como son los intereses económicos y las relaciones de poder en el arduo proceso de integración de modelos y técnicas que aún tiene mucho camino por recorrer.

Decíamos antes que la sociedad ha cambiado y resulta lógico que también lo hayan hecho los pacientes o clientes que acuden en busca de ayuda. El artículo de Gimeno-Bayón et al. (2021) efectúa un interesante análisis sobre esta cuestión comparando “dos generaciones” de pacientes y con el añadido de evidenciar también el impacto de la pandemia COVID 19 y el confinamiento en las demandas de las personas que acuden a un centro de psicoterapia.

Luis Botella (2021) comenta en su colaboración el progresivo distanciamiento de la psicoterapia del modelo médico. Así el cuestionamiento de los criterios diagnósticos del DSM tendría que ver tanto con su relativo rigor como con las consecuencias de un diagnóstico de este tipo en la relación terapéutica y el en proceso de tratamiento en general. Como expresa el autor, el propio distanciamiento entre el diagnóstico y el tratamiento es más una consecuencia del modelo médico que una realidad en la relación terapéutica eficaz.

Uno de los cambios más profundos que se han producido en los últimos años han sido los avances de la Neurociencias, que han proporcionada grandes cantidades de conocimiento psicológico de gran utilidad para el profesional clínico. Uno de los temas centrales, el proceso de cambio es abordado en el artículo de Fernández-Puig et al. (2021) que desde una mirada integradora de las neurociencias y la psicoterapia se focaliza en la reactivación y reconsolidación de las memorias implícitas como factor explicativo de los procesos terapéuticos exitosos.

En este repaso sobre las nuevas tendencias en psicoterapia no podíamos dejar de lado la tecnología aplicada, y así en el artículo que cierra la monografía Feixas

y Alabernia-Segura (2021) no informan de los resultados positivos en el uso de tecnologías de realidad virtual en trastornos de ansiedad o trastornos de la conducta alimentaria y de las investigaciones, aún preliminares, en otro tipo de psicopatologías. El artículo describe algunos procesos con algunas de estas técnicas, que nos dejan una cierta sensación de relato de ciencia ficción, por más que sean ya una realidad en el aquí y ahora.

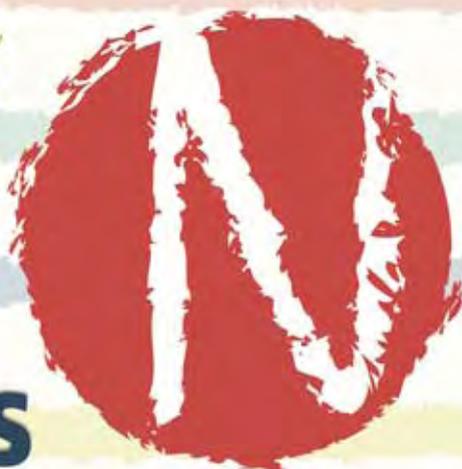
Estos 40 años han visto profundos cambios sociales y en las demandas de los clientes. Han visto fructíferas sinergias entre las neurociencias, la tecnología y la práctica clínica, y han visto también profundos debates sobre las posibilidades de integración en psicoterapia, la emergencia de un modelo psicológico que evite los reduccionismos del modelo médico aplicado a los asuntos psicológicos,

De todo ello nos habla este número conmemorativo. Lo que no va a cambiar en el futuro es la constante búsqueda de métodos y técnicas que puedan contribuir al bienestar de las personas que habitamos este planeta. Es un orgullo que esta revista haya sido, y siga siendo, un testigo de este camino.

## Referencias

- Botella, L. (2021). Psicodiagnóstico y psicoterapia: Reflexiones sobre la práctica, formación e investigación desde la terapia constructivista integradora. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 55-65. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.857>
- Casado, L. (2021). Érase una vez... Una revista. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 5-13. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.854>
- Feixas, G. y Alabèrnia-Segura, J. (2021). Aportaciones de la tecnología a la psicoterapia: El potencial de la Realidad Virtual. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 81-93. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.859>
- Fernández-Puig, V., Farriols, N. y Segura, J. (2021). Procesos de reactivación y reconsolidación de las memorias implícitas: Interacción entre neurociencias y psicoterapias. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 67-80. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.858>
- Gimeno-Bayón, A., Rosal, R., Pasquín, P. y Moreno, A. (2021). Dos generaciones en busca de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 35-53. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.856>
- Martorell, J. L. (2021). Nueva visita a Mordor: 40 años de polémicas en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 15-33. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.855>

Lluís Casado Esquiús



# El Análisis Transaccional ante los nuevos retos sociales

**Adaptación a un mundo en cambio**

---

**EDITORIAL CCS**

## ÉRASE UNA VEZ... UNA REVISTA

## ONCE UPON A TIME ... A JOURNAL

**Lluís Casado Esquiús**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4335-8227>

Psicólogo clínico. Barcelona, España

Miembro del Consejo de redacción de Revista de Psicoterapia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Casado, L. (2021). Érase una vez... Una revista. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 5-13. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.854>

### Resumen

*El presente número de Revista de Psicoterapia conmemora su 40 aniversario. En 1981 aparece la Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista que en 1990 se transformará en la actual Revista de Psicoterapia. En este artículo se recuerdan los inicios de la revista enmarcándolos en un momento histórico y un contexto profesional y académico. La aparición de la revista, su desarrollo durante la década de los años ochenta y su transformación en Revista de Psicoterapia se consideran una fidedigna representación de la evolución de la psicología y la psicoterapia en nuestro país.*

Palabras clave: *psicología humanista, revista de psiquiatría y psicología humanista, revista de psicoterapia.*

### Abstract

*This issue of Revista de Psicoterapia commemorates its 40th anniversary. The Journal of Psychiatry and Humanist Psychology first appeared in 1981, and became the current Journal of Psychotherapy in 1990. This article recalls the beginnings of the magazine framing them in its historical moment and professional and academic context. The appearance of the magazine, its development during the eighties and its transformation into the Revista de Psicoterapia are considered a reliable representation of the evolution of psychology and psychotherapy in our country.*

Keywords: *humanist psychology, journal of psychiatry and humanist psychology, journal of psychotherapy.*



A finales de noviembre de 1981 se celebró en Barcelona el Primer Congreso Nacional de Psicología Humanista. El Congreso significó la presentación en sociedad de una corriente psicológica que, desde su aparición en los años cincuenta en los Estados Unidos<sup>1</sup>, había tenido una escasa implantación en España hasta los años setenta. Es en esa época cuando surgen una serie de iniciativas privadas (no en las universidades públicas) que importan las técnicas humanistas. Buena prueba de ello es que el Congreso estuvo patrocinado por una serie de centros y asociaciones ya existentes<sup>2</sup>.

Habían existido precursores e iniciativas, por supuesto, pero siempre con un carácter un tanto marginal. En este punto no quiero olvidar mencionar a un precursor en mayúsculas como fue Antoni Blay Fontcuberta (1963), que en un libro editado a principios de los años sesenta ya nos hablaba de “las experiencias como factores actualizadores”, la “relación humana como acto vital”, la “respiración consciente”, la “creatividad” o en el que recomendaba con mentalidad integradora técnicas psicoanalíticas y las distintas formas de Yoga.

No se puede olvidar el papel jugado en esos años precursores de una serie de psicólogos provenientes de ámbitos religiosos que, en muchos casos, se habían formado con los grandes maestros en los Estados Unidos y tuvieron un papel protagonista en la introducción en España de la Psicología Humanista, en especial a través de la Universidad de Comillas: José Antonio García Monge (Gestalt), Javier Ortigosa (Rogers), Carlos Alemany (Focusing), desde Deusto con Manuel Marroquín (rogeriano en la línea de Carkhuff) y, desde Barcelona con Miquel Bertrán Quera que difundió Rogers en el campo de la pedagogía. Por cierto, que en 2017 en la Jornada de la sección humanista de la FEAP les fue reconocido el título de `pioneros de la Psicología Humanista´ a Javier Ortigosa, José Antonio García Monge, Carlos Alemany, Ramón Rosal, Albert Rams y Ana Gimeno-Bayón.

El hecho es que, en ese congreso, se presentaron ponencias y talleres sobre los fundamentos de la Psicología Humanista, Análisis Transaccional, Bioenergética, Biofeedback, Psicodrama, Ensueño dirigido, Meditación, Terapia Gestalt, etc. Para muchos de los cuatrocientos asistentes (un éxito que desbordó las expectativas de los propios organizadores<sup>3</sup>) aquellos tres días significaron el descubrimiento de una nueva manera de entender la psicología en sus diferentes ámbitos de aplicación: clínica, educativa, social, o empresarial, ya desde la ceremonia inaugural del Congreso que sustituyó la habitual sesión plenaria en la sala de actos por una vivencia de contacto entre los asistentes y celebrada al aire libre.

Y en el transcurso del Congreso (figura 1) se presenta el número 0 de la Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista (figura 2). Una iniciativa de Andrés Senlle que se había estado cocinando desde hacía algunos meses, y en el que participaron activamente en esa primera época, entre otros Lluís Casado, Elena Llanos, Núria Pamies, y la recientemente desaparecida Leonor Pantinat<sup>4</sup>.

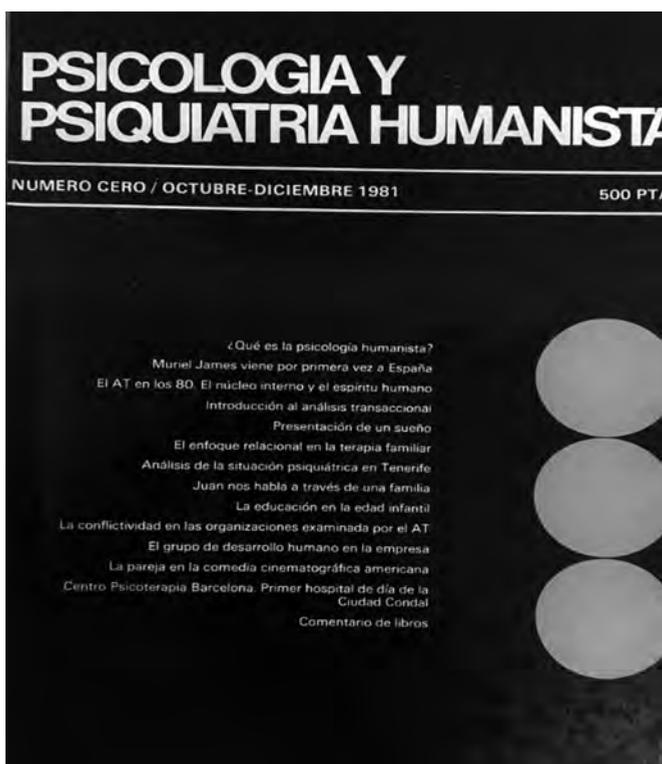
Figura 1

*El Comité Organizador del Primer Congreso de Psicología Humanista*



Figura 2

*El Número 0 de la Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*



La pregunta que nos podemos formular es qué había sucedido en aquellos años para facilitar una aparición repentina y sorprendente de las técnicas del movimiento humanista a través de centros privados de psicoterapia y formación, asociaciones, congresos y jornadas y... una revista que en el editorial de su número 0, y en boca de su primer director, Andrés Senlle, expresaba su voluntad de ser un medio al servicio del crecimiento individual y colectivo, con voluntad multidisciplinar y con objetivos de cambio social.

### **La Transición Llega a la Psicología**

A finales de los años setenta y principios de los ochenta se produce en España la llamada “transición democrática” tras la muerte del general Franco. No es éste el lugar para realizar un análisis político de la misma, pero, en mi opinión el desarrollo del Movimiento Humanista no se acabaría de entender sin ese cambio político, que facilitó la expresión de las ansias de libertad y de cambio social reprimidas durante mucho tiempo. La eclosión de la Psicología Humanista no fue más que una muestra más de esa explosión de renovación, regeneración y optimismo, y qué mejor para ello que un movimiento que nos conectaba con la mítica California de la época. Para la confección de este artículo hemos podido conectar con algunos de los protagonistas<sup>5</sup> de aquel momento histórico y hay coincidencia en calificarlo como “ambiente muy entusiasta” (Rams, 2021), o “en ebullición” (Gimeno-Bayón, 2021).

Por supuesto que la Psicología Humanista no fue la única “novedad” llegada para airear las cerradas estancias de la Psicología establecida. Según Villegas:

Llegaban con fuerza nuevas corrientes de pensamiento, que irrumpían en el campo teórico y profesional más allá de los paradigmas clásicos del Psicoanálisis y el Conductismo. Merecen destacarse, a mi juicio tres movimientos: la Antipsiquiatría, la Psicología y Psicoterapia Cognitiva de Beck y Ellis, y el movimiento de la Psicología Humanista. (Villegas, 2021)

La Antipsiquiatría y su cuestionamiento, no solo de los modelos sobre la enfermedad mental, sino también de las instituciones de tratamiento, tuvo su influencia en la reforma de la atención psiquiátrica hospitalaria, como puntualmente recogió y apoyó la revista, especialmente con los artículos y reportajes de Leonor Pantinat, firmados con su identidad periodística Aurora Zorán (Zorán, 1982a, 1982b) y también de otros psiquiatras como Juan Luis Marrero (1981, 1982) o psicólogos en tareas periodísticas (Casado, 1982).

Por su parte, la psicología y psicoterapia cognitiva se movía más bien en el ámbito académico ... (mientras que) el movimiento de la Psicología Humanista apareció inicialmente como un paraguas bajo el que acudían a cobijarse aquellos modelos terapéuticos, dirigidos más bien a fomentar el crecimiento personal, que compartían como elemento común la oposición o alternativa a los paradigmas psicoanalíticos y conductuales (Villegas, 2021).

Esta división que apunta Villegas llevó a la Psicología Humanista al mundo de la práctica profesional más que al académico. En este sentido florecieron numerosos

centros de Psicología Humanista en Barcelona que tuvieron una profunda vinculación con la revista. Nos estamos refiriendo a centros pioneros como Estel, Instituto de Análisis Transaccional, Instituto Erich Fromm, Itaca (Gimeno-Bayón, 2021). En dichos centros se ofrecía psicoterapia individual y de grupo y se organizaban programas de formación en las diversas técnicas humanistas para dotar de rigor, que en algunos casos no estaba presente, a la práctica profesional de orientación humanista. Era frecuente la visita de profesionales extranjeros, de Estados Unidos y Gran Bretaña, principalmente, para la formación de los profesionales autóctonos, y no era extraño en aquellos años ver programas de formación con Carl Rogers, Claude Steiner o Muriel James, por citar algunos nombres.

Muchos otros nombres deben ser recordados en esos primeros años de la Psicología Humanista. A pesar del riesgo de incurrir en olvidos del todo injustificados me vienen a la memoria ahora Carmen Vázquez que fuera presidenta de la Asociación Española de Psicología Humanista, Francisco Massó que lo fuera de la Asociación Española de Análisis Transaccional, José Luis Camino, que también sería más tarde presidente de esta Asociación, Jordi Oller presidente de la Asociación Catalana de Análisis Transaccional, José Luis Martorell quien años después se incorporaría como profesor en la UNED, Luis Pelayo en Madrid y Andrés Pamplona en Barcelona difusores de la terapia Bioenergética, Francisco Peñarubia en terapia Gestalt, o Juan Antonín en Psicodrama son nombres a los que la Psicología Humanista debe su desarrollo en España gracias a su esfuerzo asociativo, labor profesional y numerosas publicaciones.

### **Años de Crecimiento**

Durante unos años el crecimiento de las actividades del movimiento humanista fue muy rápido mediante la organización de jornadas y congresos (el segundo Congreso Nacional de Psicología Humanista se celebró en Bilbao en 1983), programas de formación para profesionales y una notable actividad de las asociaciones de Psicología Humanista<sup>6</sup> o de alguna de sus técnicas (Gestalt, Análisis Transaccional, principalmente). El resultado fue el aumento de profesionales certificados por asociaciones internacionales y un tímido acercamiento al mundo académico, por ejemplo, en el marco de la Jornadas Universitarias sobre Psicología Humanista, impulsadas por Manuel Villegas, en la que participaron unos seiscientos alumnos y que estuvieron presididas en el acto inaugural por Antoni Caparrós, catedrático de Historia de la Psicología de la Universidad de Barcelona (Rosal, 2021; Villegas, 2021).

Estos años de crecimiento tuvieron uno de sus puntos culminantes en la organización en Barcelona, en 1988, del IX Congreso Europeo de la European Association for Humanistic Psychology, en el que se contó con ponentes de la talla y diversidad de pensamiento como Ronald Laing, Henri Laborit, Raimon Pannikar, Claudio Naranjo o John Rowan entre otros muchos, además de los, cada vez más, reconocidos ponentes locales, muchos de los cuales estaban también estrechamente

ligados a la Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista.

El caso es que la Revista siguió también este proceso de crecimiento. En poco tiempo pasó de ser un proyecto muy identificado con Andrés Senlle y el Instituto de Análisis Transaccional de Barcelona, a contar en su comité editorial con Ana Gimeno, Elena Llanos, Leonor Pantinat, Ramón Rosal y Manuel Villegas, siguiendo en la dirección Andrés Senlle y en la dirección ejecutiva Lluís Casado. Más tarde Lluís Casado pasó a ser director con una dirección unificada (1984 – 1987) y a su vez fue sustituido por Ramón Rosal entre 1987 y 1989. A partir del número 4 de mayo de 1983 la revista pasa a ser monográfica siendo el primer tema la creatividad, lo que no dejaba de ser una declaración de principios de orientación humanista.

También, progresivamente, empezaba a ser un proyecto que no necesitaba de financiación económica periódica por parte de sus impulsores, aunque seguía siendo una revista un poco artesanal en las cuestiones administrativas y logísticas. A modo de ejemplo, la gestión de suscriptores y el reparto de revistas en algunas librerías de Barcelona lo realizaban miembros del Comité Editorial. La falta de medios administrativos no impedía, sin embargo, que la revista fuera cada vez más rigurosa en cuanto a la selección de temas y autores.

Los temas de los distintos números monográficos abarcaban diversos modelos psicoterapéuticos como la Terapia Gestalt, el Análisis transaccional, el Enfoque centrado en la persona, el Psicodrama, la Psicoterapia Existencial, y también otros modelos menos conocidos entonces como la Programación Neurolingüística, el Focusing o el Rebirthing. También se editaron monográficos sobre temas no clínicos como la educación humanista, la psicología del deporte, la psicología de las organizaciones o la marginación social.

La lista de autores resulta francamente notable para una publicación joven como era en aquella época. Y así se publicaron artículos de autores tan importantes como Boadella, Campbell, English, Frick, Goulding, James, Kelly, Lapierre, May, Rogers, Rowan, Rychlak, o Steiner entre otros, y también, y ésta era una de las misiones de la revista, de lo que podríamos denominar la primera generación de humanistas (en un sentido amplio e integrador) españoles: Alemany, Camino, Casado, Feixas, Gimeno, Gondra, Marroquin, Martorell, Pantinat, Rams, Ríos, Rosal, Sebastian, Senlle, o Villegas entre otros muchos.

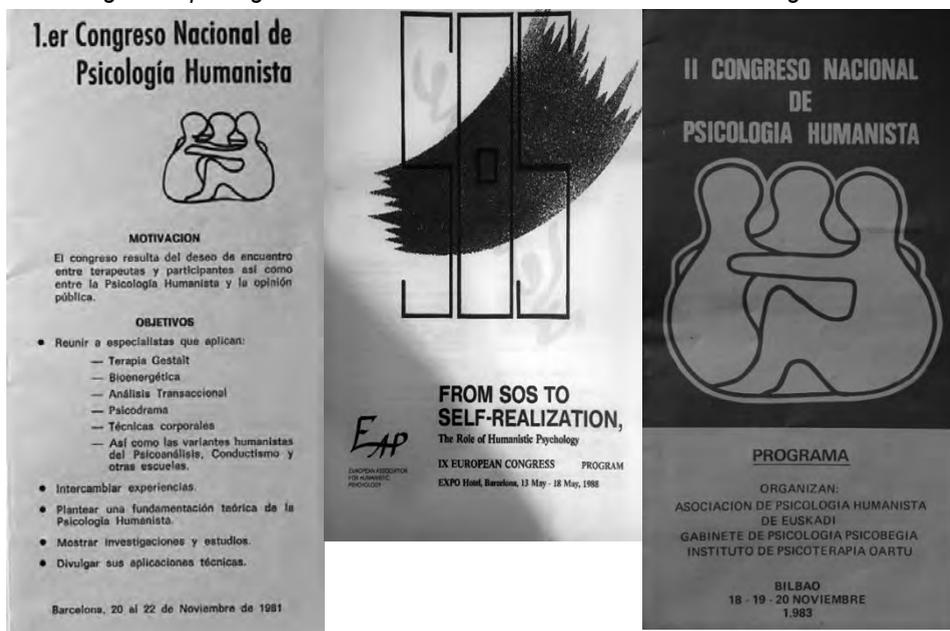
La revista también tenía vocación divulgativa y las reseñas bibliográficas, los reportajes sobre congresos o iniciativas en el campo de la salud mental o las entrevistas (Castel, M. James, Keyserling, Laborit, Lapierre, Naranjo, Panikkar, Rogers, Steiner, entre otros), tenían reservadas las páginas de cada número. Con este modelo mixto (académico y “periodístico”) la revista pretendía dar respuesta a las necesidades de información y conocimiento sobre los nuevos modelos psicológicos y psicoterapéuticos que estaban implantándose en el mundo profesional de otros países.

Durante la década de los ochenta del siglo pasado, el desarrollo de la revista seguía los pasos al desarrollo de la Psicología Humanista en nuestro país (figura

3), y creo que modestamente también significó un elemento que contribuyó a ese desarrollo.

Figura 3

*Tres Congresos que Significaron Tres Hitos en el Desarrollo de la Psicología Humanista*



## El Legado de la Revista y de la Psicología Humanista

En 1990 se produce un debate en el seno del Comité de redacción de la revista que culmina con la transformación en la actual Revista de Psicoterapia. Más allá del cambio, de por sí significativo, en la cabecera de la revista esta transformación implicaba, de un lado la especialización de la revista en el mundo clínico y de la psicoterapia, y de otro el abandono de la psicología humanista como movimiento de identificación escolástica de la revista para abrazar una visión integradora, como queda expresado en el primer editorial de la nueva revista:

Por esta razón tampoco pretende nuestra revista alinearse con paradigmas terapéuticos muy específicos, sino abrirse a todos aquellos modelos que estén abiertos, a su vez, al diálogo, a la integración o a la aportación de elementos útiles a la construcción de un modelo general de intervención terapéutica. (Revista de Psicoterapia, 1990, p. 3).

Estos cambios fueron acompañados además por la sustitución de Ramón Rosal por Manuel Villegas (profesor de la Universidad de Barcelona) en la dirección de la revista, lo que más allá del cambio nominal implicaba otro cambio significativo: por primera vez el director de la revista provenía del mundo universitario (aunque Villegas contaba además con amplia experiencia clínica). Los tres directores ante-

rios provenían del ejercicio profesional de la psicología. Villegas permanecerá en la dirección hasta 2013, en el que será sustituido por otro profesor universitario, el actual director, Luis Ángel Saúl, profesor en la UNED.

La Psicología Humanista fue un revulsivo para “reivindicar lo humano en la psicoterapia, en la educación, en el trabajo social, en la medicina y en la enfermería” (Rams, 2021). El legado de la Psicología Humanista también incluye “la actitud abierta y dialogante con todos los modelos clínicos” (Gimeno-Bayón, 2021), que se sentía cómoda en el proceso de integración en psicoterapia, que al menos nominalmente, se ha popularizado en los últimos años. El auge de la investigación de los factores comunes a todas las terapias para explicar la similitud de resultados a pesar de las diferencias técnicas (Villegas, 2021) tampoco incomodaba a los psicólogos humanistas que hacía muchos años que habían incorporado las actitudes rogerianas a la práctica terapéutica común, y no tenían inconveniente en integrar técnicas terapéuticas de modelos diversos (Bioenergética, Terapia Gestalt, Análisis Transaccional) según las necesidades de la persona con la que estaban trabajando.

Como afirmaban, en un editorial conjunto, dos de los directores de la revista comentando los cambios de enfoque experimentados por la revista: “en cierta forma no era sino interpretar el mensaje de la propia Psicología Humanista que aspiraba fundamentalmente a no necesitar adjetivar a la Psicología de una forma que debiera de haber sido una redundancia desde el primer momento” (Rosal y Casado, 1996, p. 7). Probablemente el movimiento de la Psicología Humanista, que no paradigma, ni escuela, llevaba inscrito en su propio ADN creativo, abierto, y que se sentía más cómodo en la mirada clínica que en las restricciones que a veces imponen la investigación y la academia, esa vocación integradora y de renuncia a la diferenciación empobrecedora.

Cuarenta años después la actividad de la Psicología Humanista parece haberse diluido en su legado y en su influencia en nuevos modelos psicoterapéuticos, como el de Psicoterapia Integradora Humanista desarrollada en el Instituto Eric Fromm de Barcelona, un viejo colaborador de la revista. Por supuesto, perviven las diferentes técnicas humanistas, con sus asociaciones, sus jornadas y sus revistas. También existe la Sección de Psicoterapias Humanistas de la FEAP, y siguen existiendo grandes encuentros de Psicología Humanista como el Primer Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanista, celebrado en Barcelona en 2015.

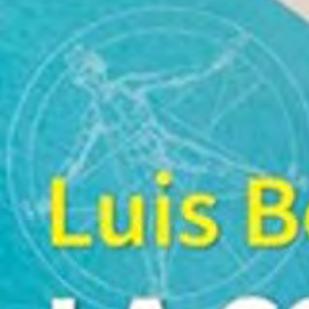
Seguramente el mensaje de la Psicología Humanista, humanizador e integrador, tiene aún mucho que aportar en un mundo en el que el exceso de biologización, y su extensión en forma de hipertrofia psicofarmacológica, y el retorno a fuerzas escolásticas excluyentes más que integradoras, amenazan el ámbito de la práctica psicoterapéutica y del mundo académico. Pero éste es un capítulo a escribir en un futuro número de la revista que seguirá fiel a sus principios fundacionales.

### Notas al pie:

- 1 El Journal of Humanistic Psychology, que podríamos considerar el referente de la revista se edita desde 1961.
- 2 Equipo Itaca de Psicología Humanista, Centro Erich Fromm de Psicología Humanista, Instituto de Análisis Transaccional, Drissa, Creper Psicología del Crecimiento Personal, Gabinete de Psiquiatría y Psicología, Asociación de Psicología Humanista en Catalunya, Asociación Española de Análisis Transaccional, Asociación Española de Psicología Humanista, Asociación Iberoamericana de Análisis Transaccional.
- 3 El comité organizador del Congreso estaba formado por Andrés Senlle (presidente), Ramón Rosal (director del área teórica), Albert Rams (director del área práctica), Ana Gimeno y M<sup>a</sup> Antonia Plaxats (coordinadoras).
- 4 Sobre la gran aportación de la psiquiatra Leonor Pantinat puede consultarse el artículo In memoriam aparecido en Revista de Psicoterapia (Comité de Redacción de Revista de Psicoterapia, 2020, 31:116).
- 5 Agradezco a Ana Gimeno, Albert Rams, Ramón Rosal y Manuel Villegas la gentileza de responder un cuestionario compartiendo sus vivencias de aquellos años.
- 6 Asociación de Psicología Humanista en Cataluña, Asociación española de Psicología Humanista, Orexis.

### Referencias

- Blay Fontcuberta, A. (1963). *La personalidad creadora. Técnicas psicológicas y liberación interior*. Dharma.
- Casado, I. (1982). La sociedad psiquiátrica avanzada: entrevista con Robert Castel. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 3, 335-337.
- Comité de Redacción de Revista de Psicoterapia (1990). Editorial. *Revista de Psicoterapia*, 1(1), 3-4.
- Comité de Redacción de Revista de Psicoterapia (2020). In memoriam Leonor Pantinat. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 105-114.
- Marrero, J. L. (1981). Análisis de la situación psiquiátrica en Tenerife. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 0, 47-52.
- Marrero, J. L. (1982). Actitudes de los familiares de los enfermos mentales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 2, 201-218.
- Rosal, R. y Casado, L. (1996). Editorial. *Revista de Psicoterapia*, 7(28), 3-8.
- Zorán, A. (1982a). Otras alternativas psiquiátricas. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 1, 187-196.
- Zorán, A. (1982b). Torre de la Creu, primer centro de día de Cataluña. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 3, 323-334.



Luis Botella

# LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

Terapia Constructivista Integradora  
en la Práctica Clínica



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

## NUEVA VISITA A MORDOR: 40 AÑOS DE POLÉMICAS EN PSICOTERAPIA

### NEW VISIT TO MORDOR: 40 YEARS OF CONTROVERSY IN PSYCHOTHERAPY

**José Luis Martorell**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4818-3750>

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España  
Doctor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica, Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la UNED, Profesor del máster de Psicología Sanitaria y de la Salud de la UNED.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martorell, J. L. (2021). Nueva visita a Mordor: 40 años de polémicas en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 15-33. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.855>

#### Resumen

*El artículo revisa las polémicas que se han dado en el campo de la psicoterapia. Se enmarcan estas polémicas tanto en los puntos de vista científicos como en la perspectiva de los intereses materiales que afectan a la práctica de la psicoterapia. Se revisan los temas de las eficacia absoluta y diferencial, los hallazgos y los sesgos en la investigación, los factores comunes, la situación de la enseñanza de la psicoterapia y se concluye con algunas recomendaciones para la práctica de la psicoterapia basadas en la investigación.*

Palabras clave: *psicoterapia, investigación, eficacia de la psicoterapia, factores comunes, formación en psicoterapia.*

#### Abstract

*The article reviews the controversies that have occurred in the field of psychotherapy. These controversies are framed both in scientific points of view and in the perspective of material interests that affect the practice of psychotherapy. The issues of absolute and differential efficacy, research findings and biases, common factors, and the situation of psychotherapy training are reviewed and it concludes with some research-based recommendations for the practice of psychotherapy.*

Keywords: *psychotherapy, research, psychotherapy efficacy, common factors, psychotherapy training.*



*Un soneto me manda hacer Violante  
que en mi vida me he visto en tanto aprieto.*

--Lope de Vega

*Es difícil que un hombre entienda algo cuando su salario depende de que  
no lo entienda.*

--Upton Sinclair

*Todo está dicho pero como nadie escucha, hay que repetirlo cada mañana.*

--André Gide

Como Violante a Lope de Vega, la Revista de Psicoterapia me encarga un artículo para celebrar sus 40 años de andadura. Me proponen, vistos mis antecedentes criminales, que escriba sobre lo que ha sucedido en los últimos cuarenta años en las polémicas que han marcado el campo de la psicoterapia. Y descubro que lo que siento no es tanto aprieto, como Lope, sino una mezcla de pereza y rechazo, más parecido a lo que imagino que podría sentir Frodo si tuviera que volver a entrar en Mordor. Quizá desde fuera se pueda pensar que las polémicas y debates sobre la psicoterapia, sobre la ciencia y sus límites y la necesidad de combinarla con una visión profunda y comprensiva del ser humano son asuntos sosegados que, en todo caso, tienen la afable vehemencia del debate entre especialistas apasionados, pero todos en busca de la verdad y, en nuestro caso, de lo que más beneficie a nuestros pacientes. Pues no, ni de lejos es así.

### **Lucha de Intereses**

La realidad es que las luchas por la supremacía (o, como veremos, por la mera supervivencia) dentro de la psicoterapia se parece más a un encuentro a navajazos entre rufianes en un sórdido callejón que a un elegante duelo a florete entre caballeros. Y, sin embargo, la inteligencia, la brillantez, y la persistente defensa de principios científicos y humanistas están también en este campo. En otro lugar señalé (Martorell, 2014) que lo anterior convive con el sectarismo y la ceguera selectiva sin, aparentemente, mayor problema. En fin, se podría decir que no hay ningún asunto humano que no oscile entre ambos polos. Sí, es verdad, pero nosotros vendemos ciencia y salud. Y, en realidad, ese es el problema: que vendemos. Una de las tesis de este artículo es que los intereses económicos y de poder han marcado desde el principio las luchas por la hegemonía en el campo de la psicoterapia. Mientras que a nadie se le escapa que la dimensión económica de la medicina no puede ser ignorada, que las farmacéuticas son organizaciones primariamente orientadas al beneficio y que deben ser controladas externamente obligando, por ejemplo, a que inscriban sus investigaciones desde su propuesta y no sólo dando a conocer sus resultados si son favorables y a que se hagan explícitos los conflictos de intereses, es decir, a dejar claro en cada artículo de investigación, como dicen los escoceses, quién es el que paga al gaitero, por alguna razón se ha supuesto que la psicoterapia, como no es un medicamento que se empaqueta y se vende, quedaba en alguna

medida fuera del mundo de los beneficios que proporciona el campo de la salud. Nada más lejos de la realidad.

Por aportar un dato revelador en 2019 el 9,5% de los adultos estadounidense recibió tratamiento psicoterapéutico, es decir, más de 25 millones de personas (Terlizzi y Zablotsky, 2020) haciendo una modestísima proyección, si cada paciente hace 20 sesiones al año con un coste de 100 dólares por sesión, la psicoterapia ha reportado en EE.UU. 50.000 millones de dólares en un año. En 2017 el NHS británico (National Health Services, 2021) derivó a psicoterapia a 1,4 millones de pacientes de los que 965.000 comenzaron tratamiento ese año, y esto sólo en el sistema público. En nuestro país, la Encuesta europea de salud en España de 2020 reporta, asómbrense, más de 39 millones de visitas anuales al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, (Instituto Nacional de Estadística, 2021) sumando el sistema de salud pública y la asistencia privada, sin que desglose la asistencia a cada uno de esos profesionales, pero aun restando las consultas psiquiátricas no psicoterapéuticas el número cabe suponerlo alto. Estos terapeutas que proporcionan estas terapias se forman primero en Facultades de Psicología a las que hay que dotar de profesores y otros medios. Después en postgrados obligatorios o estancias en hospitales (más personal y más medios) y, en la mayoría de los casos, en formación posterior fuera de la universidad en alguna de las diferentes escuelas que la ofrecen (que no es barata precisamente y que mueve, por tanto, más dinero). Además, muchos terapeutas, sobre todo al principio de su carrera buscan supervisión (los supervisores cobran). Añadámosle a todo esto las subvenciones a los programas de investigación e intervención.

Y a partir de datos como éstos podemos empezar a comprender porqué los debates no sólo buscan la verdad sino también el beneficio, dos conceptos no siempre compatibles. Con estos datos en mente vamos a ver cómo se ha tratado de establecer qué es lo que vale y lo que no vale en psicoterapia.

### **Las Polémicas Históricas**

En psicoterapia, entendida de un modo amplio como tratamiento psicológico, el foco ha pasado históricamente de probar que es un tratamiento efectivo, es decir, que es mejor hacer psicoterapia que no hacerlo, a tratar de establecer qué tratamiento es mejor, más efectivo o más eficiente para un trastorno concreto. Pero la cuestión de que hay tratamientos efectivos frente a otros que no lo son, con un cierto aroma de duelo en el OK Corral, no se ha abandonado nunca: “científicos vs. charlatanes”, “profundos vs. reduccionistas”, “liberadores vs. adaptadores” y toda una serie de pares mutuamente excluyentes y denigradores del rival. Es cierto, afortunadamente, que en los últimos años el debate ha mejorado en las formas, entre otras cosas porque para sorpresa de algunos -quizá de aquellos psicólogos de los que decía David Bannister (1989) que estaban en la triste condición de no poder pensar si no adjuntaban a su pensamiento un análisis de varianza- la investigación (en seguida iremos con los datos) no solo no ha apoyado que algunas de las grandes

escuelas de psicoterapia deben ser excluidas por su falta de soporte empírico, más bien al contrario, sino que ha sugerido que lo específico de cada tratamiento psicológico, las técnicas de cada escuela, solo aportan un peso limitado al conjunto de la efectividad terapéutica, pero a pesar de esta bajada de la virulencia en el debate la pugna se mantiene en un nivel soterrado.

Se podría decir que los grandes perjudicados de este debate, no siempre honesto, son los pacientes, pero no es así, por lo menos de un modo claro.

Anticipando uno de los resultados más potentes: la investigación ha mostrado, una y otra vez, que entre el 75 y el 80% de los pacientes que reciben terapia se ven beneficiados por ella (Lambert y Ogles, 2004; Wampold, 2001) y esto sucede en una amplia gama de problemas y de modalidades de terapia. Entonces, ¿por qué preocuparse? Dejemos que cada cual se forme en alguno de los grandes modelos probados (cognitivo-conductual, humanista-experiencial, dinámico o sistémico) y que el mercado y los metaanálisis repartan suerte. Y, de hecho, muchos de nuestros colegas operan así, probablemente porque no han leído con la suficiente atención a Darwin.

En primer lugar, conformarse con una situación concreta en un campo de la salud por muy favorable que parezca sería remedar al director de la oficina de patentes de Estados Unidos que a principios del siglo XX renunció, por honestidad a su cargo porque ya estaba todo inventado. La psicoterapia funciona razonablemente bien, pero tiene un amplio campo de mejora. Los pacientes se benefician, en general, de la terapia, pero podrían beneficiarse más o más rápido o incrementar la eficacia en trastornos mentales graves o cronicados. La cuestión de los factores terapéuticos de la cura psicológica sigue en pie (qué es lo que realmente cura de la psicoterapia), entre otras razones porque estudiar estos factores supone postergar las luchas escolásticas.

En segundo lugar, porque la formación por escuelas, primero en la Universidad (mayoritariamente la Cognitivo-Conductual) y luego en las escuelas propiamente dichas está hurtando a los futuros terapeutas dos de los resultados más sólidos de décadas de investigación: uno, que entre las grandes escuelas de psicoterapia no hay diferencias significativas de eficacia general (e.g., American Psychological Association, 2012) y, dos, que el peso de las técnicas específicas de la propia escuela no excede en ningún estudio del 15% de la varianza del resultado de la terapia (Lambert, 1992; Lambert y Ogles, 2004; Wampold e Imel, 2015; Wampold et al., 1997). Claro que una institución educativa puede elegir impartir la enseñanza desde una determinada orientación, pero para justificarla no puede ni obviar ni negar los datos de investigación. Hay excepciones a este sesgo, tanto entre las Universidades como dentro de ellas, pero me temo que no son más que excepciones.

Por otro lado, no atendemos, o no queremos ver, a uno de los datos más curiosos de nuestra profesión: la escuela que seguimos o decimos seguir (no es lo mismo), es decir, nuestra autocaracterización como terapeutas. Este es un tema que se ha investigado a lo largo de los años y del que he dado cuenta en otro lugar (Martorell,

2017). Cuando los estudios son amplios se observan unas ciertas tendencias: 1) Es raro que una escuela sobrepase el 50%. 2) Cuando lo hace es a base de macrodenominaciones, por ejemplo, incluyendo en lo cognitivo-conductual a modificadores de conducta con terapeutas que usan el mindfulness, o agrupando bajo el epígrafe de psicoanálisis a psicoanalistas relacionales con lacanianos, es decir, gente que, quizá, no se siente muy a gusto en esa compañía. Pero, aun así, rara vez se sobrepasa el 50%. 3) Actualmente, hay una primacía del modelo cognitivo-conductual seguido por el psicoanalítico (aunque en algunos estudios se invierten los puestos). 4) Si se incluye, o permite, en las opciones la opción de integración/eclecticismo, un buen número de terapeutas se inclina por ella, por ejemplo, un 22% entre terapeutas norteamericanos (Norcross y Karpiak, 2011). En esta misma investigación de Norcross y Karpiak, se preguntó además de la adscripción primaria por la secundaria a una muestra de 399 terapeutas, asignándose 2 puntos a la adscripción primaria y un punto a la secundaria. El resultado fue el siguiente: cognitivo (466), ecléctico/integrador (284) empatado con conductista (284), psicodinámico (244), interpersonal (89), otros (82), humanista (71), sistémico (49) y constructivista (13).

Si dicotomizamos la muestra, por un lado con los cognitivo-conductuales y por otro lado con las que Eysenck denominaba “psicoterapias” (las orientaciones no conductistas) queda así el resultado: TCC (750), Psicoterapias (750), otros (82). Qué bonito resultado, décadas de peleas supremacistas utilizando distintos cortes a la tarta de la naturaleza humana para acabar, como grupo, con el corazón partido en dos. Y no solo como grupo, las adscripciones “heréticas” no son raras, por ejemplo, cognitiva de primaria y humanista de secundaria, o dinámica de primaria y cognitiva de secundaria. Una conclusión, siendo generosos, es que a los psicoterapeutas de a pie los cantos supremacistas no les hacen mucha mella, y no son muy estrictos en lo que respecta a sus lealtades. Retengan este concepto, lealtad, *alliegance*, que más adelante nos dará mucho juego para seguir en Mordor.

De todos modos, más allá de la adscripción teórica los terapeutas sabemos que en la práctica lo que vale para el paciente de las 4 no vale para el de las 5, que las escuelas son más rígidas que la realidad y que la flexibilidad y, a veces, el oportunismo es una condición necesaria para ejercer este trabajo. Jung (1921/2013) lo expresaba con su característica elegancia: “todo algo vivo en el alma brilla con varios colores” (p. 564), y Laing le ponía una puntita de ironía: “Afortunadamente, muchos terapeutas tienen el don de ser inconsecuentes [respecto a su formación]. Esto, aunque atractivo, no debe ser considerado como ideal” (Laing, 1977, p.48). Pues sí, estamos confiando a la “inconsecuencia” de nuestros estudiantes que los grandes modelos de terapia sigan vivos y aportando su riqueza al campo de la psicoterapia. En otro lugar he señalado (Martorell, 2017) que, desde el punto de vista del profesor universitario, esto significa que enseñe lo que enseñe, al menos la mitad de sus alumnos orientarán su práctica por otro modelo. Si el modelo fuera presentado como una alternativa, sólida y si se quiere muy bien fundada, entre otras, no habría ningún problema. Si se presenta con un discurso de superioridad, cuando

no de exclusividad, es un fracaso (cuando no un fraude). Dicho de otra manera, si la mitad de los alumnos de medicina cuando se gradúan orientaran su práctica por modelos médicos no enseñados (o incluso despreciados) en la carrera, el tema estaría en el Parlamento.

Aunque el título de este artículo habla de un período de 40 años hay que ir un poco más lejos para ver dónde empezó esta guerra. En 1952 Eysenck publica *The effects of psychotherapy: an evaluation* con la intención de evaluar la evidencia disponible de la efectividad de la psicoterapia. Hay que señalar que cuando Eysenck dice psicoterapia se está refiriendo al psicoanálisis y las terapias “eclecticas” derivadas de él, dejando fuera a la terapia de conducta. Este es un tema interesante, desde la terapia de conducta no se ha aceptado con facilidad el significativo “psicoterapia” para definirse, pero es que desde el psicoanálisis tampoco se sienten cómodos con ese nombre. A nuestros aristocráticos Montescos y Capuletos les incomoda el mestizaje. Si ya no guerrear tanto por esta cuestión (que, por otro lado, nunca han abandonado, miren sus tarjetas y la publicidad de sus gabinetes) es porque la sociedad nos ve con más uniformidad que la que a ellos les gustaría: la gente acude a nosotros en buen número de acuerdo a los datos que he presentado más arriba, y va “al psicólogo” o “a la psicóloga” o “a terapia” y es posible que nos elijan mucho más por nuestro prestigio que por nuestra orientación. Como se habrá observado, dada la agudeza del lector medio de esta revista, en cuanto he nombrado a Eysenck me he ido por las ramas, y es que de este asunto he escrito y hablado más veces (Martorell, 1996, 2004, 2014, 2017, 2019) y me cuesta volver al tema todavía en 2021. Por resumir, Eysenck compara 24 estudios de eficacia de las “psicoterapias” con dos estudios donde supone que no hay tratamiento psicológico: uno sobre neuróticos severos en un hospital mental estatal a los que se les “cuida en custodia con poca psicoterapia, si es que hay alguna” y otro basado en “discapacidades derivadas de psiconeurosis tratadas por médicos generalistas” (p. 319). Los resultados que obtiene son los siguientes: pacientes tratados por psicoanálisis mejoran un 44%, pacientes tratados por terapias eclécticas mejoran un 64% y pacientes tratados solo en custodia o por médicos generalistas mejoran un 72%. Conclusión (de Eysenck): cuanta más psicoterapia menos porcentaje de recuperación. Y concluye su artículo coherentemente desaconsejando la formación en “psicoterapia” a los futuros psicólogos clínicos. A juzgar por los programas de muchas de las facultades de Psicología la recomendación de Eysenck se impuso y, sin embargo, si hubiera un premio al artículo científico más refutado de la historia el de Eysenck sería un serio candidato.

Pero con todos sus defectos metodológicos, de tendenciosidad y sus resultados sistemáticamente refutados, el artículo de Eysenck desencadenó una interminable serie de investigaciones sobre la eficacia de la psicoterapia que, finalmente, han establecido este acercamiento al sufrimiento humano como uno de los más eficaces y socialmente aceptados en el campo de la salud. Las primeras secuelas del estudio de Eysenck marcaron un estilo que llega hasta nuestros días: con los mismos datos

(adecuadamente seleccionados) se llegan a conclusiones diferentes. Por un lado, el propio Eysenck (1961, 1966) e investigadores como Rachman (1971) insistieron en la ineficacia relativa de la psicoterapia añadiendo la superioridad de la terapia de conducta. Por otro lado, una serie de investigadores (Bergin, 1971; Luborsky et al., 1975; Meltzoff y Kornreich, 1970) llegan a conclusiones opuestas: la psicoterapia es eficaz y las diferencias entre escuelas son mínimas o inexistentes. En su escrupuloso y detallado estudio sobre la investigación en psicoterapia Wampold e Imel (2015) concluyen que las conclusiones de estas revisiones de investigaciones “eran consistentes con las posiciones preconcebidas de los revisores – evidencia al servicio de un punto de vista más que el servicio de la ciencia” (p. 87). Mal empezamos a investigar sobre psicoterapia, pero empezamos. El tema de la parcialidad, de la “lealtad” a las propias convicciones frente a los datos llega hasta nuestros días, pero se han desarrollado métodos de control que, *si son aplicados*, modulan este problema. Por otro lado, hay que hacer constar que desde el primer momento aparecen investigadores que estudian la posible eficacia de *todas* las terapias mientras que un número relevante de practicantes y asociaciones de terapias dinámicas y humanistas quedan abducidos por unos supuestos peores resultados de sus terapias en la investigación y en lugar de cuestionar estos resultados y, sobre todo, los métodos por los que se llega a ellos, arrugan su aristocrática naricita y se colocan en una suerte de metafísica de lo inabarcable del ser humano por la investigación y ceden el terreno de probar su herramienta de trabajo, con fatales consecuencias para ellos y para los estudiantes. Afortunadamente, no son todos y desde algunas universidades aparecen investigadores que se interesan por *todas* las psicoterapias. Insisto en el origen universitario del grueso de la investigación porque dado el dominio de la orientación cognitivo conductual en las universidades estas son miradas con desconfianza por el mundo humanista y dinámico, pero ha sido mayoritariamente desde las universidades desde las que se han aportado los datos que prueban la eficacia de esas orientaciones. Los terapeutas humanistas y los psicoanalistas deberían estar eternamente agradecidos a estos investigadores sin los cuales estas terapias estarían injustamente en las listas de pseudociencias (en realidad, a pesar de la evidencia a su favor, de vez en cuando, aun aparecen en estas listas, pero ya iremos con esta cuestión).

El siguiente hito en la investigación en psicoterapia fue la aparición de los metaanálisis. Hay que hacer constar que los primeros y más influyentes de los metaanálisis, los de Smith y Glass (1977) y Smith et al. (1980) empiezan tomando partido en el asunto de la tendenciosidad de los estudios previos: “la mayoría de los académicos han leído poco más que las tendenciosas diatribas de Eysenck...” (Smith y Glass, 1977, p.752). Smith y colaboradores analizaron primero 375 estudios y después 475 y, finalmente, encontraron un tamaño del efecto de 0.85 que es alto en las ciencias sociales. Resumiendo: la psicoterapia es efectiva y no hay diferencia significativa entre los métodos de tratamiento. El impacto de este estudio fue brutal. Como no podía ser de otra manera en nuestro campo aparecieron críticas

y apoyos, unos razonables y otros no tanto, pero en cualquier caso desde entonces *nunca* se han reportado investigaciones que apoyen los resultados originales de Eysenck. Básicamente, sus resultados, la eficacia de la psicoterapia como un todo y el no apoyo a la eficacia diferencial en términos generales se han mantenido. Es interesante comentar una de las réplicas al metaanálisis de Smith et al., la que hizo Robyn Dawes porque nos reconcilia, hasta cierto punto, con la independencia de los investigadores. Dawes en su interesante libro contra la irracionalidad en psicología y psicoterapia, *House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built in Myth* (Dawes, 1994), señala, tras alinearse con el conductismo en el área de los tratamientos psicológicos, que no podía aceptar las conclusiones de dicho metaanálisis y que sólo podían explicarse porque estuviera mal hecho o hubiera utilizado estudios de baja calidad. Es decir, no lo puedo aceptar porque va en contra de mis creencias, pero a diferencia de muchos de nuestros colegas -en uno y otro bando- que se quedan tranquilamente ahí y descartan de su campo perceptivo lo que les cuestiona, Dawes, convencido de sus ideas, pone bajo la lupa el estudio original. Su estudio (Landman y Dawes, 1982) analiza 65 estudios elegidos al azar del estudio original, más 93 estudios adicionales que quedan limitados a 42 estudios elegidos por criterios de calidad metodológica. El tamaño del efecto medio encontrado es de 0.90, mayor que el del estudio original, que Dawes acepta, con sorpresa, pero con honestidad, sin ambages. Como curiosidad, en el libro citado donde comenta sus impresiones sobre este trabajo, unas páginas después hablando de otro tema dice que si tuviera que recomendar una terapia recomendaría una terapia conductista. Ni hallando uno mismo la evidencia es fácil cambiar las creencias.

### **Adherencia, Lealtad, *Alliegance***

Este tema, el de la fuerza de las propias creencias, la lealtad o adherencia a una teoría, *alliegance*, ha resultado, como ya se ha comentado, ser de una importancia decisiva a la hora de aceptar, matizar o rechazar resultados de investigaciones. Cuando no se controla está adherencia aparecen más resultados de eficacia diferencial, cuando se controlan los resultados tienden a igualarse. Así de claro, así de incómodo. Y así de peligroso para quien queda en una posición de inferioridad. Un ejemplo: Elliott et al. (2013) encontraron, contra la creencia generalizada de que las terapias humanistas no eran investigadas en su eficacia, un número sorprendentemente alto de estudios que comparaban la eficacia de terapias cognitivo-conductuales con terapias humanístico-existenciales: 76 estudios, que quedaron reducidos a 65 para mantener sólo los diseños más rigurosos. El resultado, traduciendo el tamaño del efecto al porcentaje de éxito relativo dio un resultado de 54% para pacientes tratados con TCC y de 46% para pacientes tratados con terapias humanistas. Es decir, los resultados fueron poco pero claramente favorable a las TCC y a largo plazo y con una población grande no cabe duda de que la TCC sería el tratamiento de elección. Ahora bien, cuando se controló la adherencia y lealtad de los investigadores (para que quede claro, cuando los investigadores son neutrales respecto a los dos

tratamientos) la ventaja de las TCC desapareció. La correlación entre adherencia y resultados en este grupo de estudios fue de .49, es decir, un considerable sesgo en contra de los tratamientos experienciales. ¿Todo arreglado? Pues no, según el comentario de Lambert et al. (2016) los primeros resultados favorables a las TCC fueron mucho más conocidos que los segundos que corregían el sesgo de lealtad.

No quisiera dar la impresión de que los investigadores de orientación cognitivo-conductual tienen una mayor tendencia a sesgar sus resultados que los de otras orientaciones. No es verdad, la tendencia humana a arrimar el ascua a la propia sardina no entiende de escuelas de psicoterapia, pero hay más investigadores de orientación cognitivo-conductual (para vergüenza de las otras escuelas) y, por tanto, les han pillado más veces. Y por poner una gota de humor en tan triste tema, dado que en ningún caso se les supone un sesgo consciente habrá que atribuirlo a un deseo inconsciente, lo que quizá les cree una disonancia cognitiva.

En resumen, los metaanálisis que han investigado la adherencia de los investigadores han establecido que el tamaño del efecto de esta condición está en torno a 0.65, un tamaño del efecto grande (Wampold e Imel, 2015). En un metaanálisis de 30 meta-análisis, Munder et al. (2013) además de comprobar el efecto de la adherencia de los investigadores en los resultados, estudiaron el efecto de la adherencia al concepto de adherencia en los investigadores de los investigadores (como se ve, hemos aprendido a no fiarnos ni de nuestra sombra) y encontraron que, entre los investigadores no partidarios e incluso contrarios al concepto de adherencia, ésta se mantenía significativamente correlacionada con los resultados (eso sí: un poco menos alta que el resultado que obtenían los adheridos a la influencia de la adherencia)

En resumen, desde los meta-análisis de Smith y colaboradores en 1977 hasta la declaración de la American Psychological Association en 2012 (por poner una fecha arbitraria porque los estudios siguen) con una progresiva afinación de los métodos de investigación hay una enorme evidencia sobre dos asuntos: 1) la psicoterapia es eficaz, incluso muy eficaz, para una variedad de problemas y alteraciones mentales del ser humano y 2) las diferencias entre los diferentes tratamientos derivados de las grandes escuelas (cognitivo-conductual, dinámica, humanista y sistémica) en cuanto a eficacia son, en el mejor de los casos, pequeñas. Si el punto uno provoca el entusiasmo de la profesión, el punto dos incomoda *a todos*. Esta equivalencia de resultados es conocida como *el veredicto del pájaro Dodó*, este pájaro es un personaje de *Alicia en el País de las Maravillas* que juzga el resultado de una carrera diciendo “todos han ganado y todos deben tener premios”. Fue utilizado por primera vez por Rosenzweig (1936) para sugerir que los factores comunes a diferentes terapias eran responsables de la equivalencia de eficacia de los tratamientos entonces existentes y retomado a partir de los hallazgos de los metaanálisis que hemos comentado. Este pájaro tiende a no caer muy bien (he oído a algún colega molesto con la equivalencia de resultados decir que el dodó debía ser muy tonto dado que se extinguió), en todo caso se le coge algo de simpatía cuando te abruma

con la supuesta superioridad de alguna escuela pero en realidad todas las escuelas (en la universidad y en la formación post universitaria) están construidas sobre la idea de superioridad y, desde un punto de vista práctico, venden superioridad (científica, emocional, comprensiva, profunda, adaptativa, positiva, humana, etc.). Ya hemos visto el descomunal número de usuarios de la psicoterapia, lo que se traduce en trabajo directo, ofertas de formación, plazas de profesores, dirección de programas e investigaciones, y demás ámbitos donde la psicoterapia además de desplegarse se cobra.

### **Factores Comunes e Integración**

Afortunadamente, y precisamente a partir de los estudios sobre equivalencia de resultados, que acotaban, como se ha visto, la influencia de lo específico de cada escuela en el éxito terapéutico a tamaños del efecto inferiores a 0.20 (Lambert, 1992; Lambert y Ogles, 2004; Wampold e Imel, 2015; Wampold, et al., 1997), una parte importante de la investigación sobre psicoterapia se ha centrado en determinar cuáles son los factores o ingredientes específicos que determinan el éxito terapéutico y que, dado que diferentes terapias funcionan bien, deben ser comunes a todas ellas. La teoría seminal de los factores comunes es de Jerome Frank (Frank, 1961; Frank, 1973; Frank y Frank, 1991) y aunque después ha habido otros modelos para estudiar los factores comunes (Castonguay, 1993; Garfield, 1995; Golfried, 1980; Orlinsky y Howard, 1986), a él le debemos el primer gran impulso teórico a mirar la psicoterapia desde sus componentes y no desde la explicación que de ella da su escuela. Iremos enseguida con algunos de los resultados de la investigación sobre los factores específicos que influyen en el éxito terapéutico, pero antes vamos con otra de las consecuencias de cuestionar la primacía de las escuelas: el movimiento de integración y el eclecticismo técnico.

La integración es la aspiración a la fusión de varias teorías en una teoría general de la psicoterapia. De momento es eso, una aspiración que tiene en contra problemas teóricos e intereses de escuela. Como curiosidad diremos que este movimiento atrajo en su momento a diferentes personalidades de la terapia en torno a la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration y a su órgano de expresión *Journal of Psychotherapy Integration*, como, por ejemplo, a Aaron Beck. Este autor participó en el primer número de la revista (Beck, 1991) manifestando su apoyo al movimiento, pero dejando claro desde el título que su terapia era la terapia de integración. Qué cansancio, querido Frodo, qué cansancio. Pero no todo es dolor en Mordor, como hemos visto más arriba un porcentaje significativo de terapeutas se adscribe a la integración y una mayoría se declara influido por dos o más escuelas. Una investigación sobre el cambio de creencias en los psicoterapeutas expertos, adjudicando esta condición con más de quince años de experiencia en el campo, señala, entre otras cosas, que con la experiencia decrece la importancia que se le da a la propia escuela de origen y se incrementa la importancia que se da a la personalidad del terapeuta y a la relación terapéutica (Mahoney y Craine,

1991), para ser exactos lo que la investigación sugiere es que así cambian los que cambian, es obvio que hay quien no cambia de creencias.

Por otro lado, encontramos propuestas de prestigio que sin situarse expresamente en la línea de la integración sí que aceptan incorporar elementos de otras escuelas. Un ejemplo de esto es la terapia dialéctico-conductual para el trastorno de personalidad límite de Marsha Lineham (1993/2003). Esta autora define su tratamiento como cognitivo-conductual, pero señala que su modelo dialéctico es compatible con el modelo psicodinámico de conflicto. Da una importancia central a la relación terapéutica para analizar lo que facilita o interfiere en la terapia y señala que este componente de su terapia tiene más que ver con el constructo psicodinámico de transferencia-contratransferencia que con nada procedente de las terapias cognitivo-conductuales. Este tratamiento tiene el más alto nivel de evidencia y grado de recomendación en las guías de práctica clínica. Es decir, que Lineham, además de su potencia intelectual y creativa, de su estilo irreverente e incluso extravagante, como ella misma dice, está integrando lo que sabe de conceptos cognitivos-conductuales y psicodinámicos. No estaría mal que enseñásemos a nuestros alumnos o terapeutas en formación las ventajas de este modo de pensar en la psicoterapia, pero para ello habría que aceptar la ventaja de conocer los grandes modelos de pensamiento psicoterapéutico. Las escuelas están especializadas, por definición, en hablar exclusivamente de su libro y las universidades, con pequeñas excepciones entre universidades y dentro de las universidades, han decidido constituirse en escuelas.

En cuanto al eclecticismo técnico sólo resaltar aquí la letanía de Paul: “Qué tratamiento, realizado por quién, es más efectivo para este individuo con este específico problema y bajo qué tipo de circunstancias” (Paul, 1969) que apunta a algo que ha quedado oscurecido en los estudios clásicos sobre eficacia, en los que se investiga el tratamiento no al terapeuta. Si investigamos el tratamiento de la depresión con el mismo modelo que el tratamiento de la fiebre y aceptando que el tratamiento prescrito sea adecuado en ambos casos se pasa por alto que en el caso de la psicoterapia el tratamiento queda mediatizado mucho más por el terapeuta y la relación que establece con el paciente que por el propio tratamiento en sí. El terapeuta es el tratamiento, lo que hace, lo que sabe, cómo se relaciona con el paciente, cómo le escucha, qué siente sobre lo que pasa en la sesión, qué hace con lo que el paciente siente sobre lo que pasa en la sesión. Iremos enseguida con la investigación que parece probar el aserto anterior.

### ***Investigación Sobre Factores Comunes***

Quizá el más importante de los factores comunes estudiados hasta ahora sea la alianza terapéutica, incluso los más acérrimos defensores de una determinada escuela no niegan su influencia en el resultado del tratamiento, si bien pasan como sobre ascuas sobre los datos que cimentan su influencia. En general, se acepta la propuesta de Bordin (1979, 1994) sobre que el acuerdo en las tareas y objetivos

de la terapia junto con la calidad del vínculo entre paciente y terapeuta conforman la alianza terapéutica. En una revisión meta-analítica de 190 estudios con más de 14.000 pacientes (Horvath et al., 2011) se encuentra un tamaño del efecto de  $d = 0.57$  que es similar en diferentes tipos de tratamiento. Un dato interesante es que la alianza es mejor analizada, cuando hay discrepancia, por el paciente que por el terapeuta, o mejor dicho, es la percepción de la alianza por parte del paciente la que mejor predice el éxito o el fracaso terapéutico.

Un factor común superpuesto a la alianza y también estudiado es el de empatía. Rogers (1980) la define como la sensibilidad y voluntad del terapeuta de entender los pensamientos, sentimientos y luchas del cliente desde su punto de vista. La calidad de la empatía y su percepción por el paciente también ha resultado ser un elemento importante del éxito terapéutico. En una revisión meta-analítica de 57 estudios con 3.599 pacientes el tamaño del efecto fue  $d = 0.63$ , entre la empatía del terapeuta y el éxito de la terapia (Elliott et al., 2011). Los autores encontraron que la empatía predecía el éxito terapéutico consistentemente en diferentes orientaciones teóricas (TCC, humanista), formatos de tratamiento (individual, grupo), y niveles de gravedad en el problema del paciente.

Son muy interesantes las investigaciones que estudian la adaptación de la terapia a características del paciente. Por ejemplo, la adaptación del estilo de terapia al nivel de reactancia del paciente (el rasgo de personalidad que se mueve entre el desafío y el conformismo). Un metaanálisis de 12 estudios con 1.102 pacientes mostró un tamaño del efecto de  $d = 0.76$ , un tamaño del efecto medio si se adecuaba la directividad del terapeuta a la reactancia del paciente (Beutler et al., 2011). En concreto, los pacientes de alta reactancia se benefician más de tratamientos menos estructurados, mientras que los de baja reactancia se benefician más de terapeutas directivos y tratamientos más estructurados. Esta es una línea muy interesante que apela tanto a la flexibilidad del terapeuta como a la de los tratamientos.

Se han estudiado más factores comunes que, en general, tienen más que ver con cómo se relaciona el terapeuta con el paciente a lo largo de la terapia y en qué hace con lo que sabe que exclusivamente con lo que sabe. Algunos de los factores comunes investigados a través de metaanálisis que más influyen en el éxito terapéutico, además de los ya comentados, son el consenso en los objetivos, la visión positiva, la congruencia, la capacidad de reparar rupturas de la alianza y el manejo de la contratransferencia (Norcross, 2011). Mientras que, por otro lado, cuando se ha estudiado la adherencia al protocolo, es decir, realizar la terapia de acuerdo a unas normas e instrucciones precisas para estar seguros de que se está realizando el tratamiento que se dice realizar (la protocolización del tratamiento es una exigencia de determinados diseños de investigación en psicoterapia) en un metaanálisis de 28 estudios con 1.334 pacientes el tamaño del efecto fue  $d = 0.04$  con un peso de menos de 0.1% en el resultado de la terapia (Webb et al., 2010), es decir, que seguir el manual o saltárselo no suponía ninguna ventaja a la hora de determinar el éxito de una terapia.

Hay varias maneras de minimizar estos resultados: 1) No enterarse de que existen, no leer o no atender a nada que no lleve el *nihil obstat* del propio grupo. 2) Leerlo, incluso citarlo, pero seguir compulsivamente acumulando evidencia sobre tratamientos concretos *sin* cruzarlos con los datos de los factores comunes, como divorciados civilizados “tú por tu lado y yo por el mío”. A propósito de esta actitud, los factores comunes que hemos visto forman parte del efecto del terapeuta en la terapia y oscurecer su efecto no sólo elimina un factor importante, sino que sobrevalora los efectos del tratamiento (Wampold e Imel, 2015).

En relación con el efecto del terapeuta en la terapia está la cuestión de la terapia personal de los terapeutas. Es sabido que las diferentes orientaciones han tratado este tema de modo diferente, desde considerarla obligatoria hasta considerarla superflua. Parece, sin embargo, que los terapeutas han llegado a la conclusión, en sintonía con los resultados de investigación que acabamos de presentar, de que es útil y necesaria. En una investigación norteamericana con 727 terapeutas (Bike et al., 2009) cuyas principales orientaciones teóricas eran cognitivos y conductistas (33%) eclécticos e integrativos (24%) y psicodinámicos (16%) habían realizado terapia personal un 84%, es decir, más de 3 de cada 4 terapeutas. Interesante el dato por orientaciones teóricas: los terapeutas de la muestra que se autocaracterizaban con orientaciones dinámicas y humanistas habían hecho terapia personal en más del 90% mientras que los que se autocaracterizaban como terapeutas conductistas y cognitivos lo hacían en torno al 75%, es decir, que, aunque había una cierta correlación con los discursos escolásticos sobre este tema, el hecho es que la gran mayoría de los terapeutas de la muestra hicieron terapia personal. El 92% de los terapeutas consideraron que la terapia personal fue de gran ayuda personal y profesionalmente en línea con otras investigaciones sobre el tema (Deacon et al., 2000; Orlinsky y Ronnestad, 2005; Pope y Tabachnick, 1994).

Más allá de su agotamiento, la inteligente persona lectora que haya llegado hasta aquí habrá observado que los factores comunes que parecen tener un efecto potente en el éxito terapéutico como alianza, empatía, congruencia, contratransferencia apelan a las terapias humanistas y dinámicas más que a otras. Y si esto es así y resulta que como creemos una mayoría, bastante silenciosa, hay una gran inteligencia en *todas* las grandes escuelas de psicoterapia ¿no sería razonable que nuestros estudiantes y terapeutas en formación tuvieran una información razonable de estos datos -no la tienen- e invitarles a que, con el tiempo, se abrieran a más de una escuela? Ay, Frodo, Frodo, no aprendes, siempre serás un pardillo. Acuérdate de todo lo que mueve la psicoterapia, de la frase de Upton Sinclair que encabeza este artículo.

Pero también hay que acordarse de la frase de André Gide, hay que volver a decirlo todo porque si no desapareceremos. En un revelador e instructivo artículo firmado por profesores de universidad de varios países de Europa y Norteamérica clamando contra la monocultura existente en la universidad y reclamando la necesidad de diversidad en psicoterapia (Leichsenring et al., 2018) con argumentos

parecidos a los que se han presentado en este artículo señalan que, por ejemplo, en el Reino Unido el 40,6% de los fondos de investigación van a proyectos sobre terapias cognitivo-conductuales mientras que el monto para investigaciones sobre terapias psicodinámicas es de 1,96% y que en EE.UU. y Alemania los datos son parecidos (David et al., 2018). También señalan que en varios países como Alemania el 99% de los catedráticos son de orientación cognitivo-conductual (hasta donde yo sé, el único catedrático en España de orientación psicoanalítica se acaba de jubilar). Su comentario sobre estos números es que son producto simplemente del uso del poder y que la investigación sobre psicoterapia no los sustenta. En el ámbito universitario, los profesores para obtener “su” plaza deben demostrar, por no entrar en mayores polémicas, tanto su competencia y capacidad como su afinidad con la orientación del Departamento que se ocupa de la enseñanza de la Psicología Clínica. La afinidad como criterio no es en sí mismo nada reprochable, siempre y cuando esta afinidad esté definida por criterios científicos: a nadie sensato le parecería impropio que la Facultad de Geografía rechazase el currículum de un terraplanista. La cuestión es cuando la afinidad no se sostiene por criterios científicos y se hurta a los alumnos no ya la formación sino la mera información sobre muchos de los puntos que he señalado en este artículo.

Vuelvo a decir, siguiendo a Gide, que la inmensa mayoría de las investigaciones que sustentan la eficacia de las terapias no cognitivo-conductuales, la descripción de lo que realmente hacen los terapeutas, la importancia decisiva de los factores comunes y la inteligencia, brillantez y eficacia de conceptos provenientes de las orientaciones dinámicas, humanistas, experienciales o sistémicas han sido realizadas por profesores universitarios en ámbito de sus instituciones. Y, con todo, hay más diversidad en las universidades que en las escuelas, yo mismo, con perdón, soy un ejemplo de ello.

Parecería que criticar el uso del poder de los Montescos es tomar partido por los Capuletos. No es el caso, ya he señalado más arriba que la dejación en temas de investigación de una buena parte del psicoanálisis y las terapias humanistas es vergonzosa, sin paños calientes. Y la investigación lo que hace es ponerles en pie de igualdad con las terapias cognitivo-conductuales en términos de eficacia, lo cual en un primer momento les suena bien pero cuando se les explica el verdadero significado de equivalencia de resultados tuercen el morro: si A y B son equivalentes, significa que A no es superior a B, pero también que B no es superior a A. Los pacientes de las terapias dinámicas y humanistas no se benefician más de sus terapias, hablando en términos generales (recuérdese el tema de la reactancia), que los pacientes de las terapias cognitivos-conductuales. Aquí todos reaccionan como Robyn Dawes ante el metaanálisis de Smith y colaboradores: no puede ser verdad (por lo menos Dawes lo investiga). Igualmente, es agradable oír que la investigación sobre factores comunes valida conceptos como alianza, empatía, congruencia o transferencia, pero ¿cómo integran desde sus teorías conceptos o ideas igualmente validadas como los principios del aprendizaje, la activación conductual o el análisis funcional de

la conducta? Insisto, los resultados de la investigación son incómodos para todos.

De hecho, el discurso de algunos de este campo está conformado sobre la superioridad sobre los demás. Por ejemplo, Alain Miller (2001), el vicario de Lacan en la tierra asume la idea de que a lo máximo que puede aspirar la psicoterapia (aquí, remedando en una curiosa simetría con el “enemigo” las generalizaciones despectivas de Eysenck, la psicoterapia incluye desde el psicoanálisis “light” hasta la modificación de conducta pasando por la gimnasia) es a la colusión con el “discurso del amo” y reservando a su psicoanálisis la posibilidad de liberación, nada menos. Es una posición extrema pero no inusual, basada en las creencias y los sesgos de confirmación alimentados por el aislamiento. La voluntad de integrarse en el campo de las pruebas existe (Ávila et al., 2004; Cain et al., 2016; Fonagy, 2002) pero el recelo y el solipsismo aristocrático también. Es cierto que en el pecado lleva la penitencia y, a pesar de las buenas prácticas de una parte de estos grupos, de hecho, están fuera de los círculos de poder de la psicoterapia. De este modo, pueden ser maltratados como, por ejemplo, con el tema de la pseudoterapias. En 2019 los Ministerios de Salud y de Ciencia realizaron una campaña contra las pseudoterapias (Ministerio de Ciencia e Innovación y Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social, 2021). Algunas de las supuestas terapias eran cosas tales como los cuencos tibetanos, los ángeles de Atlantis o las técnicas fosfénicas. Se le encarga la búsqueda de estudios de calidad al Instituto de Salud Carlos III y éste aporta una lista de terapias sin soporte empírico y por lo tanto pseudoterapias. Pues en esta lista, además de los delirios que acabo de nombrar están el Análisis Transaccional, la Terapia Focalizada en la Emoción, la Gestalt y el Yoga. Dolor y crujir de dientes en las mazmorras de Mordor entre los profesionales que aplican estas técnicas. ¿Cómo se ha llegado a esta conclusión? El estudio del Carlos III consiste en hacer una búsqueda en la base de datos Pubmed que recoge estudios médicos. ¿Ya han pillado el truco? Efectivamente, busquemos la influencia de Eric Clapton en la música moderna buscando en una base de datos de música clásica. Resultado: Eric Clapton es un pelagatos desconocido. Dado que el Análisis Transaccional, una teoría menor, pero con sus puntos de interés, fue uno de mis primeros amores, me ocupé del tema. En una búsqueda utilizando la ecuación de búsqueda adecuada aparecen 60 artículos científicos de investigaciones aleatorizadas, controladas e incluso metaanálisis sobre la eficacia del Análisis Transaccional como terapia en temas que van desde la depresión posparto, la terapia de pareja, las conductas agresivas o los trastornos de personalidad, entre otros, con investigaciones llevadas a cabo y publicadas en revistas científicas desde Estados Unidos a Japón. Esto me llevó menos de media hora, ¿quién diseño el estudio en el Carlos III? ¿el becario? Seguro que no, el becario estaría mejor formado. Esto es una prueba de la falta de respeto que produce la falta de poder (y viceversa). A día de hoy, en la web de la Organización Médica Colegial de España (OMC) (2021) hay un autodenominado Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias que señala, entre otras, al EMDR, la Gestalt y al Mindfulness como sospechosos,

además, de alusiones despectivas al psicoanálisis. Ya hemos visto que nada de lo que afecta a las psicoterapias es ajeno al interés, al beneficio y al poder, y este tipo de actuaciones amenazan no sólo el prestigio sino la simple supervivencia. Los terapeutas y estudiosos de las terapias no cognitivo-conductuales deberían tomarse muy en serio luchar por su lugar al sol, tienen argumentos y es necesario hacerlo. No sé si todos lo entienden.

## Conclusión

Unas cuantas ideas a modo de recomendaciones que pueden resumir lo que aquí se ha expuesto:

-Fórmese en una de las grandes escuelas de psicoterapia y, en cuanto pueda, como un número significativo de nuestros colegas, abrase a otra. Y a otra.

-Todas las grandes orientaciones de terapia tienen algo importante que decir. La cantidad de inteligencia que recorre nuestro campo, desde Freud o Skinner hasta Fonagy, pasando por Jung, Horney, Bowlby, Rogers, Frankl, Beck, Kelly o Selvini entre tantos otros, es impresionante. No deje de leer. Si no le convencerán de que el inconsciente es una aportación de las terapias de cuarta generación (ya van preparando el terreno).

-Este orgulloso de su profesión, es eficaz y es importante.

-Haga terapia personal.

-Esté al tanto de la investigación, de toda la que pueda, no solo la que apoya a sus creencias. Aprenda a leerla críticamente, si no la leerán por usted.

-Si usted es psicoanalista o humanista y alguna vez se encuentra con un investigador de sus terapias, invítele a una cerveza y escuche pacientemente sus historias, le debe más de lo que cree.

-Como terapeuta tenga siempre engrasadas las pistolas y mire a los dos lados antes de cruzar la calle. La vida en Mordor es peligrosa y nadie le va a regalar nada.

## Referencias

- American Psychological Association (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness [Reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia]* [Resumen de política]. APA. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Ávila Espada, A., Mitjavila, M. y Gutiérrez, G. (2004). La investigación en psicoterapia psicoanalítica. En A. Ávila, B. Rojí y L. A. Saúl (Coor.), *Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos* (pp. 545-590). UNED.
- Bannister, D. (1989). La psicología como ejercicio de la paradoja. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27(8), 142-147.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy [La terapia cognitiva como terapia integradora]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 191-198. <https://doi.org/10.1037/h0101233>
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes [La evaluación de los resultados terapéuticos]. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217-270). Wiley.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X. y Holman, J. (2011). Resistance / reactance level [Nivel de resistencia / reactancia]. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 133-142. <http://doi.org/10.1002/jclp.20753>

- Bike, D. H., Norcross, J. C. y Schatz, D. M. (2009). Process and outcomes of psychotherapist' personal therapy: replication and extension 20 years later [Procesos y resultados de la terapia personal del psicoterapeuta: replicación y extensión 20 años después]. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 19-31. <http://doi.org/10.1037/a0015139>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working Alliance [La generalización del concepto psicoanalítico de alianza de trabajo]. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <http://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working Alliance: New directions [Teoría e investigación sobre la alianza de trabajo terapéutico: nuevas direcciones]. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working Alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). Wiley.
- Cain, D. J., Keenan, K. y Rubin, S. (2016). *Humanistic Psychotherapies. Handbook of research and practice* (2ª ed.) [Psicoterapias Humanísticas. Manual de investigación y práctica]. APA. <https://doi.org/10.1037/14775-000>
- Castonguay, L. G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research ["Factores comunes" y "variables inespecíficas": aclaración de los dos conceptos y recomendaciones para la investigación]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(3), 267-286. <https://doi.org/10.1037/h0101171>
- David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy [Por qué la terapia cognitivo-conductual es el estándar de oro actual de psicoterapia]. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4). <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Dawes, R. (1994). *House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built in Myth* [House of Cards: psicología y psicoterapia construidas en el mito]. Free Press.
- Deacon, S. A., Kirkpatrick, D. R., Wetchler, J. L. y Niedner, D. (2000). Marriage and family therapists' problems and utilization of personal therapy [Problemas de los terapeutas matrimoniales y familiares y utilización de terapia personal]. *American Journal of Family Therapy*, 27(1), 73-93. <https://doi.org/10.1080/019261899262113>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy [Empatía]. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <http://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. y Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies [Investigación sobre psicoterapias humanistas-vivenciales]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 495-538). Wiley.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation [Los efectos de la psicoterapia: una evaluación]. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Eysenck, H. J. (1961). The effects of psychotherapy [Los efectos de la psicoterapia]. En H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology: an experimental approach* (pp. 697-725). Basic Books.
- Eysenck, H. J. (1966). *The effects of psychotherapy* [Los efectos de la psicoterapia]. International Science Press.
- Fonagy, P. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (2ª ed.) [Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis]. IPA-Research Committee of the I.P.A.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* [Persuasión y sanación: un estudio comparativo de la psicoterapia]. Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* [Persuasión y sanación: un estudio comparativo de la psicoterapia] (Edición Revisada). Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3ª ed.) [Persuasión y sanación: un estudio comparativo de la psicoterapia]. Johns Hopkins University Press.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach* [Psicoterapia: un enfoque ecléctico-integrador]. Wiley.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles [Hacia la delimitación de los principios del cambio terapéutico]. *American Psychologist*, 35(11), 991-999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy [Alianza en psicoterapia individual]. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2ª ed., pp. 25-69). Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Europea de salud 2020. Visitas al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra* [Conjunto de Datos]. Ministerio de asuntos económicos y transformación digital.
- Jung, C. J. (2013). *Tipos Psicológicos*. Trotta (Trabajo original publicado en 1921).
- Laing, R. D. (1967). *La política de la experiencia*. Crítica.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapist [Investigación de resultados de psicoterapia: implicaciones para el terapeuta integrador y ecléctico]. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Basic Books.

- Lambert, M. J., Fidalgo, L. G. y Greaves, M. R. (2016). Effective humanistic psychotherapy processes and their outcomes [Procesos efectivos de psicoterapia humanista y sus resultados]. En D. J. Cain, K. Keenan y S. Rubin (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of research and practice* (2ª ed., pp. 49-79). APA. <https://doi.org/10.1037/14775-003>
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy [La eficacia y la efectividad en psicoterapia]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed.; pp. 139-193). Wiley.
- Landman, J. T. y Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny [Resultado de la psicoterapia: las conclusiones de Smith y Glass se mantienen bajo escrutinio]. *American Psychologist*, 37(5), 504-516. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.37.5.504>
- Leichsenring, F., Abbas, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S. y Steinert, C. (2018). "Gold Standards," Plurality and monocultures: the need for diversity in psychotherapy ["Gold Standards", pluralidad y monoculturas: la necesidad de la diversidad en psicoterapia]. *Frontiers in Psychiatry*, 9(159), 1-7. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00159>
- Lineham, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós (Trabajo original publicado en 1993).
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: It is true that "everyone has won and all must have prizes?" [Estudios comparativos de psicoterapias: ¿Es cierto que "todos han ganado y todos deben tener premios?"]. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Mahoney, M. J. y Craine, M. H. (1991). The changing beliefs of psychotherapy experts [Las creencias cambiantes de los expertos en psicoterapia]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 207-221. <https://doi.org/10.1037/h0101231>
- Martorell, J. L. (1996). 30 años de integración en psicoterapia. La familia de las terapias y la terapia de familia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 31, 9-14.
- Martorell, J. L. (2004). Psicología, psicoanálisis y terapia familiar ¿Qué puede integrarlas? El movimiento de integración en psicoterapia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 56-57, 51-52.
- Martorell, J. L. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y Conceptos Básicos* (2ª ed.). Pirámide.
- Martorell, J. L. (2017). Los debates sobre la psicoterapia: cucos, dodós y otros pájaros. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 7(2), 3-9.
- Martorell, J. L. (14 de febrero, 2019). *Pseudodebates y pseudoterapias. La validación empírica de las Psicoterapias Humanistas* [Conferencia]. VI Jornadas de Psicoterapia Humanista, Madrid, España. <http://doi.org/10.13140/rg.2.2.30659.25123>
- Meltzoff, J. y Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy [Investigación en psicoterapia]*. Adline.
- Miller, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana*, 32, 7-42.
- Ministerio de Ciencia e Innovación y Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social (2021). *Pseudoterapias*. <https://www.conprueba.es/node/122>
- Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H. y Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome: An overview of reviews [La lealtad del investigador en el resultado de la psicoterapia: una descripción general de las revisiones]. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 501-511. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002>
- National Health Services. (2021). *1.4 million people referred to NHS mental health therapy in the past year (2017) [1,4 millones de personas remitidas a la terapia de salud mental del NHS en el último año (2017)]*. NHS Inglaterra. <https://www.england.nhs.uk/2017/12/1-4-million-people-referred-to-nhs-mental-health-therapy-in-the-past-year/>
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* [Relaciones de psicoterapia que funcionan: capacidad de respuesta basada en la evidencia]. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Karpiak, C. P. (2012). Clinical psychologists in the 2010s: 50 years of the APA division of clinical psychology [Psicólogos clínicos en la década de 2010: 50 años de la división de psicología clínica de la APA]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2012.01269.x>
- Organización Médica Colegial de España (2021). *Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias*. <https://www.cgcom.es/observatorio-omc-contra-las-pseudociencias-intrusismo-y-sectas-sanitarias>
- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy [Proceso y resultado en psicoterapia]. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed., pp. 311-381). Wiley.

- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Ronnestad, M. H. y Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapists' own psychotherapy: A research review [Resultados e impactos de la psicoterapia propia de los psicoterapeutas: una revisión de la investigación]. En J. D. Geller, J. C. Norcross y D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapists own psychotherapy* (pp. 214-230). Oxford University Press.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics [Investigación sobre modificación de la conducta: diseño y tácticas]. En C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29-62). McGraw-Hill.
- Pope, K. S. y Tabachnick, B. G. (1994). Therapist as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems and beliefs [El terapeuta como paciente: una encuesta nacional de experiencias, problemas y creencias de los psicólogos]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy* (Vol. 15) [Los efectos de la psicoterapia]. Pergamon.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being* [Una manera de ser]. Houghton Mifflin.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said: 'Everybody has won and all must have prizes'" [Algunos factores comunes implícitos en diversos métodos de psicoterapia: "Por fin el Dodo dijo: 'Todos han ganado y todos deben tener premios'"]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies [Metanálisis de estudios de resultados de psicoterapia]. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy* [Los beneficios de la psicoterapia]. The John Hopkins University Press.
- Terlizzi, E. P. y Zablotzky, B. (2020). Mental health treatment among adults: United States, 2019 [Tratamiento de salud mental en adultos: Estados Unidos, 2019]. *NCHS Data Brief*, 380, 1-8.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings* [El gran debate de la psicoterapia: modelo, métodos y hallazgos]. Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate* (2ª ed.) [El gran debate de la psicoterapia]. Routledge.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". [Un metaanálisis de estudios de resultados que comparan psicoterapias genuinas: Empíricamente, "Todos deben tener premios"] *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review [Adherencia/competencia del terapeuta y resultado del tratamiento: una revisión metaanalítica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. <http://doi.org/10.1003/1089-1891.2010.018912>



Programa Modular Virtual de Posgrado  
Formación Continua  
**Intervención  
Psicoterapéutica**  
Curso 2021-2022 (18ª Edición)  
[www.intervencion-psicoterapeutica.com](http://www.intervencion-psicoterapeutica.com)

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

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

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

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

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

**Matrículas del 7 de Septiembre al 30 de Noviembre de 2021**

### MÁS INFORMACIÓN



Fundación General de la UNED

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

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

**EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

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



Fundación UNED

# DOS GENERACIONES EN BUSCA DE PSICOTERAPIA

## TWO GENERATIONS IN SEARCH OF PSYCHOTHERAPY

Ana Gimeno-Bayón<sup>1</sup>, Ramón Rosal<sup>2</sup>, Patricia Pasquín<sup>3</sup> y Aleix Moreno<sup>4</sup>

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista. Barcelona, España

<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9479-6721>

<sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8378-2682>

<sup>3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1050-3782>

<sup>4</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2664-3760>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno-Bayón, A., Rosal, R., Pasquín, P. y Moreno, A. (2021). Dos generaciones en busca de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 35-53. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.856>

### Resumen

*Los profesionales que llevan muchos años ejerciendo la psicoterapia, han podido ir comprobando cómo se iban produciendo cambios globales en el conjunto de las personas que solicitan iniciar una psicoterapia. Tales cambios afectan a la demanda terapéutica y a las características de las personas que a ella acuden. En el artículo se aborda la comparación entre dos generaciones, y de los solicitantes anteriores y posteriores al confinamiento pandémico, con la finalidad de comprender esos cambios y suscitar reflexiones para adaptar el propio modelo y estilo de trabajo a ellos. El trabajo se ha realizado a través de la comparación de las respuestas al cuestionario que rellena la persona que solicita terapia en un centro sanitario privado (en concreto el Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista de Barcelona). Para dicha comparación, se han tomado respuestas de 70 personas solicitantes de terapia en el último año y las de otras 70 personas que lo solicitaron 29 años antes, e igualmente de 35 personas que la solicitaron inmediatamente después de acabar el confinamiento.*

*Palabras clave: cambio generacional, pandemia, demanda terapéutica, somatización, sufrimiento.*

### Abstract

*Professionals who have been practicing psychotherapy for many years have been able to see how global changes were taking place in all the people who request to start psychotherapy. Such changes affect the therapeutic demand and the characteristics of the people who come to it. The article deals with the comparison between two generations, and of the applicants before and after the pandemic confinement, in order to understand these changes and provoke reflections to adapt the own model and work style to them. The work has been carried out by comparing the responses to the questionnaire filled out by the person requesting therapy in a private health center (specifically the Erich Fromm Institute of Integrative Humanist Psychotherapy of Barcelona). For this comparison, responses have been taken from 70 people requesting therapy in the last year and those from another 70 people who requested it 29 years before, and also from 35 people who requested it immediately after ending the confinement.*

*Keywords: generational change, pandemic, therapeutic demand, somatization, suffering.*

Fecha de recepción: 3 de mayo de 2021. Fecha de aceptación: 24 de mayo de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [info@institutoerichfromm.es](mailto:info@institutoerichfromm.es)

Dirección postal: Ana Gimeno-Bayón. c. Madrazo 113, entresuelo. 2ª. 08021 Barcelona. España

© 2021 Revista de Psicoterapia



El presente artículo va destinado a describir unos hechos y suscitar la reflexión a partir de los mismos. Va dirigido a los psicoterapeutas, con la aspiración de compartir datos e inquietudes acerca de la adaptación de cada uno de los modelos en los que apoyan su práctica a una evolución histórico social, que desliza el perfil global de los pacientes hacia uno distinto del que tenían cuando se creó el modelo.

El lugar donde se ha realizado el estudio es un centro sanitario de Barcelona (el *Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista*). Se trata de una institución privada. El modelo de Psicoterapia Integradora Humanista creado en el instituto en el que se realiza el estudio que sigue (Gimeno-Bayón y Rosal, 2016, 2017), se fue forjando a lo largo de los años ochenta del pasado siglo, e incorporaba novedades respecto a los primeros modelos humanistas que permitieran afrontar los cambios, consciente de la necesidad de continua reinención para acoger las realidades de los nuevos pacientes.

Los datos se extraen del llamado Cuestionario Básico que rellenan en el momento de la solicitud (salvo excepciones en que no se vea recomendable), cuyo sentido y análisis recogen Rosal y Gimeno-Bayón (2018). Se omiten, por limitación de espacio, los relativos a aspiraciones, necesidades, cosmovisión y estructura de la personalidad.

Se describirá la comparación en relación con los cambios entre los solicitantes de psicoterapia de dos generaciones, distantes entre sí en 29 años: se trata de 70 solicitantes de terapia en los años 1991-1992 (momento en que se empezó a utilizar con el formato actual el instrumento que se analiza) y 70 del último curso, 2020-2021. A efectos de este escrito, se les llamará primera y segunda generación.

Los primeros pertenecen a la generación que algunos autores denominan “Generación Baby Boomers”. Actualmente están en sus 50, 60 y hasta 70 años de edad y son definidos por autores como (Roberts y Manolis, 2000; O’bannon, 2001; Smola y Sutton, 2002) como aquellos nacidos entre 1946 y 1964 (Díaz-Sarmiento et al., 2017, p. 195).

Los segundos pertenecen a la generación de los llamados “Millennials”, o “Generación Y”

crecieron en una cultura de niños protegidos y queridos (Zemke et al., 2013); caracterizados por el uso de la tecnología como parte integral de su estilo de vida. Su afinidad por el mundo digital es uno de los aspectos más destacables de este grupo (PWC, 2011). Han crecido con el internet, los teléfonos inteligentes, acelerados avances tecnológicos, las redes sociales y, con estas, la información al instante. Para ellos la tecnología no es sorprendente, es una obviedad. De acuerdo con esta firma consultora esta es la primera generación que entra al mercado laboral con mayor y mejor conocimiento de las herramientas de negocios que sus superiores. (Díaz-Sarmiento et al., 2017, p. 198)

A estas consideraciones hay que añadir la peculiar situación que vivía la sociedad española de la primera generación. Había vivido su adolescencia y juventud

en el tardofranquismo, e iniciaba su madurez con la transición política. En 1991 se encontraba en una sociedad en transición, desde los modelos de pensamiento y de vida únicos, claros y rígidos, hacia el pensamiento débil, la fragmentación en los modelos o la ausencia de mismos. La tensión entre conservar lo que se tiene y la exploración de nuevos caminos marca el ambiente que respira este colectivo.

La segunda generación -marcada por las sucesivas crisis económicas- siendo la generación más preparada profesionalmente, es la que sufre una mayor precariedad e inestabilidad profesional y laboral.

Dado que la pandemia ha sido un punto de inflexión relevante, un último apartado se destina a comparar los 35 últimos solicitantes de terapia anteriores a la pandemia, y los 35 inmediatamente posteriores a la salida del confinamiento.

### La Muestra de Comparación Generacional

#### Datos de los Participantes

En términos de edad, las dos generaciones son notablemente parecidas: la primera tiene como media de edad 33,7 años y la segunda 33,3. En ambas, la inmensa mayoría -más del 80%- se encuentra comprendida entre los 20 y los 45 años. Las personas que se denominan en este escrito “primera generación” tienen pues, en la actualidad, una media de 62 años y de 33 la segunda.

En ambas hay un claro predominio de las mujeres sobre los hombres. En la primera generación estas constituyen el 66% (frente al 34% de hombres) y en la segunda el 73% (frente al 27% masculino).

En términos de estado civil y convivencia, los resultados los recogen las tablas 1 y 2.

Tabla 1  
*Estado Civil*

	1ª generación	2ª generación
casados	31	11
solteros	20	31
separados	11	4
pareja estable	8	24

Tabla 2  
*Situación de Convivencia*

	1ª generación	2ª generación
pareja e hijos	24	3
solos	13	6
pareja	12	20
progenitor/es	12	12
hijos	5	8
comp. piso	3	14
otros		7

Al acudir a solicitar psicoterapia, más de un 40% ha recibido tratamiento farmacológico o psicoterapéutico con anterioridad (42% en la primera generación y 43% en la segunda).

### **Reflexiones a Propósito de la Muestra**

Antes de pasar a otras cuestiones, convendría preguntarse por qué, a pesar de haber cambiado tanto los roles y estereotipos del hombre y la mujer en pro de una mayor igualdad y flexibilidad, hay muchas más mujeres que hombres que solicitan terapia. Es más: mientras en la primera generación son aproximadamente el doble, en la segunda son el triple. ¿Por qué? ¿Acaso las mujeres tienen más problemas psicológicos que los hombres? ¿Son más conscientes de los mismos? ¿Acaso los varones tienen más dificultades para reconocer sus límites y pedir ayuda? ¿Intentan solucionar los problemas psicológicos por otros medios distintos a la psicoterapia y a la psiquiatría (en la consulta psiquiátrica también son muchas más las mujeres)? ¿Les asusta la introspección? Son preguntas para las que seguramente no hay respuesta pero que pueden ser motivo de reflexión. Eso sí, acaso en la segunda generación, se pueda hipotetizar el crecimiento en la solicitud por parte de las mujeres por su mayor independencia económica y vincular, ya que no tienen que dar explicaciones al marido de por qué acuden a psicoterapia y en qué se gastan su dinero.

En relación con la edad de los solicitantes (se trata de un centro especializado en psicoterapia de adultos): ¿por qué es tan escasa la representación de mayores de cuarenta años a la hora de solicitar psicoterapia? ¿Qué características psicológicas tienen estas personas que las diferencian claramente de quienes están en la veintena o treintena? ¿Tienen menos problemas psicológicos porque han superado la crisis de la mediana edad y han logrado una mayor estabilidad emocional y vital? ¿Los tienen, pero no confían en que la psicoterapia pueda ayudar a resolverlos? ¿Los tienen, pero conviven con ellos más pacíficamente que los de edades inferiores? ¿Esperan menos de sí mismos y de la vida?

Otro punto relevante es la frecuencia de la terapia: mientras la primera generación acudía semanalmente -salvo raras excepciones- la segunda acude en su inmensa mayoría quincenalmente. La casi totalidad de la muestra se encuentra en la franja económica de la clase media y el acudir a psicoterapia semanal representa un esfuerzo mayor para la segunda generación. Bien es verdad que en la primera generación una parte de los solicitantes soslayaba el problema económico realizando psicoterapia grupal, que ha disminuido notablemente en las últimas décadas, aunque aumenta esta modalidad en los centros sanitarios públicos.

Quienes ejercen la psicoterapia conocen la diferencia de eficacia entre la modalidad semanal o quincenal: el mayor tiempo que destina el paciente a narrar hechos ocurridos, la necesidad de retomar la focalización y energización, el enlentecimiento del cambio, etc. Este hecho parece estar reclamando que se proponga como habitual en estos casos -y consensuado desde el inicio- la realización de algún tipo de tarea entre sesión y sesión, estipulada para mantener encendida

la atención y motivación hacia el proceso, profundizar en lo vivido y adelantar material terapéutico para la siguiente sesión.

Esta mayor dificultad económica en la segunda generación también se traduce en que hay un 30% con pareja estable que no conviven con ella, sino con el/los padres o compañeros de piso, por las dificultades de obtención de una vivienda. Ello repercutirá necesariamente en la experiencia de su vida de pareja porque, en esos casos, junto con la disminución de la cercanía vincular, cambia la tipología de los problemas de pareja. Como señala Lazarus (2002), la diferencia entre amistad y relación de pareja es que en la primera se comparten ratos íntimos, y en la segunda se comparte la intimidad (¿quién baja la bolsa de la basura? ¿quién “hace” el baño o la compra?)

De los 39 con pareja estable de la primera generación, el 80% están casados. En la segunda, solo un 30% de ellos. Hay, pues, una clara disminución de la institucionalización de la unión afectiva (y, en consecuencia, de las separaciones/divorcios) y un incremento de la soltería, que pueden interpretarse como recelo o desánimo respecto a vincularse establemente.

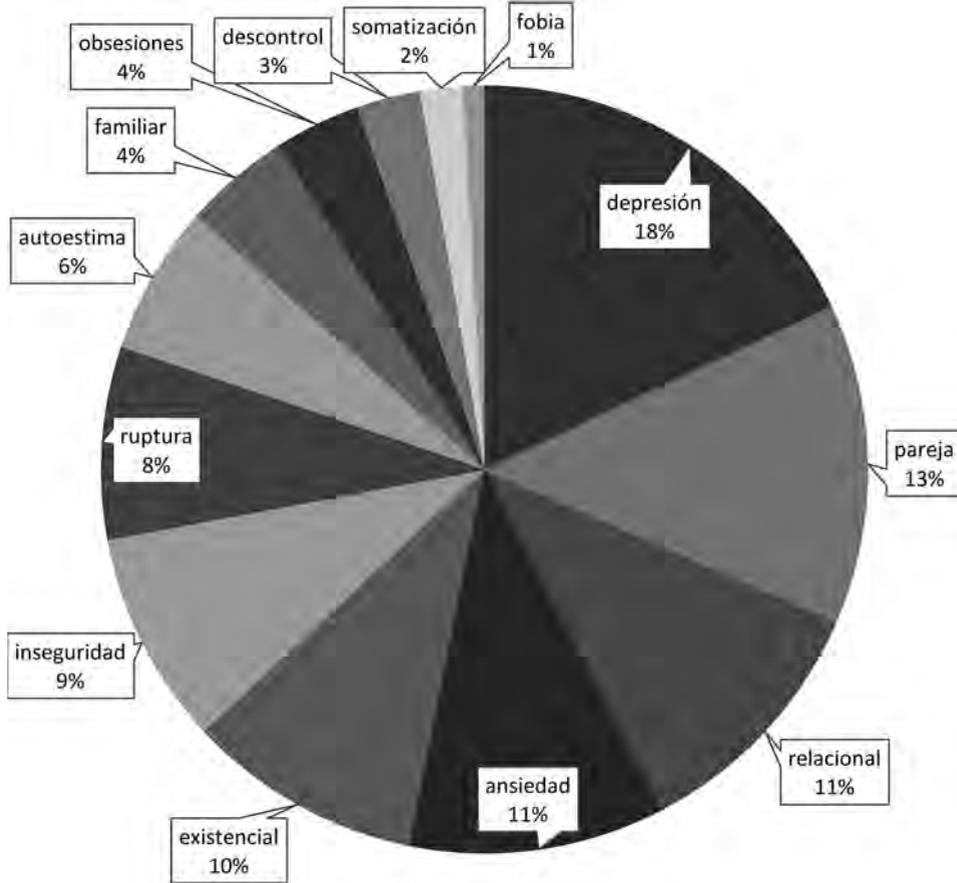
Si sumamos los que tienen hijos, vemos la clara disminución de estos en la segunda generación. Con independencia de si ello obedece solo a causas económicas, el hecho es que la paternidad/maternidad era un importante proyecto vital para las generaciones anteriores. Esta disminución o retardo seguramente habla de una variación en la búsqueda de sentido existencial para muchas parejas. González Hincapié y López López (2021), sostienen que el aplazamiento en la llegada del primer hijo no está provocado solo por la temática económica, sino por un cambio de valores: se intenta –por parte de las mujeres- apurar los últimos sorbos de libertad de movimientos, asociados a la ausencia de hijos, y a la potenciación del valor de autorrealización, entendido en forma más individual que en otras generaciones.

### **Los Problemas Principales que Describen en la Demanda**

#### **Los Datos sobre los Problemas Principales**

El primer apartado del cuestionario hace referencia a los principales problemas que llevan a pedir ayuda terapéutica. Los resultados fueron, para la primera generación, los que recoge la figura 1.

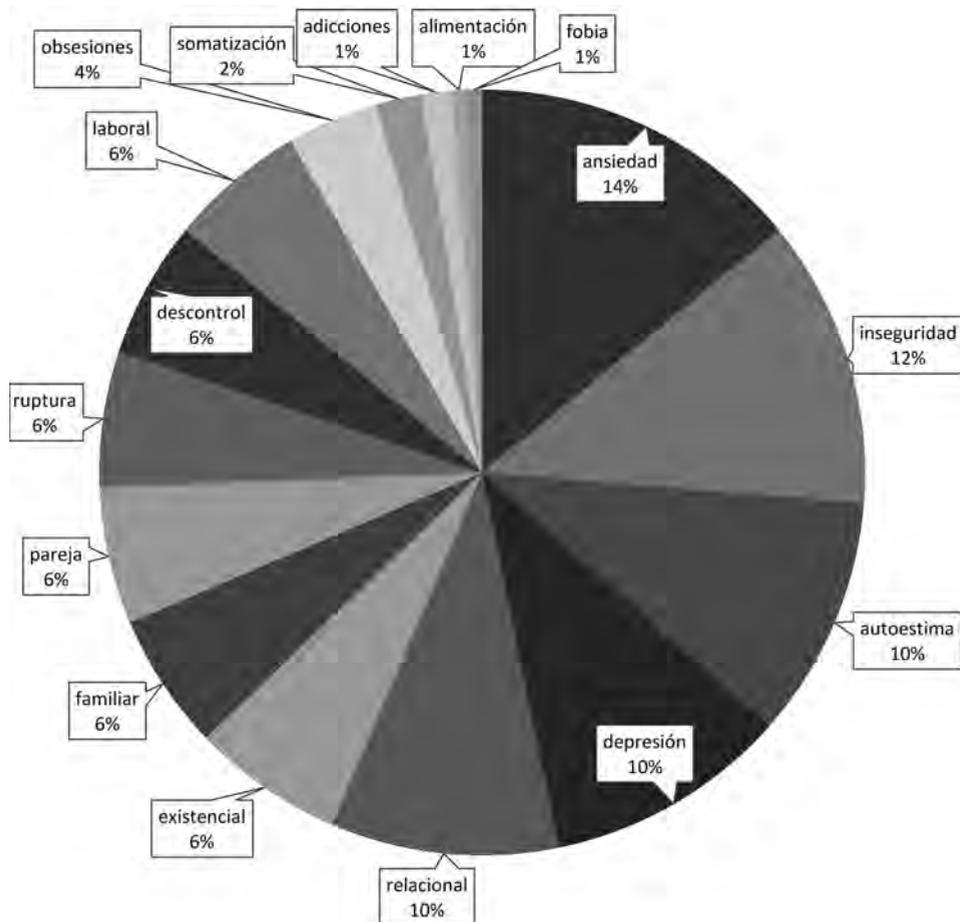
Figura 1

*Problemas Objeto de Demanda en la Primera Generación*

Para la segunda generación, los resultados están recogidos en la figura 2.

Figura 2

*Problemas Objeto de Demanda en la Segunda Generación*



Se observa en la segunda generación el desplazamiento de la depresión del primer al cuarto lugar; de la demanda por problemas de pareja, del segundo al octavo; y el ascenso a primer y segundo lugar de los problemas de ansiedad e inseguridad. Otro dato a tener en cuenta: la aparición de demandas por temas laborales que llevan a un 6% de personas a solicitar ayuda terapéutica. El descontrol emocional, aunque tiene un pequeño porcentaje, se ha duplicado. Los problemas de adicciones y alimentación son colaterales a otras demandas, ya que en el Instituto se les deriva a equipos especializados.

## Reflexión a Propósito de los Problemas Principales

La prioridad de la depresión en la primera generación denota que esta, procedente de una educación más introyectora, con unas reglas claras y rígidas, y vinculada a la autopunición por no cumplir las expectativas de las mismas, deja paso a una sociedad en que las reglas se difuminan, la revolución digital y sus *fake news*, que –asociadas a la infoxicación– hacen imposible distinguir lo cierto de lo falso, y origina una dificultad de encontrar algo sólido en lo que apoyar el pie, cosa que no puede dejar de repercutir en la salud mental. Es la “modernidad líquida” de Bauman en la que “el destino de la labor de construcción individual está endémica e irremediamente indefinido, no dado de antemano” (Bauman, 2004, p. 13). Modernidad líquida a la que el construccionismo social de Gergen vuelve gaseosa, como relatan algunos estudios sobre la construcción de identidad a partir de las redes sociales. Sirva como ejemplo el trabajo de Cárdenas Hernández et al. (2020).

El segundo problema en importancia, para la primera generación, era el de la pareja. En 1992 nos encontramos con una mayoría mujeres en el inicio de la treintena, casadas y con hijos, que habían vivido importantes cambios: hasta 1978 estaba prohibido vender anticonceptivos; en 1981 se había aprobado la ley del divorcio, y los primeros se produjeron de forma escasa y bajo el temor de sufrir el rechazo social. Cuando esta generación acude a terapia, ya se están normalizando. Muchas mujeres, en aquellos momentos, se lanzaron a realizar oposiciones al funcionariado más próximo a su currículo académico, como sustitución de la seguridad que daba un matrimonio estable (en el que la aportación dineraria corría en su mayor parte a cargo del marido). El temor y las dudas ante la posible separación de matrimonios que se encontraban en lo que Lederer y Jackson (1968) denominaron “fase insatisfactoria estable” llevaron a muchas de ellas a buscar ayuda psicoterapéutica para solventar los problemas conyugales o afrontar un posible divorcio para solucionar un vínculo agotado y/o destructivo. Los problemas crónicos en la pareja pueden estar relacionados con la depresión. Como señala Cidoncha:

En cuanto a la depresión, se ha visto como el conflicto en la pareja crónico puede contribuir a la aparición de síntomas depresivos con el paso del tiempo (Kouros et al., 2008). En un metaanálisis Whisman (2001) encontraron una asociación entre relación conflictiva con la pareja y síntomas depresivos. Así como apuntan Kessler et al., (1995); Latorre et al. (2006); Rueda et al., (2008) la depresión se ha relacionado con problemas familiares, especialmente con problemas de pareja. (Cidoncha, 2017, p. 13)

Diferente es la posición de las mujeres de la segunda generación. El compromiso vincular no aparece como algo permanente, sino condicionado a la calidad de la relación de pareja. La inseguridad se instaura en la misma intimidad. Si a ello le agregamos las crisis económicas que dejan en suspenso tantas veces la estabilidad laboral, se entienden bien los principales motivos de demanda.

En la segunda generación, resulta llamativa la demanda en relación con la falta de autoestima por parte de una generación en la que el sistema educativo –tanto por

parte de los padres como por parte de la escuela- parece haberse esmerado en no generar sentimientos de inferioridad (suprimiendo jerarquías meritocráticas en las clases, integrando nuevos sistemas en los que la iniciativa del niño es valorada, etc.). Eso sí, en los últimos años, con la multiplicación de redes sociales, los resultados sobre la autoestima son ambiguos. Mientras el metaanálisis de Fernández Alcaraz y Quiles Marcos señalan que el uso de redes sociales se asocia al incremento de autoestima al obtener un gran número de “likes” (Fernández Alcaraz y Quiles Marcos, 2018, p. 386), otros estudios, como el de la Universidad de Córdoba (Aparicio-Martínez et al., 2017), señalan el riesgo que tienen, en especial para las mujeres, por ofrecer un estereotipo corporal (en especial redes centradas en las imágenes, como *Instagram*, *Youtube*, *Twitter* y *Facebook*) al que pocas pueden llegar. Este estudio concluía que la autoestima bajaba en relación al tiempo de conexión y exposición a redes sociales de este tipo, en especial entre las mujeres.

Los diferentes tipos de problemas principales para las dos generaciones requieren de actitudes terapéuticas distintas, a la hora de establecer el vínculo. Una no directividad muy acusada podía resultar muy relajante para la primera generación (con una configuración interna más consistente), mientras puede ser ansiógena para la segunda generación, demandante de pautas fiables para sustentar una estructura interna más endeble. Igualmente, los trabajos catárticos pueden ser desaconsejables en mayoría de casos. A la vez, y en aras al respeto hacia el paciente, quizá ahora una de las tareas relevantes del terapeuta sea ayudarle a encontrar unos valores propios que le sirvan de armazón consistente frente a la desorientación (y a veces caos) ambiental. No hay demasiados modelos de psicoterapia que incluyan entre sus estrategias terapéuticas el trabajo con valores objetivos. El esfuerzo del modelo empleado en el instituto en el que se realiza el estudio para dilucidarlos e integrarlos (Rosal, 2003 y 2012; Rosal y Gimeno-Bayón, 2010) permite la creación, desde la intimidad de la persona, de algo sólido en lo que apoyarse.

## La Salud Física de los Solicitantes

### Los Datos sobre Síntomas Somáticos

En ambas generaciones se observa una muy alta cantidad de síntomas somáticos. De una lista de 26 síntomas se describe un promedio de 7,5 en la primera generación y de 9 en la segunda, es decir un aumento de un 20%.

El primer lugar lo ocupa, en ambas generaciones, la fatiga. Eso sí, con un incremento de la puntuación en la segunda generación (51) respecto a la primera (43). El segundo lugar en puntuación lo ocupa la agitación en la segunda generación (44), que ya en la primera ocupaba un quinto lugar (30). Otros de los síntomas somáticos relevantes en ambas generaciones son los problemas digestivos, que puntúan 35 en la primera generación y 41 en la segunda.

Las manos húmedas y frías –síntoma asociado habitualmente a la ansiedad y el

estrés- en la segunda generación puntúa 19, mientras en la primera puntúa un 50% más (28). En cambio, son superiores en la segunda generación: las palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (un 50% superiores, 40 frente a 27), la agitación y el insomnio (40 frente a 32), las sensaciones de ahogo (30 frente a 18), la sudoración (15 frente a 9), escalofríos (de 17 frente a 10), mareos o sensación de inestabilidad (20 frente a 12) y la falta de aliento (22 frente a 14).

### Reflexión en Relación a los Síntomas Somáticos

Vale la pena subrayar el aumento de síntomas en la segunda generación, a pesar de que claramente cuida más su salud física, al menos en términos de alimentación: mientras que en la primera generación hay 19 personas que declaran seguir un régimen alimenticio descuidado, en la segunda generación solo declaran un régimen descuidado cuatro. Además, aumenta un 19% la práctica deportiva.

¿Qué hace que sean más frágiles, a pesar de un mayor cuidado, los cuerpos de la segunda generación? ¿Puede guardar relación con un aumento de situaciones circunstanciales estresantes que les llevan hacia el trastorno por angustia? Esta podría ser una explicación que -aunque no se puede comprobar- encajaría con el hecho de que, mientras disminuyen las manos frías y húmedas (síntoma estable, que suele responder a una situación más estructuralmente instalada), aumentan los que suelen guardar relación con los ataques de pánico, como son las palpitaciones, aumento del ritmo cardíaco, sensaciones de ahogo, escalofríos, sudoración, mareos e inestabilidad.

En los problemas digestivos, comunes y elevados en las dos, hay algunas diferencias sobre las que reflexionar. Por ejemplo, en la primera se dan náuseas y vómitos (ausentes en la segunda), que frecuentemente se han relacionado con el rechazo a “tragar” determinados contenidos con significación psicológica ¿tendrá que ver ello con que la primera generación tiene un talante más introyector, cosa que suele asociarse más a la depresión (problema principal en la primera) que a la ansiedad (problema principal en la segunda)?

## Áreas de Sufrimiento Importante

### Datos sobre los Principales Sufrimientos

Recogiendo la puntuación correspondiente a las seis áreas en que el Cuestionario Básico agrupa factores de sufrimiento, obtenemos la tabla 3 que figura a continuación:

Tabla 3  
*Principales Áreas de Sufrimiento*

sufrimiento	afectiva	sexualidad	profesión	ocio	vivienda	convicc
1ª gen	96	73	85	56	28	89
2ª gen	114	54	95	64	30	123

Como puede verse, hay una clara disminución de sufrimiento en la segunda generación en relación con el área sexual (un 25%). Salvo en ese punto, aumenta en sufrimiento en el resto de áreas, destacando un 40% en lo que se refiere a las convicciones y a continuación un 20% el sufrimiento en el área afectiva.

Ahora bien, conviene estudiar las diferencias en el interior de cada área.

### *Sufrimiento en el Área Afectiva*

Detallando el resultado de los ítems correspondientes a esta área, se puede ver en qué vínculos es mayor el sufrimiento (tabla 4).

Tabla 4

#### *Sufrimiento en el Área Afectiva*

<b>a. afectiva</b>	pareja	madre	padre	otro fam	amist	hijos	otros
1ª gen	34	22	14	9	8	6	3
2ª gen	25	22	22	16	13	5	11

A pesar del aumento en el sufrimiento en relación con el padre, hay que decir que la segunda generación ha vivido en la infancia, tanto en relación con él como con la madre, un vínculo mucho más positivo que la primera generación. En el apartado en que se pregunta por la actitud de la madre y el padre hacia el paciente en la infancia, y a la inversa (del paciente hacia sus progenitores) hallamos los resultados que recogen las tablas 5 a 8.

Tabla 5

#### *Actitud de la Madre Hacia el Paciente Durante la Infancia*

<b>madre-hijo/a</b>	positiva	negativa	contradictoria	indiferente
1ª gen	48	11	14	9
2ª gen	85	4	9	4

Tabla 6

#### *Actitud del Padre Hacia el Paciente Durante la Infancia*

<b>padre-hijo/a</b>	positiva	negativa	contradictoria	indiferente
1ª gen	46	16	8	5
2ª gen	64	10	12	7

Tabla 7

#### *Actitud del Paciente Hacia la Madre Durante la Infancia*

<b>hijo/a-madre</b>	positiva	negativa	contradictoria	indiferente
1ª gen	55	13	8	4
2ª gen	82	10	8	2

Tabla 8

*Actitud del Paciente Hacia el Padre Durante la Infancia*

hijo/a-padre	positiva	negativa	contradictoria	indiferente
1ª gen	55	16	9	6
2ª gen	66	12	9	7

Se aprecia en estas tablas cómo las madres de las personas de la primera generación tenían (tal como lo percibía el paciente) una actitud menos positiva hacia sus hijos/as que las que ellas han transmitido a la generación siguiente, que es casi un 80% superior mientras disminuye la actitud negativa en más de un 60%. No tan acusado, pero también muy patente es el crecimiento en la percepción de la actitud positiva del padre: nada menos que un 40% superior, a la vez que disminuye la negativa en igual porcentaje. Eso sí, aumenta un 50% la actitud contradictoria del padre en la percepción del paciente. La disminución de la percepción de una actitud contradictoria o indiferente por parte de la madre contrasta con el aumento de estas por parte del padre.

*Reflexiones en Torno al Sufrimiento en el Área Afectiva*

Se puede decir que las personas de la primera generación han sido mucho más positivas hacia sus hijos de lo que habían sido sus madres y padres, o han sabido transmitir mejor las actitudes de amorosas en un lenguaje comprensible para un niño. Las relaciones entre padres e hijos se han vuelto palpablemente mejores en las dos direcciones.

Conviene subrayar que, en la primera generación, los hijos tenían una actitud más benévola hacia los padres que la que estos tenían hacia el hijo o hija. Ello parece aludir a una generación de niños más ingenua, comprensiva o menos exigente que la siguiente, en la que –si bien hay una casi reciprocidad en lo positivo hacia ambos progenitores– en relación con la madre más que doblan su actitud negativa hacia ella (10 frente a 4). En cambio, hacia el padre hay casi reciprocidad. ¿Se trata de una generación más exigente con la madre?

En conjunto, puede verse cómo han mejorado ostensiblemente las relaciones paterno y maternofiliales. Ambas han dado un gran salto en positivo, en especial las segundas. Pero también las paternofiliales lo han dado, seguramente fruto de la nueva figura de padre involucrado en el cuidado de los hijos. Por otro lado, buena parte de la segunda generación es hija de padres separados, de familias que han tenido que afrontar ese reto (con todas las variantes que presentan las familias reconstituidas) y mayoritariamente lo han hecho conservando y aumentando la buena relación. Tampoco es raro, por otra parte, que en algunos casos se haya visto diluida la claridad de la posición del padre, con el que bastantes convivieron fines de semana quincenales y lo hayan vivido en forma más contradictoria que la anterior.

Teniendo en cuenta que esta segunda generación se caracteriza por la predominancia de los problemas de ansiedad, inseguridad y autoestima, los datos dan

lugar a sospechar que en bastantes de las relaciones entre ambas generaciones se puede haber dado un apego ansioso, incluidas las intermitencias de un vínculo que cambia cada quince días y la hipervigilancia parental (los llamados “padres helicóptero”), que puede transmitir una falta de confianza en los recursos del niño.

### *Sufrimiento en el Área Sexual*

Como pudo verse en la tabla 3, los sufrimientos en relación con el área sexual, tuvieron un claro descenso de la primera a la segunda generación (un 25%).

Los ítems contemplados en relación con este área hacían referencia a: a) menos relaciones sexuales de las que se desean; b) insatisfacción en las mismas; c) conflicto interno con la propia sexualidad; d) conflicto sexual con la pareja; e) más relaciones sexuales de las que se desean. El resultado viene reflejado en la tabla 9.

Tabla 9  
*Sufrimiento en el Área Sexual*

<b>sexualidad</b>	menos	insatis	con int	confl par	más
1ª gen	22	19	18	12	2
2ª gen	21	12	10	10	1

Se observa en ella cómo esta disminución corre por cuenta de una menor insatisfacción en las relaciones sexuales (un 35% menos) y aún más por el descenso del conflicto interno con la propia sexualidad, que baja un 45%.

### *Reflexión sobre los Datos*

Es una buena noticia la disminución de sufrimiento en el área sexual, y especialmente ese descenso en el conflicto interno con la propia sexualidad. En la práctica terapéutica, cuando una persona de la primera generación marcaba ese ítem, la inmensa mayoría de las veces se trataba de una persona homosexual que se sentía atrapada en una orientación que le convertía en una especie de marginado relacional. La intolerancia social, o la presión para que cambiaran de orientación producía un gran sufrimiento. Con la legalización, en 2005, del matrimonio homosexual se abrió una nueva época en la que este colectivo pudo obtener un nuevo tipo de reconocimiento social. La interseccionalidad, como criterio que va penetrando en la legislación, ha sido un buen enfoque para paliar la discriminación en esta área. Parece deseable que, desde la psicoterapia se propugne ese mismo enfoque para disminuir el sufrimiento de las personas que se definen “trans”, “intersexual” u otros colectivos sexuales marginados.

### *Sufrimiento en Otras áreas. Datos y Reflexiones*

En relación con el tiempo de ocio, el resultado que ofrecen las respuestas lleva a la paradoja –en ambas generaciones- de sufrir por la falta de tiempo de ocio pero,

una vez que se tiene, no se sabe utilizar, problema este que en la segunda generación aumenta casi un 25% respecto a la primera.

En cuanto a su escasez, similar en puntuación en ambas generaciones, es más que probable que la segunda generación tenga mucho menos tiempo libre. El promedio de tiempo libre a la semana de la segunda generación es de 13 horas. En cambio, en la primera, es imposible calcularlo, ya que la mitad de los sujetos no saben qué responder, cosa que hace pensar que tienen mucho, y el promedio de los que responden es de 23 horas semanales. Este hecho concuerda bien con lo que antes se vio sobre el aumento de fatiga y de somatizaciones en la segunda generación.

Por lo que hace a la vivienda, las puntuaciones obtenidas son bastante similares entre las dos generaciones, salvo en un punto: el sufrimiento en relación con la lejanía del lugar de origen más que se cuadruplica, en la segunda generación. Ello habla de un aumento del desarraigo de las raíces, elemento que influye en el aumento de inseguridad y, a veces también, en la autoestima. Quienes suelen partir son personas capaces y valoradas que aterrizan en el anonimato y la falta de atribuciones, hecho que puede mermar la propia valoración.

El sufrimiento reflejado en la tabla 10, se refiere a las convicciones: a) psicológicas; b) profesionales; c) éticas; d) filosóficas; e) políticas; f) religiosas; y g) artísticas.

Tabla 10  
*Sufrimiento en Relación con las Propias Convicciones*

<b>convicciones</b>	psicol	profes	éticas	filos	polit	relig	artist
1ª gen	34	20	11	9	8	4	3
2ª gen	33	23	21	21	23	4	8

Las cifras son parecidas en algunos casos, pero hay una notable diferencia y aumento en el sufrimiento por las convicciones éticas (un aumento del 90%), filosóficas (superior al doble), políticas (que casi se triplica), y artísticas.

Es lógico, en personas que acceden a una solicitud de psicoterapia, que el sufrimiento en relación con las convicciones psicológicas ocupe un primer lugar. Por otra parte, la multiplicación del sufrimiento en relación con las convicciones éticas y las filosóficas se entiende bien desde la transición de una primera generación que, como se dijo, veía fragmentarse el único modelo de estilo de vida ético en mil modelos, pero que ya había elaborado sus propios valores durante su adolescencia y juventud, a una segunda que tiene que construirlos en medio de esa fragmentación. Además, la segunda generación ha vivido una adolescencia y juventud en la que los padres han tendido a ser menos directivos (más “rogerianos”) a la hora de marcar valores y convicciones, a lo que hay que añadir que buena parte de su parentamiento se ha realizado a través de la información obtenida a través las redes sociales digitales, con todas las contradicciones y el caos que ello comporta.

En cuanto al sufrimiento relacionado con las convicciones políticas, señalan

Díaz-Sarmiento et al. (2017) que en la generación Y (o *Millennials*) “El desapego a cualquier afiliación política, así como a las instituciones como la iglesia, es otra de las características de esta generación. De acuerdo con el Pew Research Center (2014), son la generación con menos afiliación política o religiosa de la historia” (Díaz-Sarmiento et al., 2017, p. 198). En España el cambio toma un tinte propio: no es ya indiferentismo (que no provocaría sufrimiento), sino desencanto. La primera generación confiaba ilusionada en el cambio político del régimen franquista a una democracia plena, un régimen joven que se estaba estrenando. La segunda generación ha experimentado cómo la democracia no excluye la corrupción y los errores. En el caso de Cataluña, donde se encuentra ubicado el *Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista* en el que se realiza el estudio, la decepción se agrava en los últimos años con las pugnas entre constitucionalistas e independentistas (y de estos entre sí), sin que los líderes de esos movimientos sean capaces de encontrar una solución. Todo ello marca una huella de desesperanza en la política como recurso para solucionar los problemas colectivos.

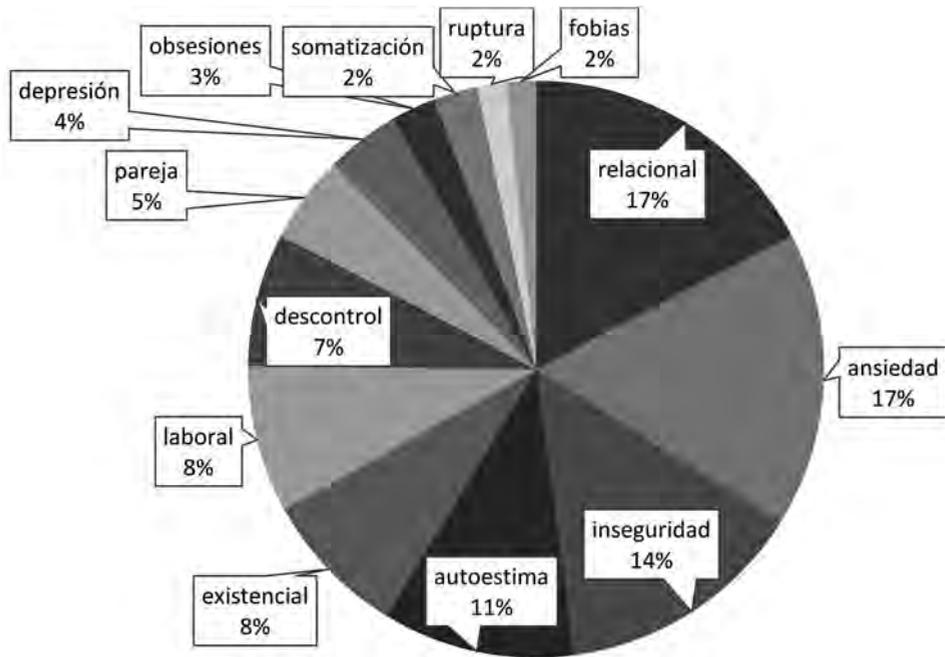
Tiene su interés, aunque se trate de un sector con puntuaciones bajas, el sufrimiento en relación con las convicciones artísticas, que pasa de tres a ocho. Probablemente tenga que ver con lo que Danto (2005) señala cuando dice que, en el arte, la belleza se ha marchado y no ha vuelto. La comprensión de un arte sin belleza queda para los entendidos (escasos entre los pacientes), mientras que el disfrute de ella se produce de manera natural y general. Desde el punto de vista psicoterapéutico puede parecer irrelevante, pero el modelo del Instituto en el que se realiza el estudio comparte con Ferrucci (2009) el poder psíquicamente curativo de la belleza.

### ¿Y los “Pandemics”?

Se comparó también la muestra de la segunda generación, que llega hasta el momento del confinamiento, con los 35 siguientes a la finalización del mismo para constatar si había diferencias relevantes. Se recogen aquí las más notables (figura 3). No se tuvieron en cuenta las solicitudes de sanitarios que habían estado activos durante el confinamiento, por ser objeto de atención específica, destinada a resolver los problemas peculiares de los mismos (Beltrán, 2021).

Son muy similares los datos de edad media y la proporción por sexo. Solo hay una persona casada y tiene pareja estable la mitad (18 sobre 35) de los cuales más de la mitad (10) no conviven con ella. Solo 4 tienen hijos (un 4% frente al 16% de pre-pandemia). Mientras en la 2ª generación pre-pandemia los que viven solos y solicitan terapia ocupan un 9%, en los postpandémicos suben a un 23%. Podría suponerse que frente a la pandemia la convivencia con la pareja y la presencia de hijos han sido factores protectores, mientras el vivir solos ha aumentado el malestar psicológico.

Figura 3  
*Problemas Objeto de Demanda a Partir de la Pandemia*



Los problemas de relación ocupan ahora un lugar prioritario, al mismo nivel que la ansiedad. Es probable que la convivencia más intensa con los más cercanos durante el confinamiento haya agudizado problemas que pasaban desapercibidos.

Los síntomas somáticos, salvo un ligero aumento en la voracidad, disminuyen en un 16%, globalmente y muy especialmente, los relacionados con el trastorno por angustia, como puede verse en la tabla 11, ajustada en proporción al tamaño de la muestra:

Tabla 11  
*Síntomas Somáticos en los "Pandemics"*

síntoma	2ª gen	pand
Sensación de ahogo	30	16
Sensación nudo garganta	30	10
Mareos, inestabilidad	20	12
Falta de apetito	29	18
agitación	44	32
Lentitud de movimientos	17	4
Falta de aliento	22	8

Teniendo en cuenta que el confinamiento se caracterizó por la interrupción

del trabajo ¿cómo está enfocado, cuando parece generar un deterioro en la salud física? Igualmente lleva a la reflexión la disminución en un 75% el sufrimiento por falta de tiempo libre, mientras se mantiene igual la dificultad de disfrutarlo.

El sufrimiento en relación con la pareja aumenta 38% y un 30% la insatisfacción sexual.

Desaparece el sufrimiento en relación a los hijos y a otras relaciones, mientras aumenta en relación con amistades nada menos que un 85%. Esta última variación da cuenta del dolor que generó el confinamiento por la falta de contacto con ellas y con la triste sospecha de la probabilidad de haber tenido que vivir el fallecimiento de alguna de ellas durante el mismo, así como de la relevancia de la amistad, tan poco tratado en la literatura de la psicoterapia.

Por lo que hace a las propias convicciones, disminuye el sufrimiento en forma generalizada, salvo en el caso de las convicciones artísticas, que se duplica, y ofrece un descenso muy importante el sufrimiento en relación con las convicciones políticas reduciéndose la puntuación de 23 a 14. Se puede pensar que ello se debe: bien a la priorización de otros sufrimientos; bien a que, a pesar de las múltiples quejas por la gestión de la pandemia, quizá esta haya puesto de relieve la necesidad de una gestión global y administración de recursos comunes. Es decir, puede haber dado lugar a percatarse de que la política y los políticos cumplen alguna función (relevante, en este caso). Aún así, este resultado habría que matizarlo en forma idiosincrásica para comprenderlo mejor.

### **Reflexiones Finales Generales**

Los modelos de corte humanista tienen sus bases, en su mayoría, en el movimiento que se originó a mediados de los años sesenta del siglo pasado, sobre todo en Estados Unidos, y, resultaron eficaces para tratar los problemas de una sociedad sobreestructurada, excesivamente normativizada, donde la introyección y la confluencia eran mecanismos de defensa generalizados y donde lo individual y subjetivo apenas tenían cabida. Una sociedad bien distinta de la que hoy se está viviendo en nuestro país, en la que una laxitud en la estructura de la personalidad va a comportar unos problemas diferentes a afrontar. A aquellos modelos les ha tocado ir reinventándose para acoplar sus métodos de intervención a las nuevas necesidades, so pena de quedar obsoletos por haber focalizado sus estrategias en problemas diferentes de los retos que hoy se plantean en la consulta.

De las dos generaciones que se han comparado en el escrito, pareciera que la segunda generación tuviera que emplear más tiempo en satisfacer los dos primeros escalones de “pirámide de necesidades de Maslow” y corresponde buscar recursos para suplir la menor frecuencia de las sesiones terapéuticas, el manejo del entorno laboral, la mayor labilidad corporal, emocional, cognitiva e identitaria.

Por otro lado, se cuenta con una mayor cultura psicológica y con la aparición del llamado “paciente inteligente”, involucrado como agente de su cambio, movilizado activamente y dispuesto a colaborar en las propuestas del terapeuta

más allá de la sesión. Este talante activo e involucrado va a ser determinante en el giro que está teniendo lugar a raíz de la mayor movilidad de los pacientes, su escasez de tiempo para los traslados hasta el consultorio y el acostumbramiento a las sesiones por videollamada que ha traído la reciente pandemia. Ni estas, ni la entrevista con mascarilla permiten disfrutar de la riqueza expresiva, informativa y cordial que aporta una sesión presencial. Toca repensar, crear y compartir con los demás profesionales nuevos recursos que permitan mantener la calidad del vínculo terapéutico y, por tanto, de la psicoterapia.

## Referencias

- Aparicio-Martínez, P., Perea-Moreno, A. J., Martínez-Jimenez, M. P., Varo, I. S. V. y Vaquero-Abellán, M. (2017). Socialnetworks' unnoticed influence on body image in Spanish university students [Influencia inadvertida de las redes sociales en la imagen corporal de los estudiantes universitarios españoles]. *Telematics and Informatics*, 34(8), 1685-1692 <https://doi.org/10.1016/j.tele.2017.08.001>
- Bauman, Z. (2004). *La modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Beltrán, M. (23 de abril, 2021). Abordaje psicoterapéutico para sanitarios en época de crisis por COVID. *Sesión clínica del Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista*.
- Cárdenas Hernández, C. B., Amezcua Bautista, L. C. y Molina Lozano, V. A. (octubre, 2020). *Humor Gráfico y Estereotipos de Género en Redes Sociales: Relación con la Construcción Identitaria y Bienestar Subjetivo de las Mujeres Usuarías de Facebook e Instagram* [Comunicación oral]. Congreso Internacional de Tecnología, Ciencia y Sociedad, Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España. <https://conferences.eagora.org/index.php/tecnosoc/techno2020/paper/view/12282>
- Cidoncha, A. (2017). *Satisfacción, Conflictos y consecuencias psicológicas en las relaciones de pareja una revisión bibliográfica* [Trabajo Fin de Grado]. Universitat Jaume I.
- Danto, A. (2005). *El abuso de la belleza. La estética y el concepto del arte*. Paidós.
- Díaz-Sarmiento, C., López, L. M. y Roncallo, L. L. (2017). Entendiendo las generaciones: una revisión del concepto, clasificación y características distintivas de los Baby Boomers, X y Millennials. *Clío América*, 11(22), 188-204. <https://doi.org/10.21676/23897848.2440>
- Fernández Alcaraz, C. y Quiles Marcos, Y. (2018). Relación de las redes sociales con la autoestima. En M. C. Pérez Fuentes, J. J. Gázquez, M. M. Molero, A. B. Barragán, A. Martos, M. M. Simón y M. Sisto (comps.) *Avances de Investigación en salud a lo largo del Ciclo Vital II* (pp. 341-386). ASUNIVEP.
- Ferrucci, P. (2009). *Belleza para sanar el alma: La inteligencia estética en la vida cotidiana*. Urano.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2016). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales* (2ª ed.) Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2017). *Manual práctico de Psicoterapia Integradora Humanista. Tratamiento de 69 problemas en los procesos de valoración, decisión y prácticos* (2ª ed.). Desclée de Brouwer.
- González Hincapié, V. y López López, M. T. (2021). ¿Aplazando la llegada del primer hijo? Un estudio cualitativo sobre las percepciones en torno al retraso de la fecundidad. *Papers Revista de Sociología*, 106(2), 221-253, <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2735>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey [Trastorno por estrés postraumático en la Encuesta Nacional de Comorbilidad]. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Kouros, C. D., Papp, L. M. y Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships [Interrelaciones y moderadores de vínculos longitudinales entre satisfacción marital y síntomas depresivos entre parejas en relaciones establecidas]. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 667-677. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.5.667>
- Latorre-Latorre, J. F., Contreras-Pezzotti, L. M., García-Rueda, S. y Arteaga-Medina, J. (2006). La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, 57(3), 156-162. <https://doi.org/10.18597/rcog.482>

- Lazarus, A. A. (2002). *Mitos maritales*. IPPEM.
- Lederer, W. J. y Jackson, D. D. (1968). *The mirages of marriage [Los espejismos del matrimonio]*. Norton.
- O'Bannon, G. (2001). Managing our future: The generation X factor [Managing our future: The generation X factor]. *Public Personnel Management*, 30(1), 95-110. <https://doi.org/10.1177%2F009102600103000109>
- PWC (2011). Millennials at work reshaping the workplace [Millennials en el trabajo remodelando el lugar de trabajo]. <http://hdl.voced.edu.au/10707/405111>
- Roberts, J. A. y Manolis, C. (2000). Baby boomers and busters: an exploratory investigation of attitudes toward marketing, advertising and consumerism [Baby boomers y busters: una investigación exploratoria de las actitudes hacia el marketing, la publicidad y el consumismo]. *Journal of Consumer Marketing*, 17(6), 481-497. <https://doi.org/10.1108/07363760010349911>
- Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una Ética desde la Psicología*. Desclée de Brouwer.
- Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Milenio.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2010). *La búsqueda de la autenticidad. Reflexión ético-psicológica*. Milenio.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2018). Cuestionario básico previo al inicio de la psicoterapia. En Gimeno-Bayón (Ed.), *7 casos clínicos tratados con Psicoterapia Integradora Humanista* (pp. 345-380). Desclée de Brouwer.
- Rueda, M., Díaz, L. A. y Rueda, G. E. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 159-168.
- Smola, K. y Sutton, C. D. (2002). Generational differences: Revisiting generational work values for the new millennium [Diferencias generacionales: revisando los valores del trabajo generacional para el nuevo milenio]. *Journal of Organizational Behavior*, 23(4), 363-382. <https://doi.org/10.1002/job.147>
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction [La asociación entre depresión y la insatisfacción marital]. En S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10350-001>
- Zemke, R., Raines, C. y Filipczak, B. (2013). Generations at work: Managing the clash of Boomers, Gen Xers, and Gen Yers in the workplace [Generaciones en el trabajo: Manejo del choque de Boomers, Generación Xers y Generación Yers en el lugar de trabajo]. AMACON.

MANUEL VILLEGAS

EL PROCESO DE  
CONVERTIRSE EN  
PERSONA AUTÓNOMA



Herder

# PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIA: REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN DESDE LA TERAPIA CONSTRUCTIVISTA INTEGRADORA

## PSYCHODIAGNOSTICS AND PSYCHOTHERAPY: A CONSTRUCTIVIST INTEGRATIVE APPROACH TO PRACTICE, TRAINING AND RESEARCH

**Luis Botella García del Cid**

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

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

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella, L. (2021). Psicodiagnóstico y psicoterapia: Reflexiones sobre la práctica, formación e investigación desde la terapia constructivista integradora. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 55-65. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.857>

### Resumen

*Este trabajo aborda una lectura desde una posición constructivista integradora de las implicaciones de un Modelo Médico y sus alternativas en la evaluación del malestar que trae a los clientes a psicoterapia. A su vez, elabora las principales implicaciones de dicha alternativa para la práctica, investigación y formación en psicoterapia.*

*Palabras clave: terapia constructivista integradora, psicodiagnóstico, modelo médico, investigación en psicoterapia, formación en psicoterapia.*

### Abstract

*This paper addresses an integrative constructivist approach to the implications of a Medical Model and its alternatives in the assessment of the distress that brings clients to psychotherapy. In turn, it elaborates the main implications of this alternative for psychotherapy practice, research and training.*

*Keywords: integrative constructivist therapy, psychodiagnostics, medical model, psychotherapy research, psychotherapy training.*



La historia de la psicoterapia ha estado desde su inicio traspasada por la concepción de esta como un *tratamiento* dirigido a la *curación* de *trastornos* de naturaleza mental/psicológica. Si bien esta visión (Modelo Médico) obedece a buenas razones precisamente históricas, resulta cada vez más claro desde hace décadas cómo de problemática resulta también y cómo, a la vez que sirvió en gran medida para consolidar la psicoterapia como entidad con características propias, ha llegado luego a oscurecer algunas de dichas características, justamente las más psicológicas.

En síntesis, el Modelo Médico considera que (i) un *trastorno mental* tiene una causa única, (ii) dicha causa es orgánica y producto de una lesión cerebral debida a un defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático, (iii) su etiología orgánica es la responsable de los síntomas del cuadro clínico, (iv) el conjunto de síntomas permite el diagnóstico, y (v) que el tratamiento (por supuesto, farmacológico) se dirige a corregir su causa orgánica (véase por ejemplo Botella, 2021; Vallejo, 1985; Wampold e Imel, 2015).

La alternativa al estudio de los procesos psicológicos exclusivamente como manifestaciones de un sustrato biológico consiste en abordarlos como inherentemente vinculados a procesos de construcción de la experiencia. Nótese que lo segundo no niega lo primero, sino que lo contiene y complementa. Por ejemplo, aunque durante lo que socialmente denominamos *enamoramiento* se den cambios bioquímicos contrastables, eso no significa que el enamoramiento se reduzca a ellos. De hecho dichos cambios biológicos tienen que ser objeto de un proceso de construcción que los considere propios del enamoramiento para merecer tal nombre, y no por ejemplo de una intoxicación debido al consumo de alguna sustancia—en cuyo caso probablemente merecerían otro nombre.

Además, la mayoría de los procesos psicológicos (en contraste con los físicos/materiales/bioquímicos) no se pueden descomponer en “átomos/moléculas” con un referente último en la “realidad”. ¿Tendría algún sentido, por ejemplo, abordar el estudio de una emoción como el amor desde la perspectiva de reducirlo a sus manifestaciones o causas tangibles (ya sean biológicas o conductuales)? Adoptar este enfoque significa ignorar hasta qué punto el amor es definido y experimentado de manera diferente por cada cultura, en cada período histórico, y, probablemente, por cada uno de nosotros. Significa atribuir un estatus ontológico de existencia objetiva a algo que es, inevitablemente, una forma de discurso socialmente compartida para referirse a una experiencia muy subjetiva. En última instancia, representa un callejón sin salida que sólo conduce a situaciones irrelevantes o resultados desorientados.

El uso único e indiscriminado del DSM como criterio de diagnóstico clínico ha generado desde hace décadas debates que tradicionalmente han interpelado a posiciones teóricas como el constructivismo y a las terapias humanistas, narrativas, posmodernas... (y en general todas aquellas no alineadas con un modelo exclusivamente médico). Algunos de los temas clásicos que atraviesan esos debates son, por ejemplo, el del papel de los Tratamientos Empíricamente Validados, la preocupante deshumanización que comporta la estandarización de procedimientos y prácticas

terapéuticas e incluso la imposibilidad de entender la “realidad” clínica sin una visión teórica de la que partir—visión que puede perfectamente integrar más de una teoría (véase Botella, 2021).

En lo que sigue de este artículo me centraré en dos de los aspectos críticos del uso de manuales diagnósticos basados en un modelo médico en la práctica de la psicoterapia: la ignorancia de la naturaleza construida de tales categorías y el tipo de relación a la que conducen.

### **El DSM: ¿Verdad Imparcial o Construcción Humana?**

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales* de la American Psychiatric Association ha sido criticado en el pasado por su carencia de fundamento científico u objetivo y por depender de la negociación y el consenso como forma de establecer etiquetas diagnósticas. Tales críticas se fundamentan a menudo en ejemplos concretos y documentados de cómo una determinada etiqueta aparece o desaparece de ediciones consecutivas del DSM como resultado de presiones políticas o sociales. También mencionan frecuentemente la baja fiabilidad interjueces de algunos de los diagnósticos.

Sin embargo, Raskin y Lewandonsky (2000) observaban acertadamente ya hace años que tales críticas parten de la asunción implícita de que *puede haber una manera científica y objetiva de establecer etiquetas diagnósticas*; una forma que llevará finalmente a un elevado consenso interjueces.

Ellos adoptaban una línea de crítica diferente basada en la noción constructivista de que lo que llamamos “realidad” es inevitablemente un producto de procesos personales, sociales y culturales de construcción del significado y no de una reflexión neutral sobre el mundo “tal como es”.

Así, el DSM no es objetable por no ser lo bastante “científico u objetivo”, sino debido a las posiciones a las que su uso invita o bien que imposibilita. Particularmente, estos autores se oponían al uso de constructos diagnósticos con “derecho preferente”, es decir, a lo que en términos postmodernos se podría considerar un uso como narrativas totalizantes o como discursos que no dejan espacio a ninguna alternativa.

Esta es la clase de juego de lenguaje en la cual, una vez que alguien es etiquetado como “depresivo” (o cualquier otro término diagnóstico) deja de ser considerado y tratado como cualquier cosa aparte de “un depresivo”.

Demasiado a menudo ese uso preferencial y apropiativo del lenguaje del déficit hace que olvidamos que esa “depresiva” se llama Laura, que es una mujer de 55 años infelizmente casada cuya única hija está a punto de irse de casa para vivir con un hombre al que Laura no soporta, que se siente extremadamente sola porque su marido trabaja demasiado y que está haciendo frente a cambios significativos en su vida, incluyendo la pérdida de su trabajo, cuidar de su madre enferma y la muerte reciente y traumática de su único hermano en un absurdo accidente laboral.

Obviamente, la gente tiene historias que narrar sobre sí misma, pero las cons-

trucciones diagnósticas se convierten demasiado a menudo en una trampa mortal para las narrativas. Una vez se ha apoderado de la identidad, la etiqueta diagnóstica consigue atrapar a la persona en una historia de la que no le será fácil escapar.

Y como muestra un botón... esta crítica al uso despersonalizador de las etiquetas diagnósticas se hace patente en la carta que Harlene Anderson (1997) incluyó en su libro sobre un enfoque postmoderno de la terapia y en la que una madre se dirige al personal médico encargado de la gestión del tratamiento de sus dos hijas para hacerles entender su frustración:

### **¿Por Qué No Nos Ha Ayudado la Terapia Familiar?**

*La anorexia tiene tanto un aspecto psicológico como uno físico y es necesario tratar los dos a la vez. Los métodos que han usado con nuestras niñas para hacer que coman mejor son en su mayoría desorientados, están mal planteados y a veces parecen incluso bastante malintencionados, y han conseguido más de una vez hacer que las cosas fuesen peor que antes. Han causado tanta frustración, desesperación, angustia y resignación que la terapia tenía que centrarse en gran medida en estas cuestiones mientras los demás aspectos eran pasados por alto.*

*Con demasiada frecuencia nuestras hijas han sentido que sus opiniones no eran importantes, que nadie estaba preparado para escucharlas y trabajar con ellas en lugar de a través de nosotros [los padres]. Les hubiese costado mucho menos sufrimiento (a ellas y a nosotros) si se hubiese dedicado más esfuerzo a tratar de influir en su propia motivación, intentando explicar los peligros de la enfermedad, no de forma vaga sino muy concreta. Cooperen con la parte sana de las niñas, felicítenlas por sus éxitos, no las humillen y no les muestren tan abiertamente su desagrado. Sean firmes; ellas se dan cuenta de eso, se lo prometo, pero no crueles. Pongan facilidades para que crezca su respeto por ellas mismas. Si no tienen un deseo muy fuerte de mejorar no lo conseguirán. Creo que una actitud más flexible hubiese sido útil en el trabajo con nuestra familia. A veces hubiese sido mejor hablar con todos nosotros, a veces con uno o dos... Estoy convencida de que ese método nos hubiese ido mucho mejor. El hecho de que estén las dos enfermas a la vez hace nuestra situación mucho más que doblemente difícil de lo que hubiese sido si sólo hubiésemos tenido a una de las niñas enfermas. Creo que eso hubiese tenido que llevar al personal médico [y a los terapeutas] a pensar dos y tres veces si sus métodos eran realmente buenos para nuestra familia. Me hubiese gustado ver más humildad, inventiva e ingeniosidad en el tratamiento. Tenemos la sensación de que [los terapeutas] tenían una teoría y nos querían hacer encajar en ella, sin importar cómo se nos aplicaba, y de la misma forma tenían un método que han aplicado con nosotros con alteraciones mínimas a pesar de que se mostraba equivocado una y otra vez.*

*En resumen, intenten escuchar a nuestras niñas. No es imposible hablar con ellas. Somos muy conscientes de que en ocasiones es realmente difícil llegar a ellas, pero tienen que intentarlo. Da sus frutos al cabo de un tiempo y, en el peor de los casos, al menos se habrán ganado su confianza y eso es mucho... Tendrían que hablar con gente en la que puedan confiar, es decir, gente que las vea como seres humanos con un sentimiento de orgullo, justicia, integridad y dignidad.*

*Intenten escucharnos a nosotros [los padres]. Por supuesto el personal médico nunca se negó a escucharnos y hablar con nosotros, pero eso fue hasta que nuestra hija mayor cumplió 18 años, y desde entonces todo fue silencio... Muchas veces hemos tenido la sensación de que los médicos escuchaban lo que querían oír y pasaban por alto lo demás sin comentarios. En el mejor de los casos [lo que decíamos] era ignorado porque era poco interesante, imposible o se consideraba que eran tonterías muy sospechosas porque quienes lo decíamos éramos unos padres incompetentes totalmente controlados por sus hijas, y en consecuencia por su enfermedad. Pero conocemos a nuestras hijas mucho mejor que nadie. Conocemos sus reacciones y sus sentimientos... sabemos cuándo se puede confiar en ellas mucho mejor que cualquier enfermera o médico.*

*Lo he intentado. He visto a otra gente intentarlo. La mayoría de las veces he fracasado. Pero al menos he intentado aprender de mis errores, cosa que de momento no he visto que haga el equipo médico ni los terapeutas.*

### **Evaluación Psicológica:**

#### **¿Diagnóstico Médico o Diálogo Transformativo?**

La distinción rígida entre *diagnóstico* y *tratamiento* es sin duda útil y significativa desde el modelo médico, pero resulta problemática desde una comprensión psicológica del cambio humano. De hecho, toda la psicoterapia podría considerarse una tarea *diagnóstica* (de comprensión, exploración y (re)construcción) y a la vez está muy comprobado que la propia evaluación de dimensiones psicológicas genera cambio en ellas, difuminando así la noción médica tradicional de que el *diagnóstico* y el *tratamiento* son procesos netamente separados que sólo pueden llevarse a cabo con éxito uno después del otro.

Siguiendo un enfoque influido por el constructivismo radical de Maturana y Varela—aunque no exclusivamente—y fuertemente fundamentado en una visión constitutiva y social del lenguaje, Efran y Cook (2000), por ejemplo, propusieron que la psicoterapia fuese considerada un ejercicio de honradez (inter)personal. Plantearon que lo que trae a los clientes a terapia no es necesariamente ningún tipo de “deficiencia” o síntoma de enfermedad mental, sino conflictos interpersonales disfrazados y mantenidos por ambigüedades lingüísticas.

Esa perspectiva es en cierto modo paralela al concepto de Wittgenstein de “juegos de lenguaje”; formas lingüísticamente mediadas de pautar las relaciones

y acciones conjuntas.

En el trabajo terapéutico da la sensación a veces de que algunos clientes se están “haciendo trampas” en vez de jugar a sus juegos de lenguaje honestamente. Por supuesto, tal engaño puede exigirles que se mientan a sí mismos tanto o más que a los demás.

La tarea de los terapeutas sería así la de utilizar sus habilidades conversacionales deconstructivas y reconstructivas para identificar y poner en cuestión las confusiones e “hipocresías lingüísticas” de sus clientes y ayudarles a reconstruirlas. La terapia se convierte en un diálogo claro y directo orientado al fomento de la honestidad con uno mismo y los demás, a dejar de negar o fragmentar aspectos significativos de la experiencia, a asumir la responsabilidad sobre las propias opciones, preferencias y acciones. Vista así, la psicoterapia pasa de una “curación médica” a una conversación liberadora y renovadora.

Otra manera de deconstruir y problematizar el límite rígido entre “diagnóstico” y “tratamiento” es la que se planteaban por ejemplo Johnson et al. (2000). En este caso, su propuesta se basaba en la noción clásica de George Kelly de “diagnóstico transitivo” (véase también Botella, 2021), es decir, su idea de que las etiquetas diagnósticas no se deben utilizar como “casilleros nosológicos” sino como formas creativas y dinámicas de tender puentes entre el presente del cliente y su futuro para permitir que el terapeuta tome una parte activa en ayudar al cliente a construir tales puentes y a cruzarlos con seguridad.

Se pueden así integrar toda una serie de dimensiones para tener en cuenta si se quiere plantear el diagnóstico como transición: cuestiones *evolutivas* y *estructurales*, dimensiones *interpersonales* de la construcción de significado y componentes *vivenciales*.

### **Implicaciones para la Psicoterapia**

Todo lo antedicho no afecta únicamente al ámbito de la *psicopatología* y el *psicodiagnóstico*, sino que tiene implicaciones muy directas para la práctica de la psicoterapia, especialmente desde la óptica del tipo relación a la que invita y, a su vez, de las que imposibilita. En este sentido, por lo que respecta a las visiones del rol del cliente en la relación terapéutica, y al margen de los matices que provienen de las diferencias entre orientaciones teóricas, se pueden distinguir dos grandes concepciones: una consiste en posicionar al cliente en un rol básicamente pasivo de *receptor de un tratamiento*; su alternativa, por el contrario, concibe al cliente como un *agente activo del cambio terapéutico*.

En su trabajo clásico, Bohart y Tallman (1999) identificaron las premisas básicas de la primera de ambas concepciones (la del paciente como receptor pasivo de un tratamiento) centrándolas en las que sintetizo a continuación.

a. En la etapa inicial de la relación terapéutica la función del paciente es básicamente la de interferir lo menos posible en el proceso diagnóstico que el terapeuta establezca; es decir, el paciente debe aportar al terapeuta la información

más objetiva, veraz y completa posible y someterse con su mejor disposición a los procedimientos requeridos por el proceso diagnóstico tal como el terapeuta lo considere conveniente.

b. Por lo que respecta al tratamiento, y una vez establecido un diagnóstico diferencial objetivo, la función del paciente es la de cumplir con las prescripciones del terapeuta. La negativa u oposición a hacerlo así es equiparada a resistencia destructora del tratamiento y contemplada como un obstáculo serio a superar o vencer como precondition para que el tratamiento surta efecto.

c. Las variables del paciente tales como su personalidad, motivación o recursos psicosociales se consideran, en el mejor de los casos, como placebos que, si influyen en el resultado del tratamiento, es debido a la sugestionabilidad del paciente o a su reactividad a ingredientes inespecíficos no activos.

En cuanto a la segunda de las concepciones a las que me refería en el primer párrafo de este apartado, es decir la del cliente como protagonista del cambio terapéutico, Bohart y Tallman (1999) la resumieron en las premisas que siguen.

a. El cliente no sólo no es un receptor pasivo de un tratamiento, sino que es el principal agente activo del cambio (con una contribución al posible éxito o fracaso final de este mayor incluso que la del terapeuta y la del propio tratamiento). En este sentido las técnicas no “hacen” nada al cliente; es más bien el cliente quien hace uso de la técnica si ésta se ofrece en el contexto de una relación terapéutica facilitadora.

b. Desde este punto de vista, el cambio terapéutico se da sobre todo en la vida cotidiana, y no sólo en la sesión de terapia. No hay duda de que el cliente lleva a cabo procesos de cambio importantes y significativos durante la sesión, pero tampoco de que estos tendrían poco o ningún efecto si no fuese porque están fundamentados en los cambios que está realizando en los patrones conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales que caracterizan su vida diaria fuera del contexto terapéutico.

c. En consecuencia, las variables del paciente a las que nos referíamos anteriormente (por ejemplo, personalidad, motivación o recursos psicosociales) se contemplan como esenciales para el éxito del cambio terapéutico, dado que son precisamente la base de la posible transferencia de los procesos intra-sesión a la vida cotidiana del cliente.

Tal como se sintetiza en Botella (2021) a pesar de las pretendidas diferencias en los ingredientes activos de los diferentes tratamientos psicoterapéuticos (fruto en ocasiones de concepciones teóricas divergentes) ningún modelo teórico ha demostrado hasta ahora superar a todos los demás en términos genéricos por lo que respecta a la eficacia de la terapia inspirada en sus principios. Eso hace pensar que todas las formas de psicoterapia que han demostrado su eficacia funcionan debido sobre todo a factores comunes entre ellas. Ahora bien, ¿en qué consisten dichos factores y cuál es el papel del cliente en ellos?

De entre los factores que explican el cambio terapéutico (véase Botella, 2021), al menos un 85% implican activamente al cliente. Así, un 40% de dicho cambio se

explica por el efecto de factores que corresponden al cliente (por ejemplo, variables de personalidad) y a su entorno (por ejemplo, acontecimientos fortuitos o apoyo social) y que contribuyen a su mejoría independientemente de su participación en la terapia. Un 30% por factores comunes a todas las terapias independientemente de su orientación teórica entre los cuales aparecen de nuevo características del cliente. Un 15% por las expectativas del cliente respecto a la ayuda que recibe y/o credibilidad de la terapia tal como la percibe.

Es más, en la mayoría de los estudios se encuentra una relación positiva significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia—independientemente de la orientación teórica, formato o duración de esta. La calidad de la alianza terapéutica (o falta de ella) permite predecir los abandonos prematuros del tratamiento. Estos resultados se cumplen especialmente cuando la alianza es evaluada por el cliente, es decir, cuando es su vivencia subjetiva de la relación la que se evalúa. Teniendo en cuenta que la alianza terapéutica se define como combinación de acuerdo sobre objetivos de la terapia, acuerdo sobre las tareas relevantes para el cambio y vínculo emocional seguro entre terapeuta y paciente, de nuevo la contribución del cliente resulta obviamente fundamental.

Así, las variables del paciente que más contribuyen al establecimiento de una buena alianza han demostrado, de nuevo, ser factores relacionados con características del cliente como persona (calidad de sus relaciones sociales y familiares, motivación, expectativas, actitudes, estilo de apego).

Ante toda esta evidencia parece mucho más fundamentada la visión de la psicoterapia como relación de construcción colaborativa y el cliente como protagonista activo del cambio terapéutico que la de la terapia como relación de autoridad asimétrica y el cliente como receptor de un tratamiento. En este sentido Hubble et al. (1999) sugirieron que de lo anterior se derivaban una serie de implicaciones clínicas para tener en cuenta en la práctica de la terapia.

En primer lugar, y dada la importancia de los factores del cliente, estos deberían potenciarse todo lo posible en el curso de la terapia. En este sentido, *el centro de atención del terapeuta debería ser precisamente el cliente*, y no exclusivamente sus problemas o patología que demasiado a menudo ocupan nuestra atención más que la persona del paciente que las experimenta. Por otra parte *debería validarse todo lo posible la contribución del cliente al cambio terapéutico*, otorgándole el papel de “héroe de la terapia” del que la investigación le hace merecedor. Además, *la terapia debería estar claramente orientada hacia la comprensión (y ampliación) de su visión del mundo*, no exclusivamente a la aplicación de una serie de técnicas y procedimientos estandarizados basados en un paciente prototípico que no existe fuera de los manuales.

En cuanto a los factores de la alianza terapéutica, y dada su fuerte contribución al éxito de la terapia, deberían potenciarse al máximo adaptando la terapia al estilo relacional del cliente, *aceptando sus metas terapéuticas (siempre que sean éticas, legales y razonables) e incluyendo al paciente o a la familia en la toma de*

*decisiones cuando eso no comporte un dilema ético.*

Por lo que respecta al efecto de las expectativas del cliente (el quizá mal llamado “efecto placebo”), deberían también ser potenciadas por el terapeuta. Eso implica, entre otras cosas, *crear en la capacidad de cambio del cliente y en la propia competencia como terapeuta*. Así mismo, *orientar la terapia hacia la construcción de un futuro más esperanzador* es una forma de mantener esas expectativas, igual que lo es *validar y afirmar el control personal del cliente sobre sus circunstancias en la medida de lo posible*.

Finalmente, es deseable potenciar la eficacia de las técnicas—que, si bien no tienen la exclusividad sobre el éxito final de la terapia que algunas orientaciones les atribuyen, han demostrado ser importantes al menos en un 15% de dicho éxito. Para ello *es importante que el terapeuta se guíe por modelos teóricos que le aporten estructura y foco a sus hipótesis e intervenciones*, aunque dichos modelos no tengan porque ser ortodoxos y puedan perfectamente provenir de la integración teóricamente coherente y técnicamente ecléctica de diferentes tradiciones. Precisamente dicha actitud integradora es la que permite adaptar la teoría al cliente, no el cliente a la teoría, potenciando aún más el efecto de las técnicas. Es más, *es aconsejable emplear las técnicas al servicio de los factores comunes a las diferentes terapias*, pues muy probablemente sean estos los auténticos ingredientes activos del tratamiento, por paradójico que pueda parecer desde una lectura exclusivamente biomédica de la psicoterapia.

Está claro que la psicoterapia es una actividad humana estructurada en relaciones interpersonales, relaciones que tratan de fomentar el crecimiento y desarrollo personal. En este sentido, no puede ser ajena a otras disciplinas relativas a la experiencia humana. No se puede descontextualizar de su entorno social, histórico, cultural y político.

La psicoterapia constituye un dominio avanzado del conocimiento, con una multiplicidad de enfoques teóricos y aplicados, pero también con hallazgos básicos derivados de la investigación. La investigación en psicoterapia exige una multiplicidad metodológica para superar los límites del punto de vista positivista tradicional, pero también debe ser capaz de integrar los resultados provenientes de la investigación cuantitativa. En este sentido es muy relevante la integración cada vez mayor de investigación de procesos y no sólo de resultados. Además, los resultados de la investigación deben informar la práctica y la formación en psicoterapia. Esta es la única forma de superar la posición dogmática de algunos enfoques teóricos.

La práctica clínica y psicoterapéutica debe ser una fuente de retroalimentación para la investigación en psicoterapia. Ningún programa de investigación es relevante si no tiene implicaciones para la práctica clínica. Además, la práctica psicoterapéutica requiere una actitud intelectual, personal y técnica integradora que garantice que se incorpora lo mejor de nuestra disciplina al servicio de nuestros clientes. Esta actitud integradora no debe confundirse con el eclecticismo, es decir, con una combinación asistemática de técnicas epistemológicamente incompatibles,

sino que debería derivar del conocimiento de los principales modelos psicoterapéuticos contemporáneos.

La formación en psicoterapia requiere un conocimiento de teorías, métodos y técnicas, pero debe además fomentar una profunda reflexión experiencial sobre la propia implicación del psicoterapeuta en el proceso terapéutico. Facilitar un proceso de crecimiento y desarrollo entre los psicoterapeutas en formación es básico para una buena práctica y para la salud mental del psicoterapeuta.

Dado que la psicoterapia no es ajena a las actividades humanas en general, debemos reflexionar sobre las implicaciones a largo plazo de nuestros modelos de intervención. Desde un punto de vista ecosistémico, es obvio que las soluciones rápidas pueden derivar en un desequilibrio en un contexto más amplio. La psicoterapia considerada exclusivamente como una actividad de resolución de problemas en un contexto individual debería dar paso a reflexiones sistémicas más amplias para minimizar el riesgo de intervenciones iatrogénicas.

La práctica psicoterapéutica es una forma privilegiada de relación por la intimidad que implica, y precisamente por ello puede afectar a la estabilidad emocional del terapeuta. En este sentido, es recomendable involucrarse en prácticas de autocuidado como un medio para aumentar la calidad de nuestro propio rol profesional.

Desde el punto de vista de la psicoterapia como forma de relación que promueve el desarrollo humano, las cuestiones éticas adquieren un papel fundamental. La reflexión ética no puede ser ajena a la clínica y práctica psicoterapéutica. En un contexto cultural posmoderno, la crisis de las grandes metanarrativas tales como la Ciencia, el Progreso, el Bienestar o la Salud, exige una reflexión ética sobre cada una de nuestras intervenciones. Dada la creciente aceleración del cambio social en las últimas décadas, los futuros psicoterapeutas deben estar preparados para lidiar con problemas que actualmente resultan desconocidos. La preparación no puede provenir de un “enfoque de manual” sino de una profunda reflexión personal sobre los principios que guían nuestra actividad profesional más allá de cada caso particular.

Para finalizar este artículo, y como una renovación e invitación a una exploración entusiasta de una profesión que comporta un reto desafío continuo aunque gratificante y significativo, me gustaría utilizar las palabras de alguien que contribuyó a ella de forma muy determinante:

Al igual que aquellos a quienes pretenden servir, tanto los científicos como los profesionales deben reconocer tanto los límites como el potencial de su comprensión. Aquellos de nosotros que buscamos consolar y aconsejar a vidas humanas en progreso debemos, por tanto, estar atentos a nutrir nuestras propias esperanzas, así como aprender las lecciones de nuestros miedos y fracasos. Nuestra acción debe ser más que una retórica racional o estratégica; debe guiarse por un corazón informado. Para servir de la manera más valiosa a quienes buscan nuestro consejo, debemos también invitar y afirmar su valentía de ser. Sin tal coraje su compromiso y exploración quedan disminuidos, y son justo lo que constituye el pulso experiencial

de la vida humana. (Mahoney, 1991, p. 374-375)

## Referencias

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy* [Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia]. Basic Books.
- Bohart, A. C. y Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing* [Cómo los clientes hacen que la terapia funcione: el proceso de autocuración activa]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Botella, L. (2021). *La construcción del cambio terapéutico: terapia constructivista integradora en la práctica clínica*. DDB.
- Efran, J. S. y Cook, P. F. (2000). Linguistic ambiguity as a diagnostic tool [La ambigüedad lingüística como herramienta de diagnóstico]. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 121–144). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-006>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. y Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy* [El corazón y el alma del cambio: lo que funciona en la terapia]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-000>
- Johnson, T. J., Pfenninger, D. T. y Klion, R. E. (2000). Constructing and deconstructing transitive diagnosis [Construyendo y deconstruyendo el diagnóstico transitivo]. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 145–174). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-007>
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy* [Procesos de cambio humano: los fundamentos científicos de la psicoterapia]. Basic Books.
- Raskin, J. D. y Lewandowski, A. M. (2000). The construction of disorder as human enterprise [La construcción del desorden como empresa humana]. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 15–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-002>
- Vallejo, J. (1985). Introducción (II). En J. Vallejo, A. Bulbena, A. González, A. Grau, J. Poch y J. Serrallonga (Eds.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 26-54). Salvat.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2ª ed.) [El gran debate sobre la psicoterapia: la evidencia de lo que hace que la psicoterapia funcione]. Routledge.

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

Ramon Rosal Cortés

editorial  
**MILENIO**

# PROCESOS DE REACTIVACIÓN Y RECONSOLIDACIÓN DE LAS MEMORIAS IMPLÍCITAS: INTERACCIÓN ENTRE NEUROCIENCIAS Y PSICOTERAPIAS

## PROCESSES OF REACTIVATION AND RECONSOLIDATION OF IMPLICIT MEMORIES: INTERACTION BETWEEN NEUROSCIENCES AND PSYCHOTHERAPIES

**Victoria Fernández-Puig**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8619-0815>

Universitat Ramon Llull,

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Barcelona, España

**Núria Farriols**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8302-9420>

Universitat Ramon Llull,

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Barcelona, España

Consorci Sanitari del Maresme-Hospital of Mataró,  
Adult Outpatient Mental Health Center, Mataró, España

**Jordi Segura**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8673-5523>

Universitat Ramon Llull,

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández-Puig, V., Farriols, N. y Segura, J. (2021). Procesos de reactivación y reconsolidación de las memorias implícitas: Interacción entre Neurociencias y Psicoterapias. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 67-80. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.858>



## Resumen

*En las últimas décadas, la interacción entre las neurociencias y las psicoterapias ha contribuido al avance de ambas: La visión objetiva y empírica de las primeras y la visión interpersonal y subjetiva de las segundas se complementan. De importancia primordial para ambas es el estudio de los procesos implícitos y afectivo-relacionales. Las memorias implícitas reflejan patrones inconscientes de aprendizaje situados en regiones subcorticales inaccesibles a la consciencia.*

*Las investigaciones muestran que, cuando una memoria a largo plazo es evocada y reactivada, sus sinapsis entran en un estado lábil, donde puede ser modificadas a nivel molecular. Para que se produzca la reconsolidación es necesario que se juxtaponga una experiencia vívida que sea discrepante respecto de la memoria desestabilizada. De esta forma, queda modificada de forma permanente en la misma red neuronal.*

*Estos procesos están en la base de intervenciones de diversas psicoterapias. En ellas se reactiva la memoria implícita que subyace a la producción del síntoma y, a partir de allí, se genera el encuentro con una experiencia discrepante. Cuanto más consciente y explícita es la reactivación de la memoria implícita, mayor es la capacidad de modificarla en la reconsolidación. En este proceso, la persona experimenta directamente el sentido profundo subyacente y la verdad emocional del síntoma. En el contexto del vínculo seguro con el terapeuta, la reactivación emocional subjetiva y los correlatos neurológicos se conforman para promover experiencias nuevas y más adaptativas.*

*Palabras clave: neurociencias afectivas, psicoterapia, memorias implícitas, reconsolidación de memorias, procesos de cambio.*

## Abstract

*In the last two decades, the interaction between neurosciences and psychotherapies has contributed to the advancement of both. The objective and empirical vision of neurosciences and the interpersonal and subjective vision of psychotherapies complement each other. Of primary significance is the study of implicit and affective-relational processes. Implicit memories reflect unconscious learning patterns located in subcortical regions inaccessible to consciousness.*

*Research shows that when a long-term memory is evoked and reactivated, its locked and encoded synapses enter an unstable state, where they can be modified through different molecular processes. For reconsolidation to occur, a mismatch experience needs to be juxtaposed to the destabilized memory. In this way, it is permanently modified in the same neural network.*

*These processes are at the base of interventions of various psychotherapies. In them, the implicit memory that underlies the production of the symptom is reactivated and the encounter with a discrepant experience is generated. The more conscious and explicit the reactivation of implicit memory, the greater the ability to modify it through reconsolidation. In this process, the underlying deep sense and emotional truth of the symptom is directly experienced. In the context of the secure attachment with the therapist, subjective emotional reactivation and neurological correlates are shaped to promote new and more adaptive experiences.*

*Keywords: affective neuroscience, psychotherapy, implicit memories, reconsolidation of memory, change processes.*

En estos últimos 40 años, los avances de las neurociencias han sido extraordinarios. Métodos de neuroimagen como la tomografía por emisión de fotón único (SPECT), la tomografía por emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética funcional (fMRI) han permitido obtener datos empíricos capaces de medir la intensidad de la actividad sináptica en diferentes lugares del cerebro. La relación entre psicoterapia y neurociencias se fundamenta en la constatación de que los procesos de aprendizaje psicológico implican cambios en la actividad sináptica cerebral. Gracias a la plasticidad del funcionamiento cerebral, los patrones neuronales que subyacen a nuestros comportamientos, emociones, interpretaciones, sensaciones subjetivas... evolucionan, se desarrollan y se transforman en función de diversas experiencias, entre ellas, la producida por una relación psicoterapéutica (Cozolino, 2010; Grawe, 2007; Capps et al., 2005). Numerosos estudios empíricos muestran cambios detectables en la actividad de patrones neuronales en el cerebro de una persona correspondientes a cambios en su experiencia y comportamiento (Peres y Nasello, 2008). En concreto, estudios comparativos entre intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas han encontrado que ambas provocan cambios bioquímicos, anatómicos y funcionales en la actividad cerebral (Botella y Corbella, 2005; Peres y Nasello, 2008). Todo ello muestra cómo a través de la psicoterapia, se promueven cambios y procesos integrativos en la mente emergente del paciente.

Los conocimientos de las neurociencias son relevantes para la práctica de la psicoterapia porque ofrecen una visión cada vez más detallada de los procesos bioquímicos y neuronales que subyacen a los procesos psicológicos. Lejos de una visión reduccionista, consideramos que los datos observables y biológicos de las neurociencias completan la visión interpersonal y subjetiva de los procesos psicológicos, sin establecer entre ellos una relación causal (Botella y Corbella, 2005; Capps et al., 2005; Toomey y Ecker, 2008; Welsh y Martin, 2013). Tal como afirma Panksepp (1998), los estudios muestran que una determinada experiencia emocional tiene un correlato en la activación de las redes cerebrales, por lo que sólo puede establecerse una relación de correlación, pero no una relación causal. De ahí el interés de una interacción entre estas dos disciplinas, de forma que del diálogo entre ellas puedan emerger nuevos significados (Capps et al., 2005; Cozolino, 2010; Grawe, 2007; Siegel, 2010).

En estos momentos, la comunicación entre neurociencias y psicoterapias es fuente de inspiración para ambas disciplinas. La visión objetiva y empírica de las primeras y la visión interpersonal y subjetiva de las segundas se complementan. Generar una mayor colaboración entre ellas, validar la diversidad de intervenciones y enfoques psicoterapéuticos y aportar información que permita mejorar la práctica clínica actual son algunos de sus desafíos. Las cuestiones relacionadas con los efectos neurobiológicos de la psicoterapia son consideradas ahora cuestiones relevantes para las neurociencias (Peres y Nasello, 2008).

En el texto, iniciamos el recorrido con unas notas sobre historia de las neurociencias y sobre el cerebro social y redes neuronales. Posteriormente, exponemos

las memorias implícitas, los procesos de reactivación y reconsolidación y cómo estos procesos se realizan en el marco de la psicoterapia. Terminamos exponiendo su interés en la práctica psicoterapéutica.

### Un Poco de Historia

A finales del siglo XIX, Santiago Ramón y Cajal y Camillo Golgi fueron los primeros en abrir la puerta a la comprensión del cerebro. Cajal acertaba al considerar que el sistema nervioso estaba formado por miles de millones de células nerviosas separadas y que las conexiones preexistentes entre grupos de células podrían reforzarse mediante la multiplicación de las ramas terminales de los apéndices de las células nerviosas.

En 1937, Papez, en su artículo, “A Proposed Mechanism of Emotion”, presenta la relación entre el sistema límbico y las emociones, así como su papel en la atribución de una valencia afectiva a los procesos de aprendizaje y memorización. En 1949, Donald Hebb sugirió que el sistema nervioso codificaba la información fortaleciendo las conexiones sinápticas entre las neuronas que se activaban simultáneamente. En 1973, Timothy Bliss y Terje Lomo publicaron el primer estudio sobre la potenciación a largo plazo (LTP). En 1989, Eric Kandel demostró cómo la conexión sináptica podía modificarse y reforzarse de manera permanente a través de la regulación de los procesos de aprendizaje. Posteriormente, demostró que la experiencia producía cambios permanentes en las conexiones sinápticas. Este aprendizaje dependiente de la experiencia se transcribe a corto plazo mediante el cambio en el nivel de sinapsis a través de proteínas existentes. La transcripción a largo plazo consiste en modificaciones estructurales producidas por la modulación de la expresión del genoma. Así se establece la evidencia de la plasticidad de nuestras estructuras cerebrales y se corrobora la contribución ambiental a la remodelación continua de nuestro cerebro al fortalecer, debilitar o silenciar sus circuitos sinápticos inmensamente complejos (Grosjean, 2005; Carter, 2003).

En 1990, Paul MacLean diferencia tres regiones en el cerebro en una jerarquía evolutiva: el complejo primitivo “reptil”, localizado en el tronco encefálico y completamente desarrollado al nacer; el cerebro “paleomamífero” o sistema límbico, parcialmente desarrollado al nacer y que continúa desarrollándose durante la primera infancia; y el complejo “neomamífero” o regiones corticales, mayormente subdesarrollado al nacer y que continúa desarrollándose hasta la juventud. En el primero, se encuentran las respuestas de supervivencia y la gestión de las regulaciones del organismo: respiración, reflejos, temperatura; en el segundo, las respuestas relacionales y emocionales, y en el tercero, funciones y habilidades más complejas. A partir de este modelo, Panksepp sitúa los afectos en el sistema límbico, paleomamífero, y destaca 7 sistemas emocionales primarios: búsqueda, ira, miedo, deseo sexual, pánico/tristeza, cuidado y juego (Carter, 2003; Dahlitz, 2015; Grosjean, 2005).

En estas dos últimas décadas, se consolidan los cambios derivados de una

mayor investigación en las neurociencias afectivas. El estudio del cerebro social se centra más en las estructuras subcorticales, en el hemisferio derecho y las regiones que reciben más atención son el córtex cingulado, la ínsula y el córtex orbitofrontal. Destacamos las aportaciones de los neurólogos Damasio y Ledoux sobre las relaciones entre emoción y aprendizaje, de Schore, con su investigación neurobiológica sobre los procesos emocionales y sociales, sobre todo en relación a las experiencias de apego y de Porges, donde identifica, en su teoría polivagal, el nivel de activación del sistema vago-ventral, conocido como el “sistema de participación social”. Entre los autores que han contribuido al acercamiento entre neurociencias y psicoterapias, destacamos las aportaciones de autores reconocidos como Grawe (2007), Cozolino (2006, 2010), Siegel (2010, 2015), Dahlitz, (2015) y Badenoch (2008).

### Cerebro Social

Los seres humanos somos criaturas sociales. Formamos colectivamente familias, comunidades y culturas. Las relaciones nos nutren y nos moldean en lo que somos. El cerebro es un órgano social, cuyo desarrollo y actividad requiere de la interacción con otros. Se puede definir como un conjunto de redes neuronales dedicadas a recibir, procesar y comunicar mensajes a lo largo de las sinapsis sociales. También es un órgano de adaptación cuyo desarrollo depende de las interacciones con otros (Cozolino, 2010; Grawe, 2007; Siegel, 2010). Muchas redes neuronales se forman después de nacer. Se configuran los sistemas de memoria, emoción, apego y éstas serán las infraestructuras sobre las que se asentarán las funciones más complejas. De esta forma, el cerebro es una estructura en constante proceso dinámico de desarrollo y reconstrucción dependiente de las experiencias que tiene (Crafa, 2001; Cozolino, 2006; Shore, 2001).

El cerebro social gira en torno a lo que Siegel llama la región prefrontal media que incluye la corteza orbitofrontal, la corteza prefrontal ventromedial, la ínsula y la corteza cingulada anterior. En ella residen las estructuras primitivas centrales para la experiencia de nosotros mismos y de nuestra conexión con los otros (Siegel, 2010). Esta región es la interfaz entre las regiones corticales integradoras, planificadoras y reflexivas y el sistema límbico y, junto con la activación vagal ventral, constituye la neurofisiología del sistema social que media la comunicación sintonizada, la capacidad de respuesta flexible, la regulación del afecto, la empatía, la comprensión, la moralidad y la intuición (Badenoch, 2008; Cozolino, 2010).

A nivel de desarrollo, el hemisferio derecho tiene un ritmo de crecimiento mayor durante el primer año de vida, donde se establecen las primeras relaciones de apego y es en el segundo año cuando empieza a desarrollarse el hemisferio izquierdo. Evolutivamente, la dominancia del hemisferio derecho en el funcionamiento emocional y corporal y su habilidad para procesar esta información de forma reflexiva e inconsciente ha liberado el hemisferio izquierdo y le ha permitido desarrollar habilidades para razonar, analizar, gestionar la comunicación y adquirir

habilidades cognitivas (Cozolino, 2006, 2010; Schore, 2014).

### **Redes Neuronales**

Nuestro sistema neuronal está organizado en una jerarquía de redes cada vez más complejas. Las neuronas individuales cuentan, en promedio, con 10.000 conexiones con otras neuronas. A través de las conexiones crean redes neuronales, que se van integrando con muchas otras para realizar diversas funciones. Las redes neuronales incluyen neuronas concentradas en diferentes áreas del cerebro y que se comunican con neuronas de otras áreas (Dahlitz, 2015; Siegel, 2010). Una función mental específica incluye diferentes áreas y el procesamiento de la información se realiza en paralelo, mediante complejos sistemas de retroalimentación desde varias regiones del cerebro. Así pues, para reconocer una silla, se activa un conjunto de redes neuronales distribuidas por todo el cerebro (Grawe, 2007). Además, trabajando conjuntamente con las neuronas, están las células gliales que también mantienen entre sí una red de comunicación.

La plasticidad, a través del proceso de potenciación a largo plazo, es la forma en que los seres humanos crean y modifican las conexiones neuronales en respuesta a la experiencia. La potenciación a largo plazo, (LPT), es un aumento en la eficacia de las sinapsis como resultado de un estímulo. Gracias a la LTP, la excitación entre neuronas se mantiene permitiendo que queden sincronizados sus patrones de excitación y que queden organizadas en redes neuronales. Cozolino (2006) describe estos procesos de cambio como tres sistemas de mensajeros: el primer mensajero son los neurotransmisores que atraviesan la zona sináptica y causan la excitación de la neurona post-sináptica. El segundo sistema consiste en los cambios metabólicos biológicos que se producen en las neuronas pre- y post-sinápticas. El tercer sistema mensajero son los cambios internos en las células eferentes que desencadenan una transcripción genética en el núcleo de la neurona, lo que va a guiar la formación y remodelación de las redes neuronales, pudiendo llegar a crear nuevas neuronas (Cozolino, 2006).

De esta forma, se estimula el crecimiento de las neuronas por transcripción del RNA, y la aparición de nuevas neuronas y el crecimiento y formación de redes neuronales (Sandi et al., 2001).

Esto significa que el cerebro es capaz de renovarse. Los estudios confirman la capacidad de neurogénesis fundamentalmente en áreas implicadas en la realización de nuevos aprendizajes como son el hipocampo, la amígdala y el córtex cerebral (Gross, 2000). Además, se confirma que la capacidad de generar nuevas neuronas se conserva a lo largo de la vida y que las neuronas generadas como resultado del aprendizaje son funcionales y se asocian con una mejor memoria y plasticidad (Cappas et al., 2005).

### **Memorias Implícitas**

De importancia primordial para las neurociencias y las psicoterapias es el cambio de paradigma desde los procesos explícitos, conscientes, cognitivos, a los procesos implícitos, inconscientes, afectivo-relacionales, del cerebro derecho (Schore, 2014). Las memorias explícitas son aquellas que almacenan conocimiento consciente, episódico, autobiográfico y declarativo. A nivel neuronal, involucran al hipocampo, regiones neocorticales, con un sesgo hacia el hemisferio izquierdo. Por el contrario, las memorias implícitas involucran la amígdala y otras regiones subcorticales, con un sesgo hacia en el hemisferio derecho. Las memorias implícitas son funcionales al nacer, mientras que las memorias explícitas se vuelven funcionales después de tres o cuatro años de vida. En todo caso, los sistemas de memorias implícitas y explícitas se superponen y a menudo se usan conjuntamente en muchas experiencias de aprendizaje.

A diferencia de los recuerdos subjetivos de experiencias personales pasadas (memoria episódica, autobiográfica) o hechos (memoria semántica), las memorias implícitas consisten patrones inconscientes de aprendizaje situados en regiones subcorticales inaccesibles a la consciencia. Al activarse una memoria implícita específica, la persona experimenta una inmersión en un estado somático, emocional, cognitivo y relacional concreto, y esto sucede porque sus patrones de respuesta afectan la liberación sináptica de neurotransmisores involucrados en la generación de un estado de ánimo, de pensamiento y de acción determinado. Estas memorias se forman fuera de la conciencia y generalmente en presencia de una emoción fuerte, y se mantienen a pesar de que no haya ningún recuerdo de las experiencias y aprendizajes que las crearon en el pasado (Eckner, 2015; Lane et al., 2015).

### **Memorias Implícitas Vinculadas al Apego**

Las memorias implícitas vinculadas al apego son las más importantes. En las experiencias tempranas, el ser humano aprende las reglas y patrones de interacción a los que ha estado expuesto. Este registro implícito de prototipos relacionales, no consciente, influye posteriormente en las formas en que el sujeto considera, inicia o interpreta relaciones futuras. Así, por ejemplo, si un niño pequeño, cuando expresa sus necesidades, recibe constantemente una respuesta de enfado y rabia por parte del padre, va a aprender a no expresarse y no esperar comprensión o consuelo de los demás. Este aprendizaje es adaptativo puesto que le ayuda a minimizar el sufrimiento en ese entorno familiar. Sin embargo, al estar fuera de la conciencia, estos aprendizajes moldean el comportamiento del niño, y luego del adulto, siendo el individuo completamente inconsciente de vivir de acuerdo con ellos. Más adelante en la vida, estos patrones aprendidos se mantienen y traen consecuencias personales que limitan la calidad de sus relaciones interpersonales. Al no ser directamente accesibles mediante un proceso de pensamiento consciente, se mantiene una fuerte tendencia a repetir estos patrones originales. Por lo tanto, la exposición temprana a una figura de apego inadecuada predispone al individuo

a involucrarse en las relaciones siguiendo patrones no óptimos (Cozolino, 2006, 2010; Schore, 2001, 2014).

Las memorias implícitas son responsables de la gran mayoría de los problemas y síntomas que llevan a las personas a la psicoterapia, dado que se caracterizan por estar en estado disociado y encapsulado, lo cual las mantiene aisladas e inmunes a experiencias y conocimientos adquiridos en la vida (Ecker y Toomey, 2008).

### **Reactivación y Reconsolidación de Memorias Implícitas**

El término “reconsolidación” se introdujo originalmente en el contexto de una discusión sobre la recuperación de la memoria. En 1972, Spear planteó la pregunta sobre cómo se modifican los cambios en las memorias cuando van adquiriendo más conocimientos: ¿La memoria ya completada se consolida de nuevo o sólo se consolida la memoria correspondiente a la nueva información? (Nader, 2015). A finales de la década de 1990, los neurocientíficos refutaron el antiguo principio de consolidación irreversible y se iniciaron los estudios sobre los procesos de consolidación y reconsolidación de las memorias. En estos años, la investigación sobre la memoria ha demostrado que es un proceso dinámico en la medida en que los recuerdos establecidos pueden entrar en estados de inestabilidad transitoria una vez reactivados y, desde este estado de inestabilidad, modificarse antes de la reconsolidación a un estado más estable (Dahlitz, 2014). Sólo mientras la memoria a largo plazo es evocada y reactivada, sus sinapsis estables y codificadas entran en un estado lábil donde pueden ser modificadas a nivel molecular (Dahlitz 2015; Ecker y Toomey, 2008; Ecker, 2015; Nader, 2015; Toomey y Ecker, 2009). Las conclusiones de varias investigaciones indican que, para fortalecerse, una memoria debe someterse a un proceso de reconsolidación, es decir, el fortalecimiento de la memoria está mediado por mecanismos de reconsolidación y no de consolidación (Ecker y Toomey, 2008; Toomey y Ecker, 2009). La diferencia entre los procesos de consolidación y de reconsolidación es que la consolidación se inicia con la adquisición de nueva información, mientras que la reconsolidación se inicia con la reactivación de la memoria consolidada.

Siguiendo las explicaciones de Nader (2015), nos atrevemos a resumir los descubrimientos a nivel bioquímico sobre estos procesos. Por un lado, el proceso de reconsolidación está mediado por la sustitución de los receptores AMPA permeables al calcio por receptores AMPA impermeables al calcio. Según los últimos estudios, estos procesos se realizan a partir de una isoforma atípica de la proteína quinasa C llamada M zeta (PKM $\zeta$ ), fundamental para mantener la memoria a largo plazo. Normalmente, su acción persistente mantiene la LTP a través de la regulación continua de los receptores AMPAR que contienen GluR2 postsinápticamente. Sin embargo, si su acción no persiste, si hay una inactivación transitoria, se produce como resultado una pérdida de LTM (Migues et al., 2010; Nader, 2013 citados en Dahlitz, 2015). De esta forma se indentifican dos fases en la LPT: una fase transitoria temprana (E-LTP) y una fase estabilizada posterior dependiente de la síntesis

de ARN y proteínas (L-LTP) (Nader, 2015).

En un primer lugar se descubrió que cuando las memorias consolidadas se reactivaban, entraban en un estado de desconsolidación, es decir, las sinapsis de las redes neuronales de esta memoria se encontraban en un estado inestable o “lábil”. Estudios sobre la interrupción del proceso de reconsolidación mediante la aplicación de agentes químicos capaces de interrumpir la realización de las sinapsis de las neuronas implicadas, confirmaron que el estado lábil de desconsolidación de la memoria dura aproximadamente cinco horas, un período ampliamente conocido ahora como la ventana de reconsolidación. Durante este periodo, la memoria reactivada puede modificarse o anularse (Dahlitz 2015; Ecker y Toomy, 2008; Toomey y Ecker, 2009).

Desde una perspectiva evolutiva, la desconsolidación y la reconsolidación forman parte del proceso del cerebro para actualizar los aprendizajes y los recuerdos incorporando nueva información. El cerebro inicia el complejo proceso neuroquímico de reconsolidación cuando hay nuevos conocimientos que requieren una actualización de la memoria. Pedreira et al. (2004) fueron los primeros en demostrar que la reactivación de una memoria por sí sola no conlleva un proceso de desconsolidación y reconsolidación. Para que se produzca la reconsolidación, la reactivación debe ir acompañada o seguida de una experiencia de desajuste respecto a lo que la memoria inicial reactivada “sabe” o espera. Para que exista esta experiencia, es necesario que la persona viva una experiencia fluida y dinámica de discrepancia significativa entre lo que se espera y lo que realmente se experimenta.

En estas condiciones, la codificación de la memoria original se reescribe de acuerdo con este nuevo aprendizaje, anulando permanentemente su contenido inicial. Esto no implica que se pierda el recuerdo ni otras memorias explícitas vinculadas. Por lo tanto, la reconsolidación y toda su compleja maquinaria celular y molecular es un fenómeno impulsado por la experiencia (Dahlitz 2015; Ecker y Toomy, 2008).

### **Aplicaciones en las Psicoterapias**

En realidad, mucho antes del descubrimiento de la secuencia de experiencias que desencadena la reconsolidación, los psicoterapeutas ya habían reconocido este fenómeno a partir de sus observaciones clínicas, y guiaban conscientemente a los pacientes a través de esta secuencia para lograr el cambio terapéutico (Ecker y Toomy, 2008).

Son muchos los ejemplos de aplicación de estos conocimientos en la psicoterapia. Numerosas propuestas experienciales de diversas psicoterapias pueden entenderse a la luz de este proceso. Una de ellos es el llamado enfoque dual, un estado experiencial en el que la atención se dirige simultáneamente a una memoria traumática interna y al entorno externo seguro de la relación psicoterapéutica. En el enfoque dual, la persona mantiene una distancia subjetiva entre la atención consciente y los contenidos atendidos de la memoria traumática. Como consecuencia de este proceso se logra una rápida y duradera depotenciación de la memoria traumática

y el cese de los síntomas del TEPT (Ecker y Toomey, 2008; Van der Kolk, 2006). Otro ejemplo es la terapia de la coherencia ha sido diseñada por Ecker y Toomey a partir del estudio detallado de estos procesos (Ecker, 2015; Toomey y Ecker, 2009).

En psicoterapia, el primer objetivo es identificar la memoria implícita que subyace e impulsa la producción del síntoma, para después, generar la secuencia de experiencias que desencadenará su reconsolidación. Para ello, es necesario que se reactive como experiencia consciente y explícita y sea directamente refutada por una experiencia vívida y concurrente de carácter discrepante (Toomey y Exker, 2009).

El proceso sigue los siguientes pasos:

1. *Memoria reactivada y consciente*: Concretando en la terapia, en primer lugar, se llevan a la conciencia directa y explícita los aprendizajes emocionales implícitos e inconscientes que impulsan un síntoma dado. A partir de la atención a la experiencia, van emergiendo una serie compleja de aprendizajes emocionales implícitos subyacentes, algunos de los cuales involucraban recuerdos traumáticos de varias etapas de desarrollo de su vida. La reactivación de la memoria implícita implica su reactivación como experiencia consciente y explícita del máximo del conjunto específico de significados y expectativas que la componen. Esta experiencia debe estar lúcida y explícitamente en la conciencia, lo cual se facilita verbalizando específicamente este material, mientras la persona lo está sintiendo emocional y somáticamente. El o la psicoterapeuta puede facilitar la reactivación guiando al cliente a volver a visitar imaginariamente una situación reciente que reactiva el esquema y el síntoma (Dahlitz 2015; Ecker y Toomy, 2008; Toomey y Ecker, 2009).

Las memorias implícitas que son objeto de transformación en la psicoterapia suelen ser muy antiguas y también muy fuertes, ya que involucran, y se formaron en presencia de una emoción intensa y contingencias urgentes. Las investigaciones muestran que cuanto más fuerte y / o más antigua es la memoria implícita, más fuerte debe ser la reactivación para que se produzca la desestabilización (Ecker y Toomy, 2008; Toomey y Ecker, 2009).

2. *Encuentro con vivencia discrepante*: Cuando la memoria implícita que mantiene la producción de síntomas se convierte en una experiencia consciente y explícita, continúa sintiéndose como real y convincente, y persiste en impulsar la producción de síntomas. Sin embargo, al ser recuperados en la conciencia explícita y consciente, los aprendizajes emocionales implícitos se vuelven completamente disponibles para el contacto con otro conocimiento desconfirmante que puede inducir un cambio transformacional a través de experiencias de desajuste. Este conocimiento debe ser una experiencia vivida capaz de entrar en discrepancia con la memoria implícita, siendo insuficiente pensar o escuchar una información que sea discrepante. Sólo entonces, puede la persona experimentar una disminución del estado somático, emocional, mental e interpersonal vinculado a la memoria reactivada y los síntomas cesan. La nueva memoria se mantiene durante aproximadamente cinco horas en un estado de desestabilización, antes de quedar definitivamente reconsolidada. A partir de entonces, ya no volverá a activarse por situaciones y

señales que antes la activaban.

Ecker y Toomey (2008) exponen algunas aclaraciones prácticas que aparecen en torno a estos procesos:

1. Típicamente, las memorias implícitas que generan síntomas se vuelven a activar en situaciones cotidianas de la vida cotidiana, y se mantienen a pesar de las refutaciones que le proporcione la vida. En este caso, no hay reconsolidación puesto que la memoria, todo y estar reactivada, permanece fuera de la consciencia. Por lo tanto, no puede haber una experiencia de desajuste y la memoria permanece inalterable.
2. Reconsolidación de memorias implícitas vinculadas a experiencias de apego: Este proceso también permite entender por qué, a pesar de que las experiencias de apego originales y problemáticos se hayan vuelto conscientes y se haya creado con éxito una narrativa autobiográfica coherente, el esquema de apego continúa sintiéndose como si fuera real. La persona ahora puede reconocerlo cognitivamente como verdadero en “el pasado”, pero no en “el presente”. Aun así, sigue sintiéndolo poderosamente real. Se necesitará reactivar esta memoria para poder transformarla como resultado de un proceso de reconsolidación.
3. Necesidad de la reactivación de la memoria implícita: Los terapeutas pueden creer que están guiando un estado de desajuste suficientemente vivido en la experiencia, cuando en realidad el trabajo es demasiado cognitivo y no lo suficientemente experiencial para crear una verdadera experiencia de yuxtaposición. Esto también puede dar la impresión de que el proceso ha sido ineficaz, cuando en realidad no se ha guiado adecuadamente y no se han cumplido los requisitos del cerebro.
4. Diferencia con la adquisición de una estrategia para desactivar la vivencia de una memoria implícita y el proceso reconsolidación: La diferencia fundamental entre la adquisición de una nueva estrategia y un proceso de reconsolidación radica en que, en la primera, la memoria implícita, al no estar reactivada, no puede ser modificada, y, por tanto, el aprendizaje de la estrategia se codifica en otra red neuronal. Sin embargo, en el proceso de reconsolidación, la memoria implícita está reactivada y queda modificada en la misma red neuronal de la memoria implícita. En el primer caso, la memoria implícita puede volver a activarse, en el segundo, no hay posibilidad de que pueda volver a resurgir. Así, un procedimiento de aprendizaje particular puede tener efectos neurológicos y conductuales extremadamente diferentes según se lleve a cabo o no mediante un proceso de reconsolidación (Toomey y Ecker, 2009).

### **Relación Terapéutica Facilitadora**

Toomey y Ecker (2009) explicitan los motivos que hacen de la relación terapéutica el contexto interpersonal idóneo para la reconsolidación de memorias implícitas:

- a) Vínculo seguro: gracias al cual la persona se siente acompañada por el o la psicoterapeuta en el proceso de acercarse a la experiencia subjetiva desagradable.
- b) Fomento de la alineación de conocimientos neocorticales y subcorticales. Al estar en una conexión empática con el terapeuta ayuda a la persona a retener la participación del estado adulto, capaz de observarse a sí mismo. Esto tiene dos efectos cruciales que promueven la integración neuronal: 1) El material emocional no resuelto ahora es tolerable de experimentar y el cliente puede abrirse a él y permitir su integración. 2) Retener hasta cierto punto la perspectiva del estado neocortical adulto mientras se sumerge en el material subcortical permite al cliente aprehender, verbalizar e integrar los significados generadores de síntomas que formó originalmente, lo que prepara el escenario para transformarlos.
- c) Creación de un estado de bienestar neuroafectivo óptimo. La mayoría de los clientes de terapia inicialmente consideran su síntoma presente como una forma de irracionalidad o deficiencia, pero en el proceso de reconsolidación se experimenta directamente el sentido profundo subyacente y la verdad emocional del síntoma. Esto incluye inherentemente la experiencia de una profunda conexión con uno mismo, de coherencia y autenticidad de uno mismo y la experiencia de ser visto, escuchado y comprendido íntimamente, en este mismo nivel de profundidad, por otro ser humano, el o la psicoterapeuta.

### **Consideraciones Finales**

Esperamos que la comprensión de los procesos de reconsolidación de las memorias implícitas sea de interés para guiar y facilitar un cambio duradero y liberador en la psicoterapia. Nuestra intención al escribir este artículo es despertar la curiosidad hacia los correlatos neuronales, los procesos biofisiológicos y neurológicos que suceden en nuestros cerebros cuando estamos en una sesión de psicoterapia. Desde hace tiempo, consideramos que este conocimiento nos puede ayudar a comprender los procesos emocionales e interpersonales que suceden en la psicoterapia y a optimizar nuestras intervenciones (Fernández-Puig et al., 2017), promoviendo una interacción entre la experiencia y el conocimiento científico, en un diálogo mutuamente enriquecedor. Conscientes de que muchos temas de interés quedan pendientes de elaborar, consideramos que es importante el desarrollo continuado del diálogo entre las neurociencias y la diversidad de psicoterapias.

## Referencias

- Badenoch, B<sup>a</sup>. (2008). *Being a Brain-Wise Therapist: A Practical Guide to Interpersonal Neurobiology* [Ser un terapeuta inteligente: una guía práctica para la neurobiología interpersonal]. Norton.
- Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva. Patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de Psicoterapia*, 16(51), 77-103.
- Cappas, N. M., Andres-Hyman, R. y Davidson, L. (2005). What psychotherapists can begin to learn from neuroscience: seven principles of a brain-based psychotherapy [Lo que los psicoterapeutas pueden comenzar a aprender de la neurociencia: siete principios de una psicoterapia basada en el cerebro]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 374–383. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.374>
- Carter, S. (2003). The nature of feelings and emotion-based learning within psychotherapy and counselling: Neuroscience is putting the heart back into emotion [La naturaleza de los sentimientos y el aprendizaje basado en las emociones dentro de la psicoterapia y el asesoramiento: la neurociencia está devolviendo el corazón a las emociones]. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 6(3), 225-241. <https://doi.org/10.1080/0967026042000269683>
- Cozolino, L. (2006). *Neuroscience of human relationships. Attachment and the developing social brain* [Neurociencia de los chips de relaciones humanas. Apego y desarrollo del cerebro social]. Norton.
- Cozolino, L. (2010). *Neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the social brain* [Neurociencia de la psicoterapia. Construyendo y reconstruyendo el cerebro social]. Norton.
- Crafa, D. (2015). Neural correlates of social development [Correlatos neurales del desarrollo social]. En J. D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (vol. 16, pp. 600-605). Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.23206-6>
- Dahlitz, M. J. (2015). Neuropsychotherapy: Defining the emerging paradigm of neurobiologically informed psychotherapy [Neuropsicoterapia: Definiendo el paradigma emergente de la psicoterapia informada neurobiológicamente]. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(1), 47–69. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2015.0047-0069>
- Ecker, B. (2015). Memory reconsolidation understood and misunderstood [Reconsolidación de la memoria entendida e incomprensida]. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(1), 2–46. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2015.0002-0046>
- Ecker, B. y Toomey, B. (2008). Depotentiation of symptom-producing implicit memory in coherence therapy [Despotenciación de la memoria implícita que produce síntomas en la terapia de coherencia]. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(2), 87–150. <https://doi.org/10.1080/10720530701853685>
- Fernández-Puig, V., Farriols, N. y Segura, J. (2017). Aportaciones de las neurociencias a la comprensión de la experiencia psicoterapéutica humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 127-141. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.172>
- Gross, C. (2000). Neurogenesis in the adult brain: death of a dogma [Neurogénesis en el cerebro adulto: muerte de un dogma]. *Nature Reviews Neuroscience*, 1, 67–73. <https://doi.org/10.1038/35036235>
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy. How the neuroscience inform effective psychotherapy* [Neuropsicoterapia. Cómo la neurociencia informa a la psicoterapia eficaz]. Psychology Press.
- Grosjean, B<sup>a</sup>. (2005). From synapse to psychotherapy: The fascinating evolution of neuroscience [De la sinapsis a la psicoterapia: la fascinante evolución de la neurociencia]. *American Journal of Psychotherapy*, 59(3), 181-97. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2005.59.3.181>
- Lane, R., Ryan, L., Nadel, L. y Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotion arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science [La reconsolidación de la memoria, la excitación de las emociones y el proceso de cambio en la psicoterapia: nuevos conocimientos de la ciencia del cerebro]. *Behavioral and Brain Science*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Míguas, P. V., Hardt, O., Wu, D. C., Gamache, K., Sacktor, T. C., Wang, Y. T. y Nader, K. (2010). PKMzeta maintains memories by regulating GluR2-dependent AMPA receptor trafficking [PKMzeta mantiene la memoria regulando el tráfico del receptor AMPA dependiente de GluR2]. *Nature Neuroscience*, 13(5), 630-634. <https://doi.org/10.1038/nn.2531>
- Nader, K. (2013). The discovery of memory reconsolidation [El descubrimiento de la reconsolidación de la memoria]. En C. M. Alberini (Ed.), *Memory Reconsolidation* (pp. 1-13). Academic Press.
- Nader, K. (2015). Reconsolidation and the dynamic nature of memory [La reconsolidación y la naturaleza dinámica de la memoria]. En K. Giese y K. Radwanska (Eds.), *Novel Mechanisms of Memory* (pp.1-20). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-24364-1\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24364-1_1)

- Pedreira, M. E., Perez-Cuest, L. M. y Maldonado, H. (2004). Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction [La falta de coincidencia entre lo que se espera y lo que realmente ocurre desencadena la reconsolidación o extinción de la memoria]. *Learning & Memory*, *11*, 579–585. <https://doi.org/10.1101/lm.76904>
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundations of humans and animals emotions* [Neurociencia afectiva. Los fundamentos de las emociones humanas y animales]. Oxford University Press.
- Peres, J. y Nasello, A. G. (2008). Psychotherapy and neuroscience: towards closer integration [Psicoterapia y neurociencia: hacia una integración más estrecha]. *International Journal of Psychology*, *43*(6), 943-957. <https://doi.org/10.1080/00207590701248487>
- Sandi, C., Venero, C. y Cordero, M. I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Ariel.
- Siegel, D. (2010). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Desclée de Brouwer.
- Siegel, D. (2015). *Cerebro y mindfulness*. Paidós.
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health [Efectos de una relación de apego segura en el desarrollo del cerebro derecho, la regulación del afecto y la salud mental infantil]. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N)
- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy [El hemisferio derecho es dominante en psicoterapia]. *Psychotherapy*, *51*(3), 388-397. <https://doi.org/10.1037/a0037083>
- Toomey, B. y Ecker, B. (2009). Competing visions of the implications of neuroscience for psychotherapy [Visiones contrapuestas de las implicaciones de la neurociencia para la psicoterapia]. *Journal of Constructivist Psychology*, *22*(2), 95-140. <https://doi.org/10.1080/10720530802675748>
- Van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD [Implicaciones clínicas de la investigación en neurociencias en TEPT]. *New York Academy of Sciences*, *1071*(1), 277-293.
- Welsh, R. y Martin, L. (2013). Revisioning a systemic approach to neuroscience and psychotherapy [Revisión de un enfoque sistémico de la neurociencia y la psicoterapia]. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *2*(2), 116–123. <https://doi.org/10.1037/cfp0000004>

# APORTACIONES DE LA TECNOLOGÍA A LA PSICOTERAPIA: EL POTENCIAL DE LA REALIDAD VIRTUAL

## TECHNOLOGICAL CONTRIBUTIONS TO PSYCHOTHERAPY: THE POTENTIAL OF VIRTUAL REALITY

**Guillem Feixas**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6288-6009>

Catedrático en la Universidad de Barcelona. España

**Jordi Alabèrnia-Segura**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0950-8057>

Asistente de investigación en la Universidad de Barcelona. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Feixas, G. y Alabèrnia-Segura, J. (2021). Aportaciones de la tecnología a la psicoterapia: El potencial de la realidad virtual. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 81-93. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.859>



## Resumen

*La Realidad Virtual (RV) permite que las personas se adentren en entornos tridimensionales generados por ordenador e interactúen con ellos. La capacidad para hacer sentir que el usuario está presente en una situación creada artificialmente la convierte en una herramienta con potencial para revolucionar la psicoterapia. La RV ha demostrado ser útil en el tratamiento de trastornos relacionados con la ansiedad, el estrés y la conducta alimentaria, y a la vez que muestra resultados prometedores en otras áreas. La RV también permite encarnarse en un avatar (virtual embodiment) lo que permite muchas posibilidades para recrear interacciones e incluso para estimular el diálogo con uno mismo. Hasta el momento, el foco de atención se ha centrado en la recreación de escenarios de la realidad externa, pero la representación de la realidad interna puede abrir una nueva frontera. EYME-Explore Your Meanings es una plataforma digital evolucionada de la técnica de rejilla que usa la RV para la exploración de la identidad personal. Permite mejorar la autoconciencia y el autoconocimiento, avanzando de esta forma el proceso psicoterapéutico en un contexto de terapia individual o de grupo. El uso de la RV en psicoterapia también genera retos que se deberán afrontar para comprobar su viabilidad. Es necesaria más investigación para conocer en profundidad el impacto que puede tener la RV en la prevención, evaluación y tratamiento de una gran variedad de situaciones y trastornos psicológicos.*

*Palabras clave: psicoterapia asistida con tecnología, tratamientos psicológicos, identidad personal, encarnación.*

## Abstract

*Virtual Reality (VR) allows people to enter and interact with three-dimensional computer-generated environments. The ability to make the user feel that he is present in a fabricated situation makes it a tool with the potential to revolutionize psychotherapy. VR has been shown to be helpful in the treatment of disorders related to anxiety, stress, and eating behaviors, and has shown promising results in other areas as well. VR also enables the virtual embodiment of a person into an avatar, which offers many possibilities to recreate interactive situations or even to improve self-dialogue. Until recently, the focus of attention has been on the recreation of the external reality, but the representation of the internal reality might open a new frontier. EYME-Explore Your Meanings is a digital platform evolved from the repertory grid technique that uses VR for the exploration of personal identity. With it, therapists encourage their clients to become more self-aware and improve their self-knowledge, thus advancing the psychotherapeutic process in the context of both individual and group therapy. The use of VR also creates challenges that must be faced to verify its viability. More research is needed to gain an in-depth understanding of the impact VR can have on the prevention, assessment, and intervention in a great variety of situations and psychological disorders.*

*Keywords: technology-assisted psychotherapy, psychological treatments, personal identity, embodiment.*

Las tecnologías de la información y la comunicación, que engloban, entre otras, el uso de ordenadores, tabletas y teléfonos inteligentes (e.g., Reger y Gahm, 2009), juegos electrónicos (e.g., Fleming et al., 2017), Realidad Virtual (RV), Realidad Aumentada (e.g., Riva et al., 2016) e Internet (e.g., Andersson y Titov, 2014; Gutiérrez-Maldonado y Quintana, 2001), tienen el potencial para transformar y mejorar todos los campos de la psicología (e.g., Botella et al., 2012). Esta rápida innovación tecnológica abre un mundo de oportunidades y retos también para la psicoterapia.

El interés por la RV y sus posibles aplicaciones, tanto para el estudio como la práctica de la psicología, apareció hace tres décadas. Este interés ha ido en aumento en los últimos años gracias a los avances tecnológicos y a las nuevas posibilidades que estos brindan (Cipresso et al., 2018). La RV permite que las personas se adentren en entornos tridimensionales generados por ordenador e interactúen con ellos en tiempo real (Schultheis y Rizzo, 2001), pero es la capacidad de inducir el sentido de presencia y de inmersión que más la diferencia de otro tipo de medios y la convierte en una potente herramienta terapéutica (Gorini et al., 2011).

El sentido de presencia se define como el grado de “estar ahí” y está marcado por el sentido de inmersión y el sentido de interacción (Barfield y Furness, 1995; Sánchez-Vives y Slater, 2005). El sentido de inmersión depende de los dispositivos utilizados, como por ejemplo el tipo de casco de RV. El sentido de interacción, como su nombre indica, hace referencia al grado de interacción y manipulación que tienen las personas sobre el entorno virtual.

Esta capacidad de “estar ahí” es uno de los factores responsables por el cual la RV puede provocar las reacciones físicas, emocionales, y psicológicas necesarias para el éxito terapéutico (Martens et al., 2019). Al ofrecer una experiencia virtual similar a una experiencia real, la RV permite una transferencia de las habilidades aprendidas casi de forma automática.

### **Principales Usos de la RV en Psicoterapia**

Durante años y limitado por la tecnología del momento, el uso de la RV en psicoterapia se centró principalmente en la exposición para trastornos de ansiedad. El proceso es simple, al paciente se le presenta el estímulo temido en un ambiente virtual mientras la ansiedad se reduce (Riva y Mantovani, 2012). Además, existe la posibilidad de generalizar la respuesta mediante la exposición a múltiples escenarios virtuales. Se ha observado que la terapia de exposición mediante realidad virtual es capaz de reducir la ansiedad con resultados similares a los obtenidos mediante el uso de terapias convencionales (Carl et al., 2019).

Otro de los campos más explorados en el uso de la RV en psicoterapia son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA; Gutiérrez-Maldonado et al., 2018). La terapia basada en exposición mediante RV se ha demostrado efectiva en el tratamiento de estos trastornos cuando es utilizada en el contexto de un proceso de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), por ejemplo, junto con la prevención de

respuesta en el caso de los atracones o bien para reducir la ansiedad que sienten frente a la comida las pacientes con anorexia. Además, parece ser especialmente adecuada para la reducción de las alteraciones de la imagen corporal y para aumentar la autoestima y la autoeficacia (Ferrer-García y Gutierrez-Maldonado, 2013). Así, la exposición para los TCA consiste en la presentación de comida, distintos tipos de cuerpo e incluso la encarnación (*embodiment*) de un cuerpo saludable (Clus et al., 2018). Esta capacidad para poder encarnar y sentir que el avatar utilizado en el mundo virtual es el propio cuerpo es resultado del rápido desarrollo de la tecnología de inmersión y ha abierto una nueva línea de investigación, el *virtual embodiment*.

### **Utilidad del *Virtual Embodiment* para la Psicoterapia**

Una persona puede sentirse encarnada en un cuerpo virtual cuando este le es presentado desde una perspectiva de primera persona. En estos escenarios se suele utilizar un espejo virtual para que el sujeto pueda examinar su cuerpo y reforzar, consecuentemente, la ilusión de propiedad (Slater, 2017).

El *virtual embodiment* ha sido utilizado en el manejo de dolor con resultados positivos y prometedores (Castelnuovo et al., 2016). Esto es debido a que el sentido de presencia convierte a la RV en una herramienta de distracción excepcional y permite la reducción de la ansiedad y el aumento de las emociones positivas (Triberti et al., 2014).

Aunque hay evidencias sobre la utilidad de la RV en el tratamiento de los trastornos mencionados, como los de ansiedad, los relacionados con el estrés y los de la conducta alimentaria, todavía no hay evidencia esclarecedora sobre su utilidad en otro tipo de trastornos, como los depresivos y los psicóticos (Riva et al., 2016; Geraets et al., 2021). No obstante, hay estudios que han observado un beneficio en el uso de la RV para el tratamiento de la depresión. Aprovechando el *virtual embodiment* han conseguido mejorar la autocompasión y aliviar los síntomas de la depresión (Falconer et al., 2016; Shah et al., 2015). En el estudio de Falconer et al. (2016), esto lo consiguieron haciendo que los participantes encarnaran de forma sucesiva el cuerpo de un adulto y luego el de un niño para generar sentimientos de simpatía hacia uno mismo y reducir la autocrítica.

### **Estimular la Conversación con Uno Mismo Gracias al *Virtual Embodiment***

Una de las aplicaciones del *virtual embodiment* más innovadoras e interesantes para la psicoterapia (o más bien para el counselling) lo constituye su uso para el auto-diálogo orientado a resolver problemas comunes (véase Slater et al., 2019). Se trata de un dispositivo muy ingenioso que consiste en un proceso por fases. En la primera, el cliente o participante en el estudio es recibido por un profesional del counselling o de la psicoterapia que le ayuda a formular en una frase su demanda, indicando un problema común (e.g., “me siento inseguro cuando intento hablar con una chica”; “cuando me equivoco en el trabajo me cuesta reconocerlo y cambiar la forma de proceder”) que le cause un cierto malestar (no indicado para problemas

graves o que causen un alto grado de malestar) y el cambio que querría conseguir. En la misma sesión se escanea su cuerpo para crear un avatar que lo represente de forma fidedigna. En la sesión siguiente se establece la siguiente secuencia (video disponible en <https://youtu.be/GJ6cAVxQOwo>):

1. El/la participante se sienta en una silla con un completo dispositivo de RV (gafas y sensores) con el que observa en primera persona sus propios movimientos y su avatar en un espejo que se mueve exactamente igual que la persona (para generar una plena identificación con el avatar). El contexto que visualiza es el de una consulta psicológica con una mesa, y al otro lado se encuentra un avatar que representa al Dr. Sigmund Freud (escogido como el psicoterapeuta más conocido en una encuesta con población general) dispuesto a atenderle.
2. Una voz en off le indica que cuando se encienda la luz verde que se encuentra en su lado de la mesa, le explique su problema al terapeuta (Freud) y pulse un botón, visible también encima de la mesa, al terminar. El/la participante explica entonces su problema en una frase tal como se había formulado en la sesión anterior.
3. Intercambio de roles con embodiment: el/la participante se encuentra ahora observando la escena desde el avatar de Freud, en primera persona, y viéndose en el espejo como Freud, un avatar que se reproduce fielmente cualquier movimiento del/la participante. Desde esa posición como terapeuta, la voz en off le pide que observe y escuche el avatar que representa su persona al otro lado de la mesa (silla del cliente) y que, cuando la luz verde de su lado de la mesa se encienda, le proporcione una respuesta o le formule una pregunta como terapeuta y apriete el botón al terminar. Después de escuchar como dicho avatar presenta su problema con su propia voz, con sus mismos gestos y expresiones (grabación de lo expresado en el paso 2), el/la participante ofrece un consejo, o formula una pregunta al avatar que ocupa el lugar del cliente.
4. Continuación del intercambio de roles: Después de expresarse como terapeuta, el/la participante encarna de nuevo su propio avatar, escucha el consejo o pregunta que le ha dado el avatar de Freud con una voz modificada (más grave, para que parezca supuestamente la de Freud y no la suya propia) y cuando tiene la luz verde expresa su respuesta. Justo a continuación, vuelve a encarnar el avatar de Freud, escucha la respuesta que acaba de dar expresada en propia voz por el avatar que lo representa (como cliente) y cuando termina dicha expresión se enciende la luz verde y el participante ofrece un nuevo consejo, comentario o pregunta desde el avatar del terapeuta, observando al avatar del cliente que lo está “escuchando”. Este intercambio puede prolongarse hasta 5 veces.

Como puede deducirse del procedimiento descrito, la autoría tanto de la expresión del problema como de las preguntas, comentarios o soluciones que se

podrían haber aportado desde el rol del terapeuta (avatar de Freud) es totalmente del/la participante. O sea que el despliegue tecnológico inmersivo en RV lo que pretende es facilitar el diálogo de la persona consigo misma en un contexto de ayuda, muy distinto de lo que ocurre de forma natural dentro de su propia cabeza. En su estudio experimental, Slater et al. (2019) compararon 29 participantes que siguieron este procedimiento con un grupo control de otros tantos participantes que después de definir el problema, generar un avatar que lo representa, situarse en la escena de una consulta psicológica desde su propio avatar (paso 1) no procedían al intercambio de roles sino que permanecían en su rol de clientes o consultantes y escuchaban al avatar de Freud formulándoles algunas preguntas (y un consejo muy general al final) con una voz grave, y expresando sus respuestas en un turno marcado por la luz verde para iniciar el habla y el botón de finalización, también hasta un máximo de cinco intercambios. Los resultados de este grupo control sin intercambio de roles y con un terapeuta que expresa preguntas pre-programadas son inferiores en comparación al grupo experimental, en el que se observaron efectos positivos en cuanto a la percepción de haber obtenido cambios (expresada en una sesión de evaluación posterior a la sesión con RV) y de que la sesión les había sido de ayuda.

### **La RV al Servicio de la Comprensión de la Propia Identidad Personal**

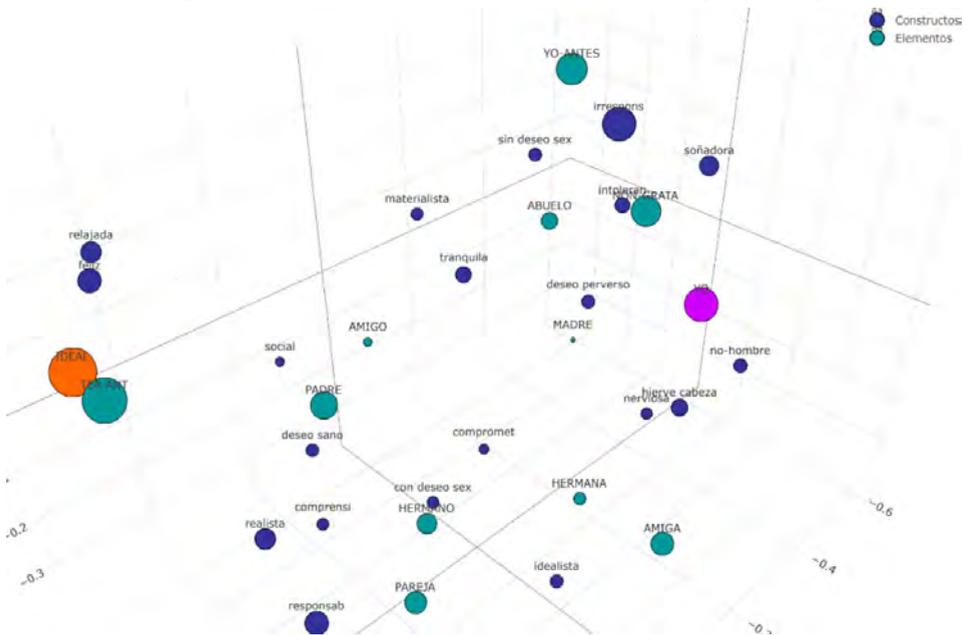
Cada vez resulta más claro que la identidad personal es central en toda actividad de una cierta importancia y un aspecto central a comprender y reestructurar en la psicoterapia con pacientes de prácticamente todas las patologías o condiciones (Feixas et al., 2021).

Una plataforma digital que usa la RV para la exploración de la identidad personal, un aspecto central de la realidad interna, es *EYME-Explore Your Meanings* (Feixas et al., 2021). Se trata de una tecnología evolucionada de la técnica de rejilla (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas y Saúl, 2004; Fransella et al., 2004) que permite generar un mapa con los significados y valores (constructos) de la persona evaluada tal como los aplica al sí mismo, su “yo ideal” y los otros significativos. De hecho, la exploración inmersiva con RV de ese mapa es solo una de las prestaciones de EYME que parte con una entrevista automatizada mediante ordenador, tableta o teléfono inteligente para generar dichos constructos basada en la experiencia del grupo de investigación “Intervención en Psicología Clínica y de la Salud” de la *Universitat de Barcelona* y la experiencia del Proyecto Multicéntrico Dilema. Una vez obtenidos los constructos se aplican mediante una escala de siete puntos al “yo actual”, “yo ideal” y a las demás personas del mundo interpersonal utilizando una interfaz amigable que no emplea números, evitando errores comunes con la puntuación clásica de la rejilla. El siguiente componente de la plataforma EYME es el análisis matemático de la matriz de datos generada, que es inmediato y permite tres tipos de resultados orientados a facilitar el trabajo del psicoterapeuta y a potenciar el proceso terapéutico.

El primero resultado es un informe personalizado que comunica los resultados obtenidos en los principales índices de la rejilla en un lenguaje claro y comprensible no solo para psicoterapeutas de cualquier orientación teórica sino también para la mayoría de clientes (e.g., características más definitorias del “yo actual”; grado de similitud entre el “yo actual” y el “yo ideal”). El segundo resultado es un mapa en 3D navegable (véase figura 1 del caso clínico comentado en Feixas y Cornejo, 1996), que se puede visualizar en el mismo dispositivo en el que se ha hecho la entrevista, donde aparece en forma gráfica el mundo de significados de la persona y la posición que ocupa con respecto a su ideal y los demás. Visualizar este mapa puede permitir ya aumentar significativamente la autoconciencia y el autoconocimiento, en un contexto de psicoterapia individual o de grupo. Finalmente, el tercer resultado permite experimentar ese mapa de forma inmersiva con la tecnología de RV empleando unas gafas de la gama Oculus que no requieren cable conectado a ordenador. Los datos permanecen en la plataforma y pueden ser retomados para explorar aspectos focalizados relevantes para el propio curso de la terapia y según el contenido de las sesiones (e.g., conflicto con el padre o con la pareja). Después de más de un año de pruebas y ajustes EYME está ya disponible en el mercado, y tanto los psicoterapeutas que lo emplean como sus clientes y pacientes informan de avances significativos en el proceso psicoterapéutico.

Figura 1

Gráfico 3D Navegable Generado por EYME-Explore Your Meanings de la Rejilla de Daniel



Nota: en el gráfico se puede observar, por ejemplo, la idealización que hace Daniel de su terapeuta anterior y como él se construye a sí mismo en una posición claramente opuesta. También se ve claro que el cuestionamiento de su identidad como hombre forma una parte importante de su posición actual

También existe un estudio en curso (Montesano et al., 2021) en el que se comparan tres modalidades de tratamiento (10 sesiones individuales) para jóvenes con un diagnóstico de depresión leve y moderada: (1) terapia de constructos personales con la utilización de EYME y RV; (2) terapia de constructos personales con la técnica de rejilla tradicional (entrevista cara a cara, papel y bolígrafo, gráfico en 2D); y (3) terapia cognitivo-conductual. Con este diseño, no solo se puede comparar la eficacia de dos modelos de terapia, sino que se puede establecer la contribución específica de EYME con la RV.

### **Retos y Futuro de la Psicoterapia Asistida con RV**

En un futuro se deberán hacer ciertas inversiones si se quiere aprovechar todas las ventajas que la RV ofrece a la práctica clínica (Van Daele et al., 2020; Van Daele et al., 2021). Por ejemplo, los profesionales deberán formarse en estas nuevas tecnologías y las universidades lo deberán tener en cuenta en su currículo. Las aplicaciones deberán ser desarrolladas por equipos multidisciplinares y evaluadas por investigadores para garantizar su eficacia. Se deberá comprobar de forma clara su efectividad en comparación con otro tipo de terapias convencionales y si es viable en términos de coste-beneficio.

Por otra parte, dado que la población más joven ha crecido rodeada de tecnología, la RV puede resultar una herramienta de especial atractivo y utilidad en este grupo. Es posible que el uso de nuevas tecnologías sea capaz de derribar barreras, promover la psicoterapia en niños y adolescentes y aumentar su *engagement* (Bakker et al., 2016; Fleming et al., 2017). Sin embargo, todavía no hay evidencias robustas sobre la efectividad de las intervenciones con RV en los menores de edad debido a la escasez de investigación en esta población (Halldorsson et al., 2021; Mesa-Gresa et al., 2018),

La población anciana también se puede beneficiar del uso de la RV. Hay estudios que indican una buena capacidad de esta tecnología en la evaluación, prevención y tratamiento del declive cognitivo (Gamito et al., 2017; Ventura et al., 2019).

También hay que tener en cuenta el cibermareo (*cybersickness*) que algunas personas reportan cuando utilizan dispositivos de RV (Dużmańska et al., 2018; Litleskare, 2021). Se trata de efectos limitados en el tiempo parecidos a los del mareo por movimiento: sensación de náusea, sudoración, malestar general, etc. Todavía no se conoce el origen exacto o porque algunas personas presentan estos síntomas y otras no (Melo et al., 2018), pero no es muy probable que encontremos una solución en el futuro más próximo. En todo caso, los efectos se relacionan con el tipo de desplazamientos que se producen en el espacio virtual. Por ejemplo, en el caso de *EYME-Explore Your Meanings* el movimiento por el propio mapa personal puede ralentizarse o bien omitirse del todo, sin perder su efecto inmersivo. Es probable que en las aplicaciones que se basan en la exposición ante estímulos ansiógenos el propio malestar de la ansiedad se confunda o potencie el cibermareo.

La RV tiene el potencial para revolucionar la psicoterapia online o teleterapia,

tan extendida con la pandemia del Covid-19. Estos servicios, no exceptos de críticas, resultan de utilidad cuando profesionales aptos son capaces de tratar pacientes de forma inmediata sin importar la distancia y, en definitiva, ofrecer la asistencia necesaria a un rango mayor de personas (Wiederhold, 2018). Una experiencia inmersiva en la que paciente y terapeuta se encuentran en un espacio virtual compartido podría mejorar los resultados de estas intervenciones. Esto es, sin duda, una posibilidad que vale la pena investigar puesto con los recursos actuales la solución tecnológica no resulta obvia.

Relacionado con lo anterior, un aspecto a considerar es la formación adicional que necesita un psicoterapeuta para integrar la RV en su práctica clínica. Las aplicaciones que se vayan haciendo disponibles para un uso extendido entre psicoterapeutas deberán considerar la formación como un aspecto central para poder aprovechar las potencialidades que ofrece la RV para generar un claro beneficio terapéutico, que en algunos casos sería difícil conseguir sin la asistencia de esta tecnología.

Otro aspecto que requiere más investigación es la utilidad de las aplicaciones automatizadas de RV en el contexto clínico, ya sea como complemento durante un tratamiento convencional o como reforzador en un escenario post-tratamiento. Estas aplicaciones no requerirían de la presencia del terapeuta, y ofrecerían una terapia estandarizada en cualquier momento. Los resultados preliminares, centrados sobretudo en el estudio de fobias son optimistas (Freeman et al., 2018; Lindner et al., 2021).

Hasta el momento el uso de la RV en psicoterapia se ha centrado mucho en la simulación de una realidad externa. Con excepción de las técnicas de *virtual embodiment*, que modifican la forma en la que se percibe el propio cuerpo y ofrecen múltiples posibilidades de interacción entre avatares, no se ha explorado todavía con detenimiento la utilidad de las simulaciones de la realidad interna. El uso de simulaciones que representen el mundo interior puede ofrecer información previamente inaccesible y transformar la forma en la que los sujetos que viven estas experiencias perciben la realidad (Riva et al., 2016). La innovación que supone *EYME-Explore Your Meanings*, más que contribución estrictamente técnica, va en este sentido, trasladando una metodología como la técnica de rejilla para el estudio sistemático de la estructura cognitiva que caracteriza la identidad de una persona a un entorno virtual inmersivo en el que las posibilidades de cambio pueden ser exploradas.

Con los avances tecnológicos, y muchos otros que quedan en el tintero, ahora es posible crear escenarios inviables en el mundo real que permitan llevar a cabo estrategias innovadoras y mejoras en las intervenciones terapéuticas que aplican los psicoterapeutas.

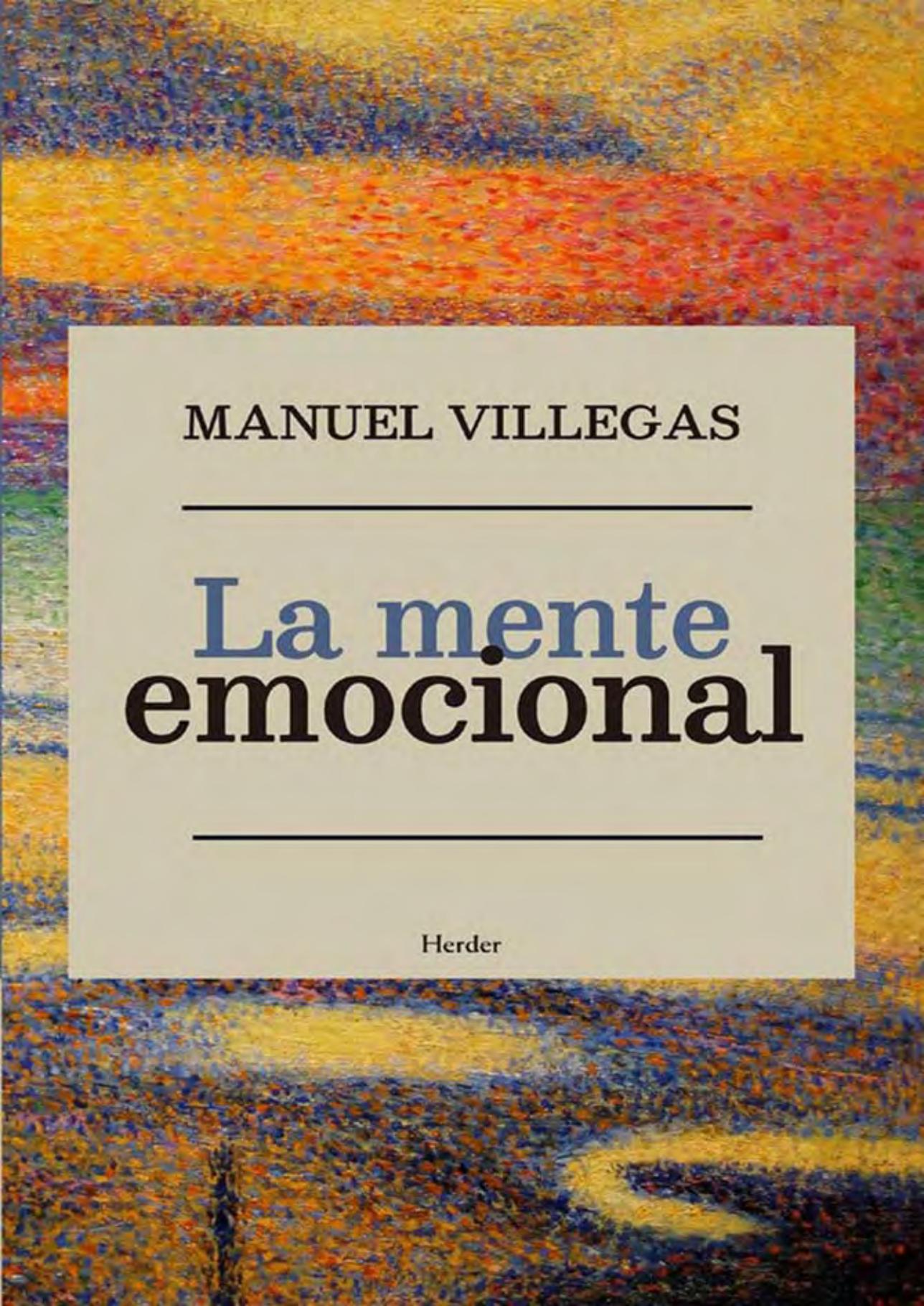
## Referencias

- Andersson, G. y Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders [Ventajas y limitaciones de las intervenciones basadas en Internet para los trastornos mentales comunes]. *World Psychiatry*, 13(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D. y Rickard, N. (2016). Mental health smartphone apps: Review and evidence-based recommendations for future developments [Aplicaciones para teléfonos inteligentes de salud mental: revisión y recomendaciones basadas en evidencia para desarrollos futuros]. *JMIR Mental Health*, 3(1), e7. <https://doi.org/10.2196/mental.4984>
- Barfield, W. y Furness, T. A. (1995). *Virtual environments and advanced interface design [Entornos virtuales y diseño de interfaz avanzado]*. Oxford University Press.
- Botella, C., Riva, G., Gaggioli, A., Wiederhold, B. K., Alcaniz, M. y Baños, R. M. (2012). The present and future of positive technologies [El presente y el futuro de las tecnologías positivas]. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(2), 78–84. <https://doi.org/10.1089/cyber.2011.0140>
- Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P. y Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials [Terapia de exposición a la realidad virtual para la ansiedad y los trastornos relacionados: un metanálisis de ensayos controlados aleatorios]. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>
- Castelnuovo, G., Giusti, E. M., Manzoni, G. M., Saviola, D., Gatti, A., Gabrielli, S., Lacerenza, M., Pietrabissa, G., Cattivelli, R., Spatola, C. A. M., Corti, S., Novelli, M., Villa, V., Cottini, A., Lai, C., Pagnini, F., Castelli, L., Tavola, M., Torta, R., ... Tamburin, S. (2016). Psychological treatments and psychotherapies in the neurorehabilitation of pain: Evidences and recommendations from the Italian Consensus Conference on pain in neurorehabilitation [Tratamientos psicológicos y psicoterapias en la neurorehabilitación del dolor: evidencias y recomendaciones de la Conferencia de Consenso Italiana sobre el dolor en la neurorehabilitación]. *Frontiers in Psychology*, 7, 115. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00115>
- Cipresso, P., Giglioli, I. A. C., Raya, M. A. y Riva, G. (2018). The past, present, and future of virtual and augmented reality research: A network and cluster analysis of the literature [El pasado, presente y futuro de la investigación en realidad virtual y aumentada: análisis de la literatura en red y conglomerados]. *Frontiers in Psychology*, 9, 2086. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02086>
- Clus, D., Larsen, M. E., Lemey, C. y Berrouguet, S. (2018). The use of virtual reality in patients with eating disorders: Systematic review [El uso de la realidad virtual en pacientes con trastornos alimentarios: Revisión sistemática]. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e157. <https://doi.org/10.2196/jmir.7898>
- Dužmańska, N., Strojny, P. y Strojny, A. (2018). Can simulator sickness be avoided? A review on temporal aspects of simulator sickness [¿Se puede evitar la enfermedad del simulador? Una revisión sobre los aspectos temporales de la enfermedad del simulador]. *Frontiers in Psychology*, 9, 2132. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02132>
- Falconer, C. J., Rovira, A., King, J. A., Gilbert, P., Antley, A., Fearon, P., Ralph, N., Slater, M. y Brewin, C. R. (2016). Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression [Incorporación de la autocompasión dentro de la realidad virtual y sus efectos en pacientes con depresión]. *BJPsych Open*, 2(1), 74–80. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002147>
- Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J. y Riva, G. (2013). Virtual reality based treatments in eating disorders and obesity: A review [Tratamientos basados en la realidad virtual en los trastornos alimentarios y la obesidad: Una revisión]. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 207–221. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9240-1>
- Feixas, G., Alabèrnia-Segura, M., García-Gutiérrez, A. y Sánchez-Povedano, M. (febrero, 2021). EYME-Explore Your Meanings: A digital platform for the exploration of identity values and conflicts [EYME-Explore Your Meanings: una plataforma digital para la exploración de valores y conflictos de identidad] [Conferencia]. *First European Conference on Digital Psychology* (online). <https://www.eyme-vr.com>.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD ver. 2.0*. (2ª edición revisada). <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33138>
- Feixas, G. y Saül, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69–78. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004765>

- Feixas, G., Soldevilla, J. M. y Winter, D. (mayo, 2021). Identity and identity conflicts are concealed in CBT: An alternative view based on Personal Construct Theory [La identidad y los conflictos de identidad se ocultan en CBT: una visión alternativa basada en la teoría de la construcción personal] [Conferencia]. *10th. International Congress of Cognitive Psychotherapy* (online). [https://www.researchgate.net/publication/351972550\\_Identity\\_and\\_identity\\_conflicts\\_are\\_concealed\\_in\\_CBT\\_An\\_alternative\\_view\\_based\\_on\\_Personal\\_Construct\\_Theory](https://www.researchgate.net/publication/351972550_Identity_and_identity_conflicts_are_concealed_in_CBT_An_alternative_view_based_on_Personal_Construct_Theory)
- Fleming, T. M., Bavin, L., Stasiak, K., Hermansson-Webb, E., Merry, S. N., Cheek, C. y Hetrick, S. (2017). Serious games and gamification for mental health: Current status and promising directions [Juegos serios y gamificación para la salud mental: estado actual y direcciones prometedoras]. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 215. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00215>
- Fransella, F., Bell, R. y Bannister, D. (2004). *A Manual for Repertory Grid Technique [Un Manual para la Técnica de Rejilla]*. John Wiley & Sons.
- Freeman, D., Haselton, P., Freeman, J., Spanlang, B., Kishore, S., Albery, E., Denne, M., Brown, P., Slater, M. y Nickless, A. (2018). Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial [Terapia psicológica automatizada que utiliza realidad virtual inmersiva para el tratamiento del miedo a las alturas: un ensayo controlado aleatorio, simple ciego, de grupos paralelos.]. *The Lancet. Psychiatry*, 5(8), 625–632. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30226-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30226-8)
- Gamito, P., Oliveira, J., Coelho, C., Morais, D., Lopes, P., Pacheco, J., Brito, R., Soares, F., Santos, N. y Barata, A. F. (2017). Cognitive training on stroke patients via virtual reality-based serious games [Entrenamiento cognitivo en pacientes con accidente cerebrovascular a través de juegos serios basados en realidad virtual]. *Disability and Rehabilitation*, 39(4), 385–388. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.934925>
- Geraets, C. N. W., van der Stouwe, E. C. D., Pot-Kolder, R. y Veling, W. (2021). Advances in immersive virtual reality interventions for mental disorders: A new reality? [Avances en intervenciones de realidad virtual inmersiva para trastornos mentales: ¿una nueva realidad?]. *Current Opinion in Psychology*, 41, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.02.004>
- Gorini, A., Capideville, C. S., De Leo, G., Mantovani, F. y Riva, G. (2011). The role of immersion and narrative in mediated presence: the virtual hospital experience [El papel de la inmersión y la narrativa en la presencia mediada: la experiencia del hospital virtual]. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 14(3), 99-105. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0100>
- Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Dakanalis, A. y Riva, G. (2018). Virtual reality: Applications to eating disorders [Realidad virtual: aplicaciones para los trastornos alimentarios]. En W. S. Agras y A. Robinson (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of eating disorders* (p. 470–491). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190620998.013.26>
- Gutiérrez-Maldonado, J. y Quintana, J. (2001). Sobre Internet y Psicología. *Anuario de Psicología*, 32(2), 3-12.
- Halldorsson, B., Hill, C., Waite, P., Partridge, K., Freeman, D. y Creswell, C. (2021). Annual Research Review: Immersive virtual reality and digital applied gaming interventions for the treatment of mental health problems in children and young people: the need for rigorous treatment development and clinical evaluation [Revisión anual de la investigación: Realidad virtual inmersiva e intervenciones de juegos digitales aplicados para el tratamiento de problemas de salud mental en niños y jóvenes: la necesidad de un desarrollo de tratamiento riguroso y una evaluación clínica.]. *J Child Psychol Psychiatry*, 62(5), 584-605. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13400>
- Lindner, P., Daffgård, P., Miloff, A., Andersson, G., Reuterskiöld, L., Hamilton, W. y Carlbring, P. (2021). Is continued improvement after automated Virtual Reality exposure therapy for spider phobia explained by subsequent in-vivo exposure? A first test of the lowered threshold hypothesis [¿Se explica la mejora continua después de la terapia de exposición automatizada a la realidad virtual para la fobia a las arañas por la exposición in vivo posterior? Una primera prueba de la hipótesis del umbral reducido]. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645273>
- Litleskare, S. (2021). The relationship between postural stability and cybersickness: It's complicated - An experimental trial assessing practical implications of cybersickness etiology [La relación entre la estabilidad postural y el ciberespacio: es complicado - un ensayo experimental que evalúa las implicaciones prácticas de la etiología del ciberespacio]. *Physiology & Behavior*, 236, 113422. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113422>
- Martens, M. A., Antley, A., Freeman, D., Slater, M., Harrison, P. J. y Tunbridge, E. M. (2019). It feels real: physiological responses to a stressful virtual reality environment and its impact on working memory [Se siente real: respuestas fisiológicas a un entorno de realidad virtual estresante y su impacto en la memoria de trabajo]. *Journal of Psychopharmacology*, 33(10), 1264–1273. <https://doi.org/10.1177/0269881119860156>

- Melo, M., Vasconcelos-Raposo, J. y Bessa, M. (2018). Presence and cybersickness in immersive content: Effects of content type, exposure time and gender [Presencia y mareo cibernético en contenido inmersivo: efectos del tipo de contenido, tiempo de exposición y género]. *Computers & Graphics*, *71*, 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.cag.2017.11.007>
- Mesa-Gresa, P., Gil-Gómez, H., Lozano-Quilis, J.-A. y Gil-Gómez, J.-A. (2018). Effectiveness of virtual reality for children and adolescents with autism spectrum disorder: An evidence-based systematic review [Efectividad de la realidad virtual para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista: una revisión sistemática basada en evidencia]. *Sensors*, *18*(8), 2486. <https://doi.org/10.3390/s18082486>
- Montesano, A., Medina, J. C., Paz, C., García-Mieres, H., Niño-Robles, N., García-Grau, E., Cañete Crespillo, J., García-Gutiérrez, A., Alabèrnia-Segura, M. y Feixas, G. (2021). Does virtual reality increase the efficacy of psychotherapy for young adults with mild-to-moderate depression? A study protocol for a multicenter randomized clinical trial [¿La realidad virtual aumenta la eficacia de la psicoterapia para los adultos jóvenes con depresión leve a moderada? Un protocolo de estudio para un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico]. Preprint. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-371513/v1>
- Reger, M. A. y Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety [Un metaanálisis de los efectos de los tratamientos cognitivo-conductuales basados en Internet y por computadora para la ansiedad]. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(1), 53–75. <https://doi.org/10.1002/jclp.20536>
- Riva, G. (1998). Virtual environments in neuroscience [Entornos virtuales en neurociencia]. *IEEE Trans Inf Technol Biomed*, *2*(4), 275–281. <https://doi.org/10.1109/4233.737583>
- Riva, G., Baños, R. M., Botella, C., Mantovani, F. y Gaggioli, A. (2016). Transforming experience: The potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change [Transformar la experiencia: el potencial de la realidad aumentada y la realidad virtual para mejorar el cambio personal y clínico]. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 164. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00164>
- Riva, G. y Mantovani, F. (2012). Being there: Understanding the feeling of presence in a synthetic environment and its potential for clinical change [Estar allí: comprender la sensación de presencia en un entorno sintético y su potencial de cambio clínico]. En C. Eichenberg (Ed.), *Virtual Reality in Psychological, Medical and Pedagogical Applications* (pp. 3-34). InTech. <https://dx.doi.org/10.5772/46411>
- Sánchez-Vives, M. y Slater, M. (2005). From presence to consciousness through virtual reality [De la presencia a la conciencia a través de la realidad virtual]. *Nat Rev Neurosci*, *6*, 332–339. <https://doi.org/10.1038/nrn1651>
- Schultheis, M. T. y Rizzo, A. A. (2001). The application of virtual reality technology in rehabilitation [La aplicación de la tecnología de realidad virtual en rehabilitación]. *Rehabilitation Psychology*, *46*(3), 296–311.
- Shah, L. B. I., Torres, S., Kannusamy, P., Chng, C. M. L., He, H.-G. y Klainin-Yobas, P. (2015). Efficacy of the virtual reality-based stress management program on stress-related variables in people with mood disorders: the feasibility study [Eficacia del programa de gestión del estrés basado en la realidad virtual sobre las variables relacionadas con el estrés en personas con trastornos del estado de ánimo: el estudio de viabilidad]. *Archives of Psychiatric Nursing*, *29*(1), 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.09.003>
- Slater, M. (2017). Implicit learning through embodiment in immersive virtual reality [Aprendizaje implícito a través de la encarnación en una realidad virtual inmersiva]. En L. Dejian, C. Dede, R. Huang y J. Richards (Eds.), *Smart Computing and Intelligence* (pp. 19–33). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5490-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5490-7_2)
- Slater, M., Neyret, S., Johnston, T., Iruretagoyena, G., Crespo, M. Á. de la C., Alabèrnia-Segura, M., Spanlang, B. y Feixas, G. (2019). An experimental study of a virtual reality counselling paradigm using embodied self-dialogue [Un estudio experimental de un paradigma de *counselling* de realidad virtual utilizando el auto-diálogo incorporado]. *Scientific Reports*, *9*(1), 10903. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46877-3>
- Triberti, S., Repetto, C. y Riva, G. (2014). Psychological factors influencing the effectiveness of virtual reality-based analgesia: a systematic review [Factores psicológicos que influyen en la eficacia de la analgesia basada en la realidad virtual: una revisión sistemática]. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *17*(6), 335–345. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0054>
- Van Daele, T., Best, P., Bernaerts, S., Van Assche, E. y De Witte, N. A. J. (2021). Dropping the E: The potential for integrating e-mental health in psychotherapy [Dejar caer la E: el potencial para integrar la salud mental electrónica en la psicoterapia]. *Current Opinion in Psychology*, *41*, 46–50. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.02.007>

- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E. y De Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond [Recomendaciones para la política y la práctica de la telepsicoterapia y la salud mental electrónica en Europa y más allá]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160–173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>
- Ventura, S., Brivio, E., Riva, G. y Baños, R. M. (2019). Immersive versus non-immersive experience: Exploring the feasibility of memory assessment through 360° technology [Experiencia inmersiva versus no inmersiva: exploración de la viabilidad de la evaluación de la memoria a través de la tecnología de 360 °]. *Frontiers in Psychology*, 10, 2509. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02509>
- Wiederhold, B. K. (2018). Are we ready for online virtual reality therapy? [¿Estamos preparados para la terapia de realidad virtual en línea?]. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 21(6), 341–342. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.29114.bkw>



MANUEL VILLEGAS

---

La mente  
**emocional**

---

Herder

# TARTAMUDEZ, TRAUMA Y BLOQUEO: INTRODUCCIÓN AL TRABAJO CON PARTES

## STUTTERING, TRAUMA AND BLOCKING: INTRODUCTION TO WORK WITH PARTS

**Francisco Gómez-Holgado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5438-4941>

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica  
Hospital Universitario Doce de Octubre. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez-Holgado, F. (2021). Tartamudez, trauma y bloqueo: Introducción al trabajo con partes. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 95-111. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.440>

### Resumen

*En el presente texto se trata de establecer una hipótesis que categorice a la tartamudez, no sólo como un trastorno de la comunicación, si no, también, como un fenómeno biopsicosocial de naturaleza traumática. Superando, por tanto, una visión biomédica de la disfemia y trascendiendo a la entidad nosológica del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), se conceptualizará a la tartamudez como un conflicto entre partes y, en particular, el bloqueo, como un flashback o reexperimentación de la vivencia traumática como memoria somática e implícita. La neuropsicología de la tartamudez y la teoría de la disociación estructural (Van der Hart et al., 2008) servirán como herramientas para moldear esta hipótesis que atribuye a la disfemia un núcleo psicopatológico de naturaleza postraumática y disociativa. Por último, se sugerirán líneas de intervención desde una perspectiva integradora, para llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico que tenga como foco de trabajo el reconocimiento y la comunicación entre partes y el objetivo final de la integración, por encima de la fluidez verbal.*

Palabras clave: *tartamudez, trauma, disociación.*

### Abstract

*The present text tries to establish a hypothesis that categorizes stuttering, not only as a disorder of communication, but also, as a biopsychosocial phenomenon of a traumatic nature. Surpassing, therefore, a biomedical vision of dysphemia and transcending the nosological entity of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), will be conceptualized as a conflict between parties and, in particular, blocking, such as a flashback or reexperiencing of the traumatic experience as somatic and implicit memory. The neuropsychology of stuttering and the theory of structural dissociation (Van der Hart et al., 2008) will serve as tools to shape this hypothesis that attributes to dysphemia a psychopathological core of post-traumatic and dissociative nature. Finally, lines of intervention will be suggested from an integrative perspective, to carry out a psychotherapeutic treatment that focuses on the recognition and communication between parties and the ultimate goal of integration, above verbal fluency.*

Keywords: *stuttering, trauma, dissociation.*



## El Árbol y el Bosque

La tartamudez (también conocida como *disfemia*) es una compleja realidad que afecta a 800.000 españoles en nuestro país y que, a pesar de su enorme variabilidad, tanto en su presentación (tónica, clónica o tónica-clónica) como en su severidad (leve, moderada o grave), puede ser enormemente invalidante. De hecho, como señala Adolfo Sánchez, presidente de la Fundación Española de la Tartamudez, el 80% de las personas que padecen disfemia están en situación laboral de paro, sin olvidar la potencial carga de estigmatización y aislamiento social (Sancho, 2013). La interferencia vital de la tartamudez es, por tanto, polifacética, con consecuencias, psicológicas, sociales y fisiológicas (Rodríguez, 2003).

El objetivo del presente artículo es ir más allá de los límites del concepto de “tartamudez”, nutriéndolo con la mirada controvertida pero compleja del término “trauma”. No se pretende equiparar ambos conceptos, a través de una arcaica causalidad lineal, sino de sugerir una visión más holística y multifactorial de una realidad, la del tartamudeo y la de la persona que tartamudea, que ha estado relativamente marginada por la eficiencia psicoterapéutica (García Higuera, 2003; Junta de Andalucía, 2007).

Aunque el solapamiento neurolingüístico entre trauma y tartamudez es significativo (Bijleveld, 2014), pudiendo considerarse esta como, incluso, una variante del trastorno por estrés postraumático (Starkweather y Given, 2004), no existen los suficientes mecanismos explicativos para sustentar dicha correlación desde lo fenomenológico y lo clínico. En este escrito se apuesta por rescatar un apasionante fenómeno para hilvanar ambas realidades: la disociación, cuya relación con la tartamudez requiere de más estudio (Doruk et al., 2012). El tartamudeo reflejaría, de acuerdo con la hipótesis central de este texto, la fragmentación de una vivencia traumática, la coexistencia y conflicto entre diferentes partes o subpersonalidades y una inteligente y creativa estrategia de supervivencia peri y postraumática. La integración, como meta terapéutica última, unificaría al individuo como un todo, por encima de la fluidez verbal, y contemplando, en perspectiva, diferentes niveles de realidad de la persona en cuestión: intrapersonal, relacional, familiar, transgeneracional, sociocultural, etc. El bloqueo, como *árbol*, no puede empañar la visión holista de la persona, como *bosque*.

## La Paradoja del Guerrero

Apesar de la existencia de definiciones descriptivas y normativas de la tartamudez, como la propuesta por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su quinta versión (5ª ed., DSM-5; American Psychiatric Association, 2014), que cataloga a la disfemia como un “trastorno del neurodesarrollo” y de la comunicación, basado en una alteración de la fluidez y del patrón del habla, para el propósito de este escrito se recurrirá a dos definiciones alternativas de la misma, en contra de la “parálisis del paradigma” que siempre ha caracterizado al entendimiento de la disfemia (Harrison, 2011), para romper con la causalidad lineal propia

del modelo biomédico (Loriente, 2013) e instaurar una visión en perspectiva de la tartamudez, acorde con la “óptica de la complejidad” (Morin, 1995).

La primera de ellas, de corte histórico, es atribuible a Aristóteles, el cual entendió la tartamudez como un desajuste de velocidad entre el pensamiento y la producción lingüística (Aristóteles ca. 335 A.C./2016). Aunque la definición aristotélica del tartamudeo carece de un cuerpo teórico que la respalde y es de tinte reduccionista (se señalaba a la lengua como la responsable del trastorno) es interesante por el énfasis que pone en la disonancia entre dos supuestas partes de la persona. La velocidad, el “ritmo” de una parte, no puede ser seguido por otra parte. Un conflicto interno, por tanto, entre dos lados, explicaría el bloqueo. Otra referencia histórica en consonancia con esta visión *partidista* de la tartamudez procede del antiguo Egipto. Los egipcios disponían de un jeroglífico que representaba el tartamudeo a través de un hombre que tenía una mano en la boca y otra en la tierra (Curlee, 1993).

La segunda de ellas, de naturaleza psicológica, surge más de dos mil años después en el seno del *Mental Research Institute* (MRI), en Palo Alto, California. El grupo de Palo Alto puede considerarse como uno de los máximos exponentes de la terapia familiar sistémica y, más concretamente, como cuna de la terapia estratégica, basada en el empleo de intervenciones paradójicas para el tratamiento de problemas familiares e individuales (Watzlawick y Nardone, 1999). El MRI, alejado de nociones nosológicas, propone una “clasificación de problemas psicológicos” con cinco categorías (Fisch et al., 1984). De todas, la primera de ellas, conocida como “*el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente*”, da buena cuenta del fenómeno de la tartamudez.

En esta categoría de problema, que trata de explicar todo el espectro de los denominados “trastornos psicósomáticos”, la persona queda atrapada en la paradoja de “*¡Se espontáneo!*”, intentando aplicar control directo sobre funciones corporales, en un principio, autónomas y sujetas a fluctuaciones cotidianas, como, por ejemplo, el sueño, el funcionamiento gastrointestinal, la función sexual, etc. El tartamudeo, por consiguiente, se dibujaría como un acto de sobreesfuerzo a través del cual la persona trataría de ejercer una manipulación voluntaria sobre una función autosuficiente, como es la fluidez verbal. En este intento deliberado de agarrar lo inaprensible la persona que tartamudea invierte una enorme tensión muscular y un exceso de energía, con un resultado contradictorio.

La definición aristotélica, que entiende a la tartamudez como un desajuste de velocidad/producción y un hipotético conflicto entre partes, y la visión sistémica-estratégica de la misma, que la cataloga como una desnaturalización de la fluidez verbal, se corresponderían con las dos variables claves de la disfemia: El ritmo, no coordinado entre partes, y el esfuerzo, paradójico, destacarían como variables claves en la tartamudez (Starkweather, 1980, 1987).

### **Trauma: Un Terror Inenarrable**

Definir qué es “trauma” es, por naturaleza, todo un desafío. Sociológica y antropológicamente, versa sobre el horror y el potencial de malignidad del hombre y, por ende, de la civilización humana. Desde un punto de vista clínico y psicoterapéutico supone el último de los recovecos de la experiencia humana, invocando los peores fantasmas, fantasías mientras que, a la vez, permite la mayor de las esperanzas para la plenitud y la conexión en paciente y en profesionales. No parece casualidad, por tanto, que la raíz etimológica de la palabra sea, cuanto menos, compleja, al hacer alusión a distintas realidades:

- Fragmento
- Herida
- Agujero
- A través de

Bessel van der Kolk, probablemente una de las voces psiquiátricas más autorizadas en el estudio y el tratamiento del trauma, lo define como una experiencia insoportable e intolerable, que deja una “huella” (incluso, a nivel transgeneracional), colocando a la persona atascada en el pasado y que conlleva un gasto de energía como mecanismo de compensación (Van der Kolk, 2015).

Pau Pérez, psiquiatra español que ofrece una mirada transcultural del trauma, pone el acento en varios elementos indispensables para comprender la experiencia traumática como, por ejemplo, el carácter inenarrable, incontable e incomprensible para los demás y la quiebra en la confianza en los otros y en las creencias de invulnerabilidad, control y predictibilidad del mundo (Pérez, 2006).

El trauma, en su acepción más diagnóstica, se cristaliza en el llamado trastorno por estrés postraumático (TEPT), un constructo teórico que no representa toda la variabilidad de vivencias traumáticas (maltrato, abuso, catástrofe natural, trauma relacional, etc.) pero que, en cambio, resalta varios componentes sintomáticos interesantes para el objetivo de este artículo, como la presencia de reacciones disociativas, reacciones fisiológicas intensas, respuesta de sobresalto exagerada o toda una amplia gama de conductas de evitación (American Psychiatric Association, 2014).

Así pues, el trauma, ya sea en su concepción genérica o en su vertiente más descriptiva (TEPT), constituye una experiencia abrumadora, no articulable a nivel socioverbal, que aísla a la persona espaciotemporal tanto de su entorno relacional como de su presente vivencial. En este falso crisol, debido a la fragmentación, el no procesamiento de la experiencia y, por tanto, la falta de integración existe una realidad sintomática apasionante y aterradora a partes iguales y que brinda el primer nexo de conexión entre el trauma y la tartamudez: el flashback.

### **Flashback: Una Cara Desencajada**

El fracaso de los esquemas acerca del yo y del mundo, así como el carácter preverbal del trauma, contribuyen a una desgarradora experiencia de desconexión interpersonal, vivenciada, fenomenológicamente, desde la indefensión, la soledad

y el desamparo. No obstante, existe otro tipo de cautividad: la no presencia en el aquí y el ahora. Atascada en el pasado (al menos, en parte), la mente y el cerebro de la persona que padece TEPT puede *reexperimentar* fragmentos del acontecimiento traumático a través de diferentes modalidades experienciales: imágenes, olores, sabores, impulsos motrices, espasmos, etc. De esta manera, el individuo está constantemente preparado para defenderse en el presente de la atrocidad del pasado. Esto define la esencia del “flashback”.

Entendido como “síntoma intrusivo” y, en particular, como una “reacción disociativa” del TEPT (American Psychiatric Association, 2014), el flashback quizá sea el fenómeno de la vivencia postraumática mejor estudiado desde una perspectiva neurocientífica. Gracias a investigaciones basadas en el empleo de la tomografía por emisión de positrones (PET) y de la resonancia magnética funcional (RMf) se han observado asombrosos correlatos neurofisiológicos durante la presencia de un flashback, así como del trauma en general (Hull, 2002).

Esta metodología de trabajo ha podido demostrar que, por ejemplo, desde un punto de vista interhemisférico, el trauma provoca la hiperactivación del hemisferio derecho y la hipoactivación del hemisferio izquierdo. En relación a la hiperactivación del hemisferio derecho, cabe destacar el aumento de la actividad de la amígdala derecha, dentro del sistema límbico, responsable del intenso despliegue afectivo del TEPT: miedo y/o rabia, principalmente (Davis, 1997).

Por otro lado, el área de Broca, ubicada en el hemisferio izquierdo e imprescindible para la producción lingüística, queda, literalmente, apagada. Esta desconexión de la palabra dibuja al paciente traumatizado como “mudo” ante lo que le ha ocurrido. Esta incapacidad para traducir en palabras lo sentido, para dar coherencia a la vivido y para compartir la herida, coloca a la persona desamparada ante el terrible bucle del trauma, prisionero en “*el allí y el entonces*” y no presente en “*el aquí y el ahora*” (Van der Kolk, 2015).

Curiosamente, este patrón de discordancia interhemisférica y esta vivencia de “mudez” recuerda a la fenomenología de la disfemia. Aún con la presencia de cierta controversia, se acepta un patrón de dominancia del lenguaje por parte del hemisferio derecho en personas que tartamudean (Orton, 1927; Travis, 1931), existiendo, por tanto, una inadecuada lateralización del lenguaje: la persona con tartamudez, en teoría, *intenta hablar con el hemisferio* derecho (De la Fuente et al., 2016). Por otro lado, existen evidencias a favor de interpretar la tartamudez no como un fracaso en el control motor del lenguaje sino como un fenómeno prearticulatorio (Hernández y Álvarez, 2009), lo cual podría evocar al carácter preverbal del trauma.

He aquí el significativo paralelismo entre tartamudez y flashback: un hemisferio derecho sobreactivado y un hemisferio izquierdo hipoactivado (Ludlow y Loucks, 2003). Dentro de este hemisferio izquierdo “apagado”, se ha observado una correlación entre una baja activación del área de Broca y la disfemia (Webster, 1998; Wu et al., 1995). Asimismo, se ha apreciado una disminución en la actividad de la corteza frontal izquierda en casos de tartamudez (Wu et al., 1995) siendo

también evidente la hipoactividad de la corteza prefrontal en casos de TEPT (Van der Kolk, 2015).

Los problemas de lateralización interhemisférica que comparten trauma y tartamudez y, más específicamente, las alteraciones funcionales en el área de Broca o en la corteza prefrontal abren la puerta a la formulación de una hipótesis que vincule ambos fenómenos. En particular, se plantea la pregunta de si el bloqueo típico de la tartamudez no es si no, en realidad, un flashback típico del TEPT. Esta conjetura quiere apoyarse no sólo en los interesantes paralelismos neurofuncionales o en el cariz de “inenarrabilidad” y “mudez” de ambas experiencias sino, sobre todo, en la observación de la topografía conductual del acto de tartamudez.

Así pues, cuando a una persona que tartamudea se le pide que pronuncie una “palabra shock”, es decir, aquel tipo de palabra que activa el bloqueo, sugiriéndole que no evite la experiencia, exponiéndose al bloqueo hasta las últimas consecuencias, se pueden dar dos alternativas, en absoluto incompatibles:

- 1) Que la persona con disfemia en cuestión emita una serie de conductas motoras, de gran intensidad, caracterizadas por un contacto ocular fijo o la evitación masiva del mismo, incremento de la presión arterial, sudoración excesiva, tensión muscular elevada, temblores y espasmos y la exhibición de una facies desencajado.
- 2) Que dicho individuo abandone todo intento de “forzar” la pronunciación de la “palabra shock”, sumiéndose en un estado de bloqueo casi generalizado, con un correlato fenomenológico de indefensión, frustración y desesperanza. De la lucha desesperada se pasaría, por tanto, a la sumisión más profunda.

De acuerdo con el término de “ventana de tolerancia” (Odgen y Minton, 2000; Siegel, 1999; Van der Hart et al., 2008), la primera viñeta clínica se correspondería con un estado de hiperactivación, un *sentir demasiado*; mientras que la segunda viñeta representaría un estado de hipoactivación o de *sentir muy poco* (Boon et al., 2014). Complementariamente, y desde el marco de la teoría polivagal (Porges, 2001), en el primer escenario se hipotizaría una activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (SNA), lo cual predispondría al sujeto a una acción de lucha/huida. Por el contrario, en el segundo escenario, se especularía con la activación de la rama parasimpática del SNA, en concreto, con su componente dorsal vagal, más asociada a la emisión de conductas de inmovilización y sumisión. En ambos casos, el sujeto está alejado de una “activación óptima” (rama parasimpática del SNA, componente vagal ventral), dentro de la cual se produce un funcionamiento óptimo del sistema de conexión social, la vivencia plena del presente y, en última instancia, la integración. En pocas palabras: el sujeto, en ambas escenas, estaría a merced de una potencial retraumatización, con una sensación de pérdida de control de su propio cuerpo significativa (Van Riper, 1973) que pudiera alcanzar el estatus de “*le petit morte*”: un instante de desconexión (Heite, 2001; Van Riper, 1982), que protegería a la persona de niveles intolerables de vergüenza, enfado o miedo

(Starkweather y Givens-Ackerman, 1997).

Pero ¿qué tipo de flashback representa el bloqueo de la tartamudez? No cabe duda que uno alejado del cliché ofrecido por la cultura pop (intrusión de imágenes beligerantes y sangrientas en excombatientes de guerra, por ejemplo), pudiendo catalogarse como una reexperimentación con una enorme carga somática. De hecho, el bloqueo podría considerarse un magnífico ejemplo de la distinción entre memoria declarativa y memoria procedimental (Baddeley, 1988; Cohen y Squire, 1980). Alejado del componente verbal y narrativo del contenido declarativo o explícito, el bloqueo supondría un tipo de memoria somática e implícita, con un importante rasgo de automaticidad y que entronca con sistemas de acción defensivos (Van der Hart et al., 2008) y tendencias de acción inacabadas (Odgen et al., 2009), esto es, aquella secuencia de movimientos que el cuerpo necesitaba realizar en el momento del trauma (huir o luchar, por ejemplo) y que se vieron impedidas por las trabas y limitaciones del incidente en sí.

De la misma manera que el paciente con un TEPT tiende a evitar todo estímulo y conducta que pueda evocarle un episodio de flashback, como una adaptativa estrategia de prevención de la retraumatización, al verse privado de los recursos necesarios para una autorregulación y regulación relacional eficiente mientras que, la persona que tartamudea también muestra la inercia de evitar el bloqueo, a través del uso de repeticiones de sonidos, sílabas y palabras, el uso de circunloquios o el empleo de sinónimos, entre otros recursos. Esta evitación, en términos conductuales, puede adoptar la forma de un conflicto de aproximación-evitación en la tartamudez que va más allá de la palabra (Sheehan, 1953).

El flashback, como recuerdo fragmentado del acontecimiento traumático que se reactualiza, puede ofrecer una visión más profunda de la naturaleza de la tartamudez, al hacer referencia, de manera implícita, a la falta de integración y a la existencia de un fenómeno de disociación.

### **Disociación: ¿Qué Hay Detrás de la Máscara?**

El acontecimiento traumático, por definición, desborda los recursos biopsicosociales de la persona. El incidente que amenaza la integridad física y/o psicológica, ya sea puntual o repetido en el tiempo, de impacto directo o de manera vicaria, resulta imprevisible, abrumador y paralizante. El horror solitario del trauma, al no poder ser compartido socioverbalmente ni contenido, escapa de la integración y desemboca en una suerte de limbo, incomprensible y crónico. En estos márgenes de “anormalidad” experiencial, el ser humano adopta una inteligente pero costosa maniobra: separar a su persona de lo vivido, colocando la pesada carga del trauma en un rincón de su mismidad. En otras palabras, recurre a la disociación.

Definir qué es la disociación puede suponer una tarea tan misteriosa, polémica y ambigua como el propio fenómeno en sí. Como constructo teórico puede hacer referencia a diferentes conceptos, sustentar etiopatogénicamente a diversos trastornos psiquiátricos y aludir a facetas de “normalidad” o de “psicopatología” del

ser humano (González, 2010). Por si fuera poco, existen diferentes acepciones del término, en función del énfasis puesto en la integración, en el grado de consciencia o si se categoriza como mecanismo de defensa (Cardeña, 1994).

Una manera de sencilla de entender qué es la disociación es preguntar a su antónimo: la integración. Un suceso traumático *integrado* sería aquel que formaría parte de la cadena de experiencias vitales significativas de la persona. El recuerdo, como un todo, es procesado adecuadamente, contribuyendo al desarrollo y a la expansión del individuo. Lo inabarcable del trauma obliga a la fragmentación, deshaciendo la vivencia terrorífica en pedazos inconexos y, aparentemente, irreconciliables entre sí. Esta división o “escisión”, imprescindible a corto y medio plazo para la supervivencia, condena a la persona a larga data a una macabra paradoja: en su intento desesperado para no contactar con el pavor del trauma, pierde la plenitud y la conexión del presente.

La complejidad última del concepto de disociación, por consiguiente, no puede captarse sin el concepto de partes. Una excelente guía para la comprensión de la dinámica de partes es la “*teoría de la disociación estructural*” (Van der Hart et al., 2008). Desde esta visión, la personalidad humana podría compartimentalizarse, en caso de vivencia traumática, en dos tipos de partes:

- *Parte aparentemente normal (PAN)*: Representa el lado de la personalidad que centra toda su energía en la evitación de los contenidos experienciales traumáticos y en, conductualmente, llevar una existencia sin, a priori, interferencia funcional alguna. Es la responsable de sistemas de acción cotidianos, como la conexión social, la exploración, el cuidado o la sexualidad. Está ligada a la memoria declarativa o explícita y, neurocientíficamente, al hemisferio izquierdo.
- *Parte/s emocional/es (PE)*: Este lado de la personalidad, en contraposición con la PAN, es el portador del trauma, conteniendo todos los recuerdos del mismo. Esta parte sería la responsable de la reexperimentación del trauma y de la hiperactivación de sistemas defensivos no actualizados en el aquí y el ahora. Se asocia más con elementos propios de la memoria procedimental o implícita y al hemisferio derecho. Puede dar el caso en el que varias PE coexistan con una PAN.

¿Qué podría aportar la teoría de la disociación estructural al estudio de la tartamudez? Retomando la concepción de partes de la definición aristotélica de la disfemia, podría presuponerse la existencia de dos lados (como mínimo) en la persona que tartamudea. En primer lugar, una parte, relativamente inconsciente del trauma, que centra todos sus esfuerzos en seguir un funcionamiento cotidiano adecuado y en la evitación del bloqueo (forzando la fluidez), que es vivido como una intrusión egodistónica, con el consiguiente rechazo. Esta parte podría equipararse al concepto de PAN.

Por otro lado, existiría otra parte, guardiana de los recuerdos traumáticos, atascada en acciones defensivas frustradas del pasado, que es la responsable de

la reexperimentación del trauma a través del bloqueo, como “síntoma positivo” de la disociación (flashback). El paralelismo con la PE descrita por la teoría de la disociación estructural es más que obvio, desde esta perspectiva.

La relación que mantienen ambas partes, la que evita el trauma y el bloqueo y la fijada en la reexperimentación y la defensa, esto es, entre la PAN y la PE, es, como puede deducirse, de escaso reconocimiento mutuo. El conflicto, como señalaba Aristóteles hace más de dos mil años, entre las dos hipotéticas partes de la persona que tartamudea es intenso, a tenor del grado de tensión muscular existente alrededor del bloqueo.

Resumiendo, la tartamudez podría conceptualizarse, dentro de su naturaleza multifactorial, como un fenómeno de naturaleza traumática y disociativa cuya máxima expresión sintomática, es decir, el bloqueo, como “síntoma positivo”, escenifica un conflicto entre dos partes. Una parte aparentemente normal (PAN), orientada (relativamente) al presente y a sistemas de acción no defensivos (como la conexión social, el juego, la sexualidad, etc.), evita todo contenido y reminiscencia del trauma. Otro lado, considerado una parte emocional (PE), por el contrario, es preso y portador del trauma, estando fijado a sistemas de acción defensivos (lucha, huida o parálisis) para poder hacer frente a la reexperimentación continua del trauma. El conflicto entre partes, esto es, la falsa dicotomía entre fluidez verbal y bloqueo puede superarse gracias al salto cualitativo que permite la integración.

### **Tratamiento: Uno para Todos, Todos para Uno**

Partiendo de la hipótesis central de este texto, aquella desde la cual se concibe a la disfemia como un trastorno con base postraumática y disociativa, se plantearán, a continuación, una serie de preguntas para inspirar un posible trabajo con partes, en pos de facilitar la comunicación interna entre subpersonalidades, el procesamiento de recuerdos traumáticos y, en definitiva, la integración.

Estas sugerencias, formuladas en un modo interrogatorio, no se adscriben, por tanto, a un único modelo psicoterapéutico, sino que surgen desde una perspectiva integradora y transteórica. Son muchas, por consiguiente, las escuelas psicoterapéuticas que pueden favorecer esta propuesta de intervención, tales como la terapia sensoriomotriz (Odgen y Minton, 2000; Odgen et al., 2009; Odgen y Fischer, 2016), el EMDR (Epozdemir et al., 2012; Shapiro, 1989), los sistemas familiares internos (Schwartz, 2015), la terapia focalizada en emociones (Greenberg et al., 1996; Greenberg y Paivio, 2000), el focusing (Gendlin, 1991, 1999) o el *mindfulness* o conciencia plena (Boyle, 2011; Kabat-Zinn, 2010). Queda, pues, en manos del clínico y de su correspondiente criterio terapéutico elegir cómo emprender este trabajo con partes en el campo de la tartamudez.

1º *¿Qué tipo de lenguaje habla la tartamudez?* El bloqueo haría referencia a un doble movimiento. Por un lado, existe el deseo de hablar, la búsqueda de la curación (la idealizada fluidez verbal) y la complacencia con el terapeuta (colaborando, por ejemplo, en el reprocesamiento de las memorias traumáticas). Por otro

lado, se evita entrar en contacto experiencialmente con el bloqueo, con la hipotética negación de los contenidos traumáticos, la evitación de la reexperimentación, de la retraumatización y el oposicionismo a hablar. Esta forma de comunicación, basada en lo implícito, lo indirecto y lo contradictorio, es típica del lenguaje de la disociación (González y Mosquera, 2012). En particular, el bloqueo constituye un tipo de *memoria implícita*, es decir, un recuerdo no verbal, automático e inconsciente de una vivencia traumática que está alejada de la influencia del lenguaje y del pensamiento (Odgen y Fisher, 2016). En definitiva, con cada bloqueo, la persona que tartamudea está recordando a través del cuerpo lo que su mente no puede/quiere recordar, a modo de una memoria dependiente de estado (Bower, 1981).

2° *¿Cuántas partes pueden estar involucradas en la tartamudez?* Desde la teoría de la disociación estructural (Van der Hart et al., 2008) como mínimo se presupondría la existencia de dos partes, esto es, una PAN y una PE, en consonancia con un grado de disociación estructural primaria. Pero detrás de un bloqueo típico de la disfemia podría hipotetizarse la presencia de más de un PE, en un claro ejemplo de disociación estructural secundaria (una PAN y más de una PE). En este último supuesto, las diferentes PE representarían distintos fragmentos del trauma y estarían fijadas a sistemas de acción defensivos diferentes. Por ejemplo, una PE se ligaría al sistema de acción de huida, otra a la lucha, otra al congelamiento, etc. El número de PE es directamente proporcional al grado de disociación, lo cual se asociaría a mayores dificultades para la integración.

3° *¿Todas las partes quieren hablar?* A pesar de los intentos desnaturalizados y paradójicos de la PAN por alcanzar la fluidez, la PE cumple una función en el sistema interno del individuo, como se acaba de señalar en el punto anterior. La compartimentalización del trauma, convirtiendo a la PE en su portadora, evita la reexperimentación y la retraumatización, en ausencia de condiciones relacionales de contención y de adecuados mecanismos de autorregulación emocional. Más allá de la fluidez verbal, la PAN puede *no querer hablar* del trauma, a pesar de la apariencia hipercomplaciente y colaboradora con el terapeuta, y la PE puede custodiar con recelo el *secreto* del horror vivido, atrapada en la “hora del trauma” (Van der Hart, 2012). Esta negativa a la verbalización puede nacer de distintas fuentes afectivas, tantas como PEs existan: por miedo, por rabia, por desesperanza, por vergüenza, por abatimiento, etc.; resultando en un verdadero conflicto entre tendencias motivacionales opuestas (Solomon et al., 2017). Cabría esperar, desde esta óptica, que si todas las partes desearan hablar se descontextualizaría el bloqueo y emergería, de manera natural, la fluidez verbal.

4° *¿Detrás del bloqueo sólo hay ansiedad?* La clásica metáfora del iceberg sugiere la presencia de una esfera sentimental variada detrás de la disfemia (Sheehan, 2003). A pesar del aspecto ansiógeno de la PAN en el caso de la tartamudez (Weber y Smith, 1990), el espectro experiencial puede ser tan rico por la existencia de partes y, por tanto, por la fragmentación de la vivencia traumática. Así pues, puede darse la existencia compartimentalizada de afectos varios. Por ejemplo, una

parte, encargada del sistema de acción de la lucha, puede estar ligada a la vivencia y a la expresión de la rabia, en contraposición con la probable falta de asertividad y ansiedad social de la PAN. Otra parte, en cambio, podría albergar el temor más profundo, y otra, por otro lado, la tristeza, la desesperanza y la indefensión. Por último, no se debería descartar la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza, incluso un proceso encubierto de duelo (Murphy, 1999; Pérez, 2006). En definitiva, la ansiedad asociada al bloqueo funcionaría como una *emoción secundaria*, que protegería al sistema de la emergencia y expresión de una *emoción primaria adaptativa*, como la tristeza, la rabia, el miedo, la vergüenza y/o la culpa (Greenberg et al., 1996; Greenber y Paivio, 2000).

5° *¿Qué tendencias de acción son las responsables del bloqueo?* Desde el concepto de conflicto entre tendencias motivacionales opuestas (Solomon et al., 2017), el trauma comprendería una serie de movimientos que, en relación a sistemas de acción tanto defensivos (e.g., luchar, huir) como de apego (e.g., grito de ayuda), se vieron truncados por las condiciones físicas y psicológicas de la vivencia de horror. De todo esto se puede deducir que detrás de la tartamudez no sólo se encuentran intentos de hablar sino de auténticas secuencias de acción inacabadas, cuya impronta en el cuerpo, a través de memorias somáticas, es significativa. Podría conjeturarse que la evidente tensión muscular asociada a la tartamudez, manifestada a través de temblores, tics o muecas (Alarcon y Lees, 1996), y que se expande por toda la anatomía de la persona (cabeza, tronco, brazos y piernas), no es sino la comunicación implícita de tendencias de acción inacabadas. En términos de apego, todo esto podría equipararse con un estilo de apego desorganizado/desorientado, una forma de miedo sin solución (Main y Solomon, 1986; 1990). En este tipo de apego se da la confluencia, paradójica de tendencias de acción basadas en el apego, como la búsqueda de proximidad, y movimientos típicamente defensivos, como la huida, lo cual recuerda en sobremanera al bloqueo.

6° *¿Cómo se relaciona la fluidez verbal como la emergencia de las partes?* El bloqueo en una persona con tartamudez no es constante (Dinville, 1985). Pueden apreciarse fluctuaciones significativas en el nivel de fluidez verbal que, desde este modelo teórico, podrían asociarse con la presentación de estímulos desencadenadores de diferentes partes. Al explorar con el paciente las excepciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990), es decir, los momentos de mayor fluidez espontáneos, surgirá una lista de situaciones en las cuales la persona o no tartamudea o el nivel de bloqueo se reduce ostensiblemente: al hablar solo, al cantar, al gritar, al hablar con niños y animales, etc. En otras ocasiones, la activación de distintas partes puede darse de manera más sutil como, por ejemplo, mediante las oscilaciones en el volumen y el tono de voz típicas de la tartamudez (Bloodstein, 1995). Parece ser que cada parte posee sus propias memorias procedimentales, así como sus potenciales estímulos evocadores (Odgen y Fisher, 2016). La naturaleza contextual-funcional de la tartamudez, por consiguiente, parece obvia.

7° *¿Qué es lo peor que podría pasar si se recupera la fluidez verbal?* La

revelación del “secreto” que supone la vivencia traumática por parte de la PE supone un riesgo, en principio, inasumible por parte de la PAN, por dos razones. En primer lugar, conllevaría la asunción de la realidad del trauma, con la inevitable reexperimentación y el terror por la ruptura del sentido de confianza, bondad y predictibilidad del mundo y de la probable amenaza vertida por la figura abusiva/maltratadora. En segundo lugar, podría traicionar “lealtades invisibles” a nivel sistémico, tanto en la familia de origen como a escala transgeneracional (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2004), con el correspondiente coste relacional culpógeno. Además, puede existir la evitación encubierta de todo el sistema familiar por un fenómeno de rotación del síntoma (Jackson, 1981), ante una posible migración de la manifestación psicopatológica a otros miembros del entramado familiar. Se ha constatado, finalmente, que el secreto, el silencio y la negación familiar en torno a la tartamudez suele ser frecuente, a pesar del sentimiento de herida típico del tartamudo (Lorient, 2007). Por último, la disolución de la tartamudez podría colocar al individuo en una posición socio vital incómoda, al aumentar la capacidad de conectar plenamente en la esfera interpersonal y de integrarse perfectamente en el funcionamiento cotidiano, lo cual activaría fobias típicas del trauma como la fobia al cambio, fobia a la intimidad y la fobia a la vida normal (González y Mosquera, 2012, Nijenhuis et al., 2002; Steele et al., 2001; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 2008) o, en resumidas cuentas, dejaría al individuo perdido (Fransella, 1971). Queda claro, por tanto, la relación de amor y odio con las palabras (no explicitada) que se mantiene en la tartamudez (Cabrera, 1994).

8° *¿Es el bloqueo una estrategia de autorregulación emocional?* Como resumen de todo lo expuesto en los ocho anteriores puntos podría considerarse a la tartamudez y al bloqueo como un conjunto de *indicadores somáticos* (Rothschild, 2014). El concepto de indicador somático es una aplicación al campo del TEPT del constructo clásico de marcador somático de Antonio Damasio (Damasio, 1994) y hace referencia a cómo el cuerpo, en conexión con su sabiduría implícita y a las memorias procedimentales/somáticas, funciona como un radar, comunicando a la persona cuáles son sus valores, necesidades, preferencias, etc. A través de un proceso de enfoque corporal, el individuo con disfemia puede abandonar el terrible esfuerzo por lograr la fluidez y estar al lado del bloqueo, para averiguar qué le está informando en su aquí y ahora, alrededor de la sensación sentida (Gendlin, 1991). De esta manera, por ejemplo, un bloqueo en un momento particular puede hacerle saber a la persona en cuestión que lo que está haciendo o diciendo no se ajusta con lo que él desea realmente, en términos de congruencia, autenticidad y progresividad. El acto de tartamudear, a nivel relacional, podría entenderse como un recurso de establecimiento de límites personales. El tartamudeo se revela, no sólo como una estrategia de autorregulación emocional si no, como un valioso recurso de regulación relacional (Schore, 2001).

9° *¿Es la fluidez la última meta terapéutica?* La lucha a ultranza por alcanzar la espontaneidad verbal puede alejar a la persona de sus valores personales (García

Higuera, 2003; 2012), constituyendo un auténtico *trastorno por evitación experiencial* (Hayes et al., 1996; 1999). Comportamentalmente, el 90% del problema de la tartamudez es la evitación del bloqueo (Irwin, 1992; Sheehan, 1970; Van Riper, 1982). La evitación experiencial del bloqueo, como plataforma funcional para la negación del trauma, es la principal variable que contribuye al mantenimiento de una dinámica interna de disociación. El *mindfulness*, como actitud de aceptación, no enjuiciamiento y presencia en el aquí y el ahora (Kabat-Zinn, 2010), supondría el mejor antídoto contra la escasa conciencia interoceptiva de la tartamudez. En pocas palabras, el autoconocimiento y la autoconciencia primarían sobre el hipercontrol iatrogénico del habla (Starkweather y Givens-Ackerman, 1997). La integración se presenta como el objetivo general del tratamiento de la tartamudez, persiguiendo el funcionamiento vital pleno en todas las facetas y potencialidades de la persona. El mayor “acto de triunfo” (Odgen et al., 2009) de la persona con tartamudez está muy alejado, cualitativamente, por consiguiente, de hablar con fluidez.

A lo largo de estas nueve cuestiones se ha intentado trazar una serie de líneas básicas para el tratamiento psicoterapéutico de la tartamudez, desde la teoría de la disociación estructural. Alejado de posturas mecanicistas, dualistas y deterministas que categorizan al bloqueo como síntoma a erradicar, se ofrece una visión conciliadora e integradora, que percibe a la persona como un todo, por encima de las partes y de la fluidez verbal, y como el protagonista del proceso experiencial de cambio.

### **Conclusión: La Integración como *Metameta***

En el presente texto se ha planteado una hipótesis que especula sobre una posible correlación entre la tartamudez y el trauma, usando como hilo conector la disociación, como constructo psicológico, y el flashback, como síntoma intrusivo. A tenor de la psicobiología del trauma y de la neuropsicología de la dislexia, se ha establecido un significativo paralelismo en torno a una hiperactivación del hemisferio derecho, una hipoactivación del hemisferio izquierdo y, en particular, la desactivación del área de Broca y la corteza prefrontal izquierda.

Esta falta de integración interhemisférica, tanto de trauma como de tartamudez, se ha tratado de conectar con la fragmentación del sistema familiar interno (Schwartz, 2015) de la persona con dislexia, dividido en partes o subpersonalidades que representan sistemas de acción diferentes y elementos constitutivos disgregados de la vivencia de horror. Estas partes, en conflicto interno, sin reconocimiento ni comunicación bidireccional, quedan sintetizadas perfectamente a través de los conceptos de PAN y PE.

La lucha, baldía, ineficiente y paradójica, en pos de la fluidez verbal no es más que la evitación encubierta del bloqueo, como flashback y, en concreto, memoria somática y procedimental de tendencias de acción inacabadas y de fragmentos de contenidos traumáticos. La exposición al bloqueo, desde una actitud *mindful* y con el acompañamiento de un otro, permitirá el acercamiento progresivo pero desafiante al mundo interno de la persona que tartamudea, disolviéndose las barreras

disociativas, pero respetando la ventana de tolerancia del paciente. El silencio la exposición al bloqueo, paradójicamente, se descubre como la mejor estrategia para la reprocesamiento de las vivencias aterradoras y la conexión con la plenitud, en el aquí y el ahora.

En esta labor de integración, no sólo la persona que tartamudea tiene adoptar una perspectiva abierta y conciliadora. El terapeuta, normalmente, reacio a bucear en lo pantanoso y oscuro del trauma y relativamente escéptico de la psicopatología disociativa (González, 2010), tiene una ingente tarea por delante. La tartamudez como mal de habla (Fiedler y Standop, 1984; Perelló, 1990; Van Riper, 1982), así como el apego de la PAN por la fluidez verbal, pueden suponer obstáculos de verdadera dificultad. A todo esto, hay que añadir, además, la medicalización de la tartamudez, catalogada como “problema logopédico”, “problema emocional”, “problema neurológico”, etc. El objetivo de integración excede el plano individual de la persona que tartamudea, convirtiéndose en una auténtica *metaintegración*. La sustitución del control por la aceptación y la compasión hacia la tartamudez, como una creativa y amorosa estrategia de supervivencia traumática, marcarán la diferencia entre un tratamiento potencialmente iatrogénico y uno eficiente, como el propuesto en este artículo a través del trabajo con las partes.

## Referencias

- Alarcon, F. y Lees, A. J. (1996). Stuttering, tic-like facial movements and behavioural disorders [Tratamudez, movimiento facial similar a un tic y trastornos comportamentales]. *Journal of Neurology*, 243, 105-106. <https://doi.org/10.1007/BF00878543>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª. ed.). Panamericana.
- Aristóteles (2016). Sección XI: Problemas relativos a la voz (E. Sánchez, Trad.). En *Problemas* (pp. 119-135). Titivillus (Trabajo original publicado ca. 335 A.C.).
- Baddeley, A. (1988). Cognitive psychology and human memory [Psicología cognitiva y memoria humana]. *Trends in Neuroscience*, 11(4), 176-181. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(88\)90145-2](https://doi.org/10.1016/0166-2236(88)90145-2)
- Bijleveld, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder and stuttering: A diagnostic challenge in a case study [Trastorno de estrés postraumático y tartamudeo: un desafío diagnóstico en un estudio de caso]. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.242>
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook of stuttering [Un manual sobre tartamudez]*. Singular Publishing Group.
- Boon, S., Steele, K. y Van der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Desclée de Brouwer.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (2004). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Amorrotu.
- Boyle, M. P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: a tutorial for speech-language pathologists [Entrenamiento en mindfulness en la terapia de la tartamudez: un tutorial para patólogos del lenguaje y del habla]. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.04.005>
- Bower, H. G. (1981). Mood and memory [Humor y Memoria]. *American Psychologist*, 36(2), 129-148. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129>
- Cabrera, A. (1994). *Una paradoja del habla. La tartamudez*. LynX.
- Cardaña, E. (1994). The domain of dissociation [El dominio de disociación]. En S. J. Lyn y R.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Theoretical, clinical and research perspectives* (pp. 15-31). Guilford.

- Cohen, N. y Squire, L. (1980). Preserved learning and retention of pattern-analyzing skill in amnesia: dissociation of knowing how and knowing that [Aprendizaje preservado y retención de la habilidad de análisis de patrones en amnesia: disociación entre saber cómo y saber qué]. *Science*, 210(4466), 207-210. <https://doi.org/10.1126/science.7414331>
- Curlee, R. F. (1993). The early history of the behavior modification of stuttering: From laboratory to clinic [La historia temprana de la modificación del comportamiento de la tartamudez: del laboratorio a la clínica]. *Journal of Fluency Disorders*, 18(1), 13-25. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(83\)90003-7](https://doi.org/10.1016/0094-730X(83)90003-7)
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Andrés Bello.
- Davis, M. (1997). Neurobiology of fear responses: The role of amygdala [Neurobiología de las respuestas de miedo: El rol de la amígdala]. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 9(3), 382-402. <https://doi.org/10.1176/jnp.9.3.382>
- De la Fuente, J. M., Iborra, O., De Córdoba, M. J. y Gómez, M. (2016). *Una introducción a la psicología del lenguaje para logopedas*. Fundación Internacional Arteccità.
- Dinville, C. (1985). *La tartamudez. Diagnóstico y tratamiento*. Toray-Masson.
- Doruk, A., Murat, E., Salim, O., Adem, B. y Barbaros, O. (2012). Traumatic experiences and dissociation levels in cases of developmental stuttering [Experiencia traumática y niveles de disociación en casos de desarrollo de tartamudez]. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(1) 23-28.
- Epozdemir, H., Haciomeroglu, S. y Konuk, E. (junio, 2012). EMDR and treatment of stuttering: Towards a protocol [EMDR y tratamiento de la tartamudez: hacia un protocolo] [Sesión de conferencia]. 13th *EMDR Europe Association Conference*, Madrid, España.
- García Higuera, J. A. (2003). *Terapia psicológica en el tartamudeo. De Van Ripper a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Ariel.
- García Higuera, J. A. (2012). *Deja de sufrir por la tartamudez*. Publidisa.
- Gendlin, E. T. (1991). *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*. Mensajero.
- Gendlin, E. T. (1999). *El Focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Paidós.
- González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Pleyades.
- González, A. y Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Pleyades.
- Greenberg, L., Rice, L. y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Paidós.
- Fiedler, P. A. y Standop, R. (1984). *La tartamudez*. Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Paidós.
- Fransella, F. (1971). A personal construct theory and treatment of stuttering [Una teoría de la construcción personal y el tratamiento de la tartamudez]. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(4), 433-438. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(71\)90024-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(71)90024-9)
- Harrison, J. (2011). *El hexágono de la tartamudez. Las claves para conocer y superar las dificultades del habla*. RBA.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment [Evitación experimental y trastornos comportamental: un acercamiento dimensional al funcionamiento de la diagnosis y el tratamiento]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L. y Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance [El impacto de la aceptación vs. el control racional sobre la tolerancia al miedo]. *The Psychological Record*, 49(1), 33-47. <https://doi.org/10.1007/BF03395305>
- Heite, L. B. (2001). La petite mort: Dissociation and the subjective experience of stuttering [La petite mort: la disociación y la experiencia subjetiva de la tartamudez] [Tesis doctoral, Universidad Temple].
- Hernández, J. y Álvarez, C. A. (2009). La tartamudez como fenómeno prearticulario. *Acta Neurológica Colombiana*, 25, 25-33.
- Hull, A. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review [Hallazgos de neuroimagen en el trastorno por estrés postraumático. Revisión sistemática]. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 102-110. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.2.102>
- Irwin, A. (1992). *Cómo vencer el tartamudeo*. Grijalbo Mondadori.
- Jackson, D. D. (1981). The question of family homeostasis [La cuestión de la homeostasis familiar]. *International Journal of Family Therapy*, 3, 5-15. <https://doi.org/10.1007/BF00936266>
- Junta de Andalucía (2007). Resultados de los tratamientos para la tartamudez (Informe 5/2007). <http://www.psicoevidencias.es/docman/Descargar-documento/20-Tartamudez.html>
- Kabat-Zinn, J. (2010). *Vivir las crisis con plenitud. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós.

- Loriente, C. (2007). *Antropología de la tartamudez. Etnografía y propuestas*. Bellaterra.
- Loriente, C. (2013). Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. *Revista de Investigación en Logopedia*, 3(2), 120-145. <http://www.redalyc.org/html/3508/350835629003/>
- Ludlow, C. y Loucks, T. (2003). Stuttering: a dynamic motor control disorder [Tartamudez: un trastorno del control motor dinámico]. *Journal of Fluency Disorders*, 28(4), 273-295. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2003.07.001>
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern [Descubriendo un nuevo patrón de apego inseguro-desorganizado/desorientado]. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation [Procedimientos para identificar infantes desorganizados/desorientados durante la situación extraña de Ainsworth]. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). University of Chicago Press.
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Murphy, B. (1999). A preliminary look at shame, guilt and stuttering [Un vistazo preliminar a la vergüenza, la culpa y la tartamudez]. En N. Bernstein y E.C. Haley (Eds.), *Stuttering research and practice. Bridging the gap* (pp. 131-144). LEA.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. y Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders [La psicobiología emergente de la disociación y de los trastornos disociativos relacionados con el trauma]. En H. D'haenen, J. A. den Boer y P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079-1098). John Wiley.
- Odgen, P. y Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory [Psicoterapia sensoriomotora: un método para procesar la memoria traumática]. *Traumatology*, 6(3), 1-20. <https://doi.org/10.1177%2F15347656000600302>
- Odgen, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Desclée.
- Odgen, P. y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Desclée de Brouwer.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Paidós.
- Orton, S. T. (1927). Studies in stuttering [Estudios en tartamudez]. *Archives in Neurology Psychiatry*, 18(5), 671-672. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1927.02210050003001>
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Masson.
- Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora*. Desclée.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system [La teoría polivagal: sustratos filogenéticos de un sistema nervioso social]. *Internacional 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)
- Rodríguez, A. (2003). *La tartamudez. Naturaleza y tratamiento*. Herder.
- Rothschild, B. (2014). *8 claves para superar los traumas de forma segura*. Eleftheria.
- Sancho, J. (26 febrero, 2013). Adolfo Sánchez: "El 80% de los tartamudos están en paro". La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20091014/53804155293/adolfo-sanchez-el-80-de-los-tartamudos-en-espana-esta-en-paro.html>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health [Efectos de una relación de apego seguro en el desarrollo del lado derecho del cerebro, la regulación del afecto y la salud mental del infante]. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N)
- Schwartz, R. C. (2015). *Introducción al modelo de los sistemas de la familia interna*. Eleftheria.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories [Eficacia del procedimiento de desensibilización del movimiento ocular en el tratamiento de los recuerdos traumáticos]. *Journal of Trauma Stress*, 2(2), 199-233. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Sheehan, J. G. (1953). Theory and treatment of stuttering as an approach-avoidance conflict [Teoría y tratamiento de la tartamudez como un conflicto de acercamiento-evitación]. *The Journal of Psychology*, 36(1), 27-49. <https://doi.org/10.1080/00223980.1953.9712875>
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering. Reserach and Therapy [Tartamudez. Investigación y Terapia]*. Harper & Row.
- Sheehan, J. G. (2003). Message to a stutterer [Mensaje para un tartamudo]. En L. Emerick (Ed.), *Advice to those who stutter* (pp. 31-35). Stuttering Foundation of America.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind [La mente en desarrollo]*. Guilford Press.

- Solomon, J., Duschinsky, R., Bakkum, L. y Schuengel, C. (2017). *Toward an architecture of attachment disorganization: John Bowlby's published and unpublished reflections* [Hacia una arquitectura de desorganización del apego: reflexiones publicadas y no publicadas de John Bowlby]. *Clinical child psychology and psychiatry*, 22(4), 539-560. <https://doi.org/10.1177%2F1359104517721959>
- Starkweather, C. W. (1980). A multiprocess behavioral approach to stuttering therapy [Un enfoque conductual de procesos múltiples para la terapia de la tartamudez]. *Seminars in Hearing*, 1(4), 327-337.
- Starkweather, C. W. (1987). *Fluency and stuttering* [Fluidez y tartamudez]. Prentice-Hall.
- Starkweather, C. W. y Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering: Studies in Communicative Disorders* [Tartamudez: Estudios en Trastornos Comunicativos]. Pro-Ed.
- Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders [Dependencia en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático complejo y trastornos disociativos]. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79-116. [https://doi.org/10.1300/J229v02n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J229v02n04_05)
- Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation un complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias [Tratamiento orientado por fases de la disociación estructural de un traumatismo complejo: superación de las fobias relacionadas con el trauma]. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11-53. [https://doi.org/10.1300/J229v06n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J229v06n03_02)
- Travis, L. E. (1931). *Speech pathology: a dynamic neurological treatment of normal speech and speech deviations* [Patología habla; un tratamiento dinámico neurológico del habla normal y las desviaciones del habla]. Appleton.
- Van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase I treatment of clients with complex dissociative disorders [El uso de la imaginación en la fase 1 del tratamiento de clientes con trastornos disociativos complejos]. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 8458. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.8458>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering* [El tratamiento de la tartamudez]. Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* [La naturaleza de la tartamudez]. Prentice-Hall.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1999). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (M<sup>a</sup>. C. Blanco y R. A. Diéz, Trad.). Paidós.
- Weber, C. M. y Smith, A. (1990). Autonomic correlates of stuttering and speech assessed in a range of a experimental tasks [Correlatos autonómicos de la tartamudez y el habla evaluados en un conjunto de tareas experimentales]. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 33(4), 690-706. <https://doi.org/10.1044/jshr.3304.690>
- Webster, W. (1998). Brain models and the clinical management of stuttering [Modelos cerebrales y gestión clínica de la tartamudez]. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 22(4), 220-230.
- Wu, J. C., Maguire, G., Riley, G., Fallon, J., LaCasse, L., Chin, S., Klein, E., Tang, C., Cadwell, S. y Lottenberg, S. (1995). A positron emission tomography [18F]deoxyglucose study of developmental stuttering [Una tomografía por emisión de positrones [18F] estudio con desoxiglucosa de la tartamudez del desarrollo]. *Neuroreport: An International Journal for the Rapid Communication of Research in Neuroscience*, 6(3), 501-505. <https://doi.org/10.1097/00001756-199502000-00024>



# EFICACIA DE LA HIPNOSIS CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES: EXPERIENCIA EN UNA SERIE CONSECUTIVA DE 50 PACIENTES

## EFFICACY OF CLINICAL HYPNOSIS IN FUNCTIONAL NEUROLOGICAL DISORDERS: EXPERIENCE IN A CONSECUTIVE SERIES OF 50 PATIENTS

**Alexandre Gironell<sup>a, b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2109-9030>

**Marc Muñoz<sup>b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2628-8968>

**Juan Manuel Badosa<sup>b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6139-6198>

**Roser Ribosa<sup>a</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9233-4336>

**Albert Roig<sup>b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5866-4481>

**Agustí Camino Vallhonrat<sup>c</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4006-9988>

**Raffaella Tuccillo<sup>b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4478-5914>

**Eva Juan Linares<sup>f</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3167-9717>

**Giulia Marconi<sup>b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2018-3046>

**Aina Ripol Puig<sup>g</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1784-9265>

**Guillem Feixas<sup>c, d</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6288-6009>

<sup>a</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España

<sup>b</sup>Programa Hipnosis Clínica. Clínica Creu Blanca. Barcelona. España

<sup>c</sup>Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universitat de Barcelona. España

<sup>d</sup>Institut de Neurociències, Universitat de Barcelona. España

<sup>e</sup>Institut Milton Erickson de Barcelona. España

<sup>f</sup>Psicología. Servicio de Oncología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España

<sup>g</sup>Psicología

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gironell, A., Badosa, J. M., Roig, A., Tuccillo, R., Marconi, G., Muñoz, M., Ribosa, R., Camino, A., Juan, E., Ripol, A., Camino Vallhonrate, A., Juan Linares, E., Ripol Puig, A. y Feixas, G. (2021). Eficacia de la hipnosis clínica en los trastornos neurológicos funcionales: Experiencia en una serie consecutiva de 50 pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 113-127. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.472>

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de interés con respecto a este estudio.

Fecha de recepción v1: 19-01-21. Fecha de recepción v2: 8-05-21. Fecha de aceptación: 22-05-21.

Correspondencia sobre este artículo:

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

Dirección postal: G. Feixas. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Passeig Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España

© 2021 Revista de Psicoterapia



## Resumen

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) son una causa relativamente frecuente de discapacidad neurológica. La hipnosis sigue procesos cerebrales similares a los TNF y puede tener utilidad terapéutica en esta entidad. Este estudio pretende contribuir al apoyo empírico para el uso de la hipnosis clínica en pacientes con TNF. Para ello, se ejecuta un estudio abierto de 50 pacientes consecutivos con TNF. Se utiliza el método de hipnosis desarrollado por Lorio que incluye una evaluación neuropsiquiátrica previa, una exploración de recursos del paciente durante dos sesiones y de una a tres sesiones de hipnosis. Los pacientes son evaluados mediante la escala de impresión clínica global: basal, +1 mes y +12 meses. Los resultados mostraron que en la valoración +1 mes del tratamiento, el 60% de los pacientes presentaron una mejora de los síntomas ( $p < 0.001$ ) (25% recuperación ad integrum). Esta mejora persiste y se amplifica a los 12 meses: el 68% de pacientes mejoraron ( $p < 0.001$ ) (40% recuperación ad integrum). No se observaron efectos adversos. No se halló una correlación significativa de respuesta al tratamiento a los 12 meses en las variables edad ( $p = 0.409$ ) ni en el tiempo de evolución ( $p = 0.154$ ). A pesar de una mejor respuesta en el sexo femenino, la relación no fue significativa ( $p = 0.198$ ). Este estudio preliminar muestra que la hipnosis clínica puede ser una buena alternativa terapéutica en pacientes con TNF y debería formar parte del tratamiento multidisciplinar de esta entidad. Nuevos estudios controlados son necesarios para confirmar estos hallazgos.

Palabras Clave: hipnosis, histeria, trastorno de conversión, trastorno disociativo, trastorno psicógeno, trastorno neurológico funcional.

## Abstract

Functional neurological disorders (FND) are a relatively common cause of neurological disability. Hypnosis follows brain processes similar to FNDs and may have therapeutic utility in this entity. This study aims to increasing the empirical evidence for the use of clinical hypnosis in patients with FND. This study aims to contribute to increasing the empirical evidence of the use of clinical hypnosis in the treatment of patients. To do this, an open study of 50 consecutive patients with TNF was carried out. The hypnosis method developed by Lorio was applied, which includes a prior neuropsychiatric evaluation, an exploration of the patient's resources during two sessions, and one to three sessions of hypnosis. The patients were evaluated using the global clinical impression scale: baseline, +1 month and +12 months. The results showed that, in the assessment of +1 month of treatment, 60% of the patients presented an improvement in symptoms ( $p < 0.001$ ) (25% recovery ad integrum). This improvement persisted and was amplified at 12 months, 68% of patients improved ( $p < 0.001$ ) (40% recovery ad integrum). No adverse effects were observed. No significant correlation of response to treatment at 12 months was found for the variables age ( $p = 0.409$ ) or time of evolution ( $p = 0.154$ ). Despite a better response in females, the relationship was not significant ( $p = 0.198$ ). Our preliminary open study shows that clinical hypnosis can be a good therapeutic alternative in patients with TNF and should be part of the multidisciplinary treatment of this entity. New controlled studies are needed to confirm these findings.

Keywords: hypnosis, hysteria, conversion disorder, dissociative disorder, psychogenic disorder, functional neurological disorder.

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) o psicógenos, también denominados trastornos de conversión o histeria son una entidad clásica a caballo entre la neurología y la psicopatología en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Estos términos se han aplicado históricamente a alteraciones neurológicas que se manifiestan con síntomas físicos pero que no pueden ser atribuidos a una causa orgánica y en los que se supone la implicación de factores psicológicos. Se caracterizan como trastornos involuntarios, sostenidos en creencias y expectativas anormales, fundamentadas en la alteración del sentido de agencia (conciencia subjetiva de que uno está iniciando, ejecutando y controlando las propias acciones volitivas). La atención es recurrentemente centrada en los síntomas e induce una interpretación sesgada (incluso aberrante) de los mismos, basada en modelos de referencia personales sobre dichos síntomas (American Psychiatric Association, 2013).

Los TNF constituyen un grave problema de salud y se encuentran entre las causas más frecuentes de discapacidad neurológica (Carson y Lehn, 2016). Su incidencia es de 4-12 por 100.000 personas por año, con una prevalencia de 50 por 100.000 personas basada en un registro comunitario (Carson y Lehn, 2016). Los síntomas neurológicos inexplicados son frecuentes en la práctica clínica diaria de las consultas neurológicas, ocurren en cerca de un 30% de los pacientes y los TNF representan alrededor de un 1-5 %. Esta afectación es más frecuente en el género femenino (75% de casos) (Binzer et al., 1997; Stone et al., 2009).

A pesar de que en este tipo de pacientes no existe ningún daño aparente irreversible, el pronóstico suele ser malo, con la persistencia de síntomas en estudios a largo plazo en más de un 60% de los casos (Carson y Lehn, 2016). Los TNF implican niveles de discapacidad y un uso de recursos sanitarios similares o superiores al de pacientes con una enfermedad neurodegenerativa (Carson et al., 2011).

Se emplean tratamientos psicológicos (terapia cognitivo-conductual, psicodinámica, psicoterapia grupal o tratamiento físico basado en fisioterapia para los trastornos motores (O'Neal y Baslet, 2018). Asimismo, se han intentado tratamientos con estimulación eléctrica transcutánea y estimulación magnética transcranial (Espay et al., 2018). Pero ninguna intervención terapéutica se ha mostrado eficaz con una evidencia concluyente.

A finales del siglo XIX, Jean Martin Charcot sugirió que los procesos cerebrales responsables del proceso histérico eran muy similares a los que se producen en el estado hipnótico. Propuso la terapia mediante hipnosis clínica para este tipo de trastornos (Charcot, 1889; Charcot y Marie, 1892). En los últimos 20 años, mediante estudios de neuroimagen funcional y neurofisiológicos, se ha confirmado la similitud de las alteraciones de la función cerebral en el estado hipnótico y en los TNF (Bell et al., 2011; Cojan et al., 2009).

Camilo Lorieo diseñó una intervención hipnótica específica ultra-breve, con un máximo de 3 sesiones, basada en el metamodelo de hipnosis desarrollado por Milton Erickson (Erickson et al., 1976; Erickson y Rossi, 1979; véase también la

compilación de Procter, 2001). Lorieo et al. (2010, 2011) entiende que el trastorno implica un conflicto básico relacional, cuyo significado subyace en el síntoma, que cumple una función relacional en la vida del paciente. Con este método se intenta estandarizar esta terapia, hecho que posibilita su replicación por parte de otros profesionales y facilita su implantación en la clínica diaria (Badosa et al., 2017).

Existe una gran dificultad para la realización de estudios doble ciego en este tipo de pacientes. Únicamente existen dos estudios controlados con muy pocos pacientes en los que la terapia mediante hipnosis en los TNF ha demostrado resultados positivos (Moene et al., 2002, 2003). Nuestro objetivo con este estudio naturalístico es aportar evidencia acerca de la eficacia de esta técnica terapéutica en una serie consecutiva de pacientes con el diagnóstico de TNF. Esperamos con ello estimular la realización de estudios controlados en el futuro que permitan, en base a criterios empíricos, fomentar la práctica de la hipnosis con este tipo de pacientes.

## Método

### Participantes

Entre enero de 2010 y septiembre de 2019, 50 pacientes consecutivos con el diagnóstico de TNF fueron tratados mediante hipnosis clínica en el Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (2010-2016) y en la Unidad de Parkinson de la Clínica Teknon de Barcelona (2016-2019). El diagnóstico de TNF se efectuó mediante los criterios DSM-IV-TR y DSM-5 (a partir de 2014). No se les consideraba candidatos a esta terapia si se detectaba una ganancia económica y/o judicial. El tratamiento con hipnosis no era compatible con el tratamiento simultáneo con alguna forma de psicoterapia. En caso de que el paciente se encontrase en tratamiento con algún psicofármaco, no se modificaba la dosis del mismo durante el período del tratamiento y en el mes posterior al mismo. Los pacientes firmaron previamente un consentimiento informado. Todos ellos siguieron el protocolo terapéutico de hipnosis ultrabreve diseñado por Camilo Lorieo et al. (2010, 2011).

### Intervención con Hipnosis Clínica

Consta de tres partes consecutivas:

#### 1-Evaluación neurológica y psicopatológica

Los pacientes fueron valorados por parte de un/a neurólogo/a (AG o RR) y un psiquiatra (JB) para confirmar el diagnóstico de TNF, así como apreciar la aptitud del paciente para realizar terapia mediante hipnosis. Se evaluaba el perfil de fenómenos hipnóticos y la sugestionabilidad del paciente, lo cual permitió orientar el proceso exploratorio y el posterior trabajo modulador.

Las pruebas de sugestionabilidad utilizadas no incluyeron la respuesta a una escala (en aras de la brevedad de la intervención). Consistían en incluir una serie de sugerencias que abarcan tres grandes categorías:

a) Sugerencias *ideomotoras e ideo-sensoriales directas*: producen experien-

cias como pesadez o levitación involuntaria del brazo en la mayoría de los participantes;

- b) Sugestiones de *desafío ideomotor*: sugestiones ideomotoras en las que se desafía al sujeto a superar, por ejemplo, la imposibilidad de levantar la mano contra las sensaciones de pesadez o abrir los párpados bien cerrados;
- c) Sugestiones “*cognitivas*”: afectan a procesos psicológicos de nivel superior e involucran la memoria y la percepción (resultan en alucinaciones o amnesia selectiva) y suelen experimentarse con menor frecuencia.

### *2-Exploración de recursos del paciente*

Este enfoque incluye una exploración de recursos del paciente, previa a las sesiones de hipnosis. Consta de dos sesiones de 60 a 90 minutos de duración que tienen como objetivo ampliar el conocimiento de la situación vital del paciente, evaluar su personalidad y sus rasgos emocionales. Este proceso es fundamental para establecer una alianza terapéutica y orientar el posterior trabajo con hipnosis. El terapeuta desencadena una búsqueda –automática e inconsciente– de nuevas asociaciones, para reestructurar un marco de referencia más estable. La exploración de recursos induce un proceso clave en la terapia: la evocación e incorporación por parte del paciente de habilidades capaces de impulsar la restauración de la función alterada (Erickson, 1980).

### *3-Sesiones de hipnosis clínica*

La intervención está estructurada desde un planteamiento terapéutico restrictivo que limita las sesiones e intercambios al mínimo imprescindible, que conduce a la participación activa del paciente; y se acepta desde el principio el riesgo de fracaso. Se centra en vincular los síntomas al conflicto principal que afronta la persona (Loriedo et al., 2010, 2011). Cada sesión de hipnosis dura unos 60 minutos. Según sea la respuesta terapéutica se puede repetir hasta un máximo de tres sesiones separadas por un intervalo de 2-4 semanas.

*Protocolo Terapéutico.* La intervención adopta un enfoque estratégico, basado en el meta-modelo de hipnosis naturalista desarrollado por M. Erickson (Erickson et al., 1976; Erickson y Rossi, 1979; Procter, 2001). El enfoque naturalista implica la aceptación y utilización de la situación encontrada, sin tratar de reestructurarla psicológicamente. El comportamiento del paciente, en su presentación, se convierte en una ayuda definida, un componente real en la inducción del trance, en vez de un posible obstáculo. El trabajo se dirige más al proceso que al contenido.

Este enfoque puede contemplarse como un proceso de tres etapas:

1. Preparación; el terapeuta explora el repertorio de experiencias del paciente, y facilita marcos de referencia constructivos para orientarlo hacia el cambio.
2. Activación y utilización de las propias habilidades mentales del paciente durante el trance.
3. Reconocimiento cauteloso de evaluación y ratificación del cambio.

El procedimiento rara vez utiliza sugestiones directas para resolver los sín-

tomos, prefiere los sistemas de respuesta autónoma para aportar sugerencias que eludan el consciente del paciente. Las respuestas involuntarias son resultado del siguiente proceso:

(1) Fijación de la atención

Utilización de las creencias y comportamientos para centrar la atención en las realidades internas del paciente. Presentación de lo extraño, asombroso y “sorprendente”.

(2) Debilitación de los esquemas conscientes

Distracción, shock, sorpresa, dudas, confusión, disociación, o cualquier otro proceso que interrumpa las perspectivas habituales del paciente. Interrupción de su habitual conciencia cotidiana.

(3) Búsqueda inconsciente,

Implicaciones, preguntas, juegos de palabras y otras formas de sugestión indirecta. También facilita la aceptación de sugerencias directas debido a la interrupción y la brecha en su conciencia ordinaria.

(4) Respuesta hipnótica

Expresión de sus potenciales de conducta, experimentados como si ocurrieran de forma involuntaria, autónoma.

El terapeuta facilita la emergencia de recursos; sistemas de respuestas sin explotar, que el paciente no ha sido capaz de utilizar de forma voluntaria e intencional. El empleo de metáforas terapéuticas y fenómenos hipnóticos permite extraer los recursos, que se incorporan a contextos actuales y futuros. El paciente tiene la oportunidad de ensayar la utilización de su propia capacidad en el trance, para las situaciones donde son necesarias. Durante el trance los esquemas mentales habituales quedan momentáneamente suspendidos, el paciente está más dispuesto a colaborar con las ideas o sugerencias del terapeuta, debido a la tendencia natural a recuperar el equilibrio perdido.

El diseño de la terapia involucra tres aspectos importantes para el paciente:

- a) La co-construcción de las metas del tratamiento;
- b) La determinación de la pauta de presentación de la sintomatología;
- c) Las (posibles) estrategias para alterar dicha pauta y la manera en que se comunicarán esas estrategias -aspecto directamente relacionado con el modo de cooperar del paciente.

Bell et al. (2011) distinguen diferentes estilos de respuesta hipnótica, caracterizados por diversos grados de automatismo al generar la respuesta:

- a) Sujetos con un estilo de respuesta *focalizada* (*centran su atención en el contenido de las sugerencias*), experimentan que los efectos sugestionados suceden por sí mismos.
- b) Sujetos con un estilo de respuesta *constructiva* (trabajan activamente la sugestión o se involucran en las imágenes dirigidas a un objetivo), tienen una mayor conciencia de contribuir activamente a los efectos sugestionados, incluso cuando los síntomas se experimentan como involuntarios

y reales.

### Valoración Neurológica

Los pacientes eran evaluados después de la intervención en el grado de intensidad del síntoma neurológico por parte del mismo neurólogo que había hecho la evaluación inicial mediante la escala de impresión clínica global-gravedad de la enfermedad (ICG-GE) (Guy, 1976). Esta escala es la más utilizada para valorar cambios en los TNF. Su principal ventaja es que permite valorar todos los síntomas de los TNF. Es breve y simple de administrar y ha demostrado ser sensible al cambio clínico en los estudios terapéuticos con los TNF (Pick et al., 2020). Consta de 7 puntos: 0 = *No evaluado*, 1 = *Normal, no enfermo*, 2 = *Dudosamente enfermo*, 3 = *Levemente enfermo*, 4 = *Moderadamente enfermo*, 5 = *Marcadamente enfermo*, 6 = *Gravemente enfermo*, 7 = *Extremadamente enfermo*. Asimismo, en las visitas de seguimiento el paciente puntuaba la escala subjetiva de impresión clínica global-mejoría global (ICG-MG) (Guy, 1976) que también consta de 7 puntuaciones: 0 = *No evaluado*, 1 = *Recuperación ad integrum*, 2 = *Moderadamente mejor*, 3 = *Levemente mejor*, 4 = *Sin cambios*, 5 = *Levemente peor*, 6 = *Moderadamente peor*, 7 = *Mucho peor*. Esta valoración neurológica se llevó a cabo en el pre-tratamiento y al cabo de uno y 12 meses de la última sesión de hipnosis.

### Análisis Estadístico

Dado que la escala de valoración es ordinal, se utilizó estadística no paramétrica. Se realizó un estudio comparativo de la escala ICG-GE, entre los valores iniciales, respuesta al mes y a los 12 meses, mediante test de Friedman; además, el valor inicial se comparó de forma independiente con el valor a 1 mes y el valor a 12 meses mediante test de Wilcoxon. Asimismo, se realizó un estudio de correlación (test no paramétrico de Spearman) de la respuesta clínica (diferencia entre valor pre y valor al mes y a los 12 meses) con los datos clínicos de los pacientes. En todos los casos el nivel del error de tipo I, se ha fijado en el usual del 5% (alfa = 0.05). Los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico IBM-SPSS (v.26).

### Resultados

Durante el periodo del estudio, unos 88 pacientes fueron derivados con sospecha de TNF para tratamiento. Después del filtro neuro-psiquiátrico, 53 pacientes cumplieron criterios para efectuar la terapia. Tres pacientes prefirieron no hacer tratamiento a pesar de cumplir los criterios de inclusión. De los 35 pacientes excluidos, en 10 casos se detectó una enfermedad neurológica orgánica, en 15 el diagnóstico psiquiátrico no era de TNF (trastorno disociativo en 12 casos, agorafobia en 3 casos). Existía una ganancia económico-judicial en 10 pacientes.

Finalmente, 50 pacientes (edad media 42,9, desviación típica 14,3; 36 mujeres, 70%) realizaron el tratamiento mediante hipnosis clínica. En la tabla 1 se exponen los datos clínicos de los pacientes de nuestra serie.

Tabla 1

*Características de los Pacientes Tratados con Hipnosis Clínica en Nuestra Serie*

Paciente	Edad	Género	Psicopat.	Sintomatología	Tiempo evolución <sup>a</sup>	Nº sesiones hipnosis	EIC-GE Previa	EIC-GE +1 mes	EIC-GE +12 mes
1	52	F	-	Hemiparesia	60	3	5	4	3
2	73	M	-	Temblor	12	2	5	5	5
3	57	F	-	Hemiparesia	48	3	5	4	4
4	27	F	-	Disfonía	4	3	4	2	1
5	32	F	-	Ataxia	24	3	5	3	1
6	30	F	-	Ataxia	9	3	5	2	2
7	31	M	-	Distonía	24	3	4	3	3
8	33	F	+	Pseudocrisis	72	2	4	4	4
9	51	F	+	Hemiparesia	3	3	4	2	2
10	46	F	-	Ataxia	24	3	3	3	2
11	37	M	-	Pseudocrisis	9	1	5	4	3
12	33	F	-	Amnesia	24	3	6	6	6
13	55	F	-	Hemiparesia	8	3	6	3	2
14	35	F	-	Miastenia	72	1	5	1	1
15	37	F	+	Temblor	132	3	5	5	5
16	45	M	-	Temblor	96	3	4	2	1
17	67	M	-	Pseudocrisis	12	1	4	1	1
18	66	F	-	Distonía	72	3	4	1	1
19	59	F	-	Paraparesia	144	2	5	5	5
20	34	M	-	Parkinsonismo	60	3	6	6	6
21	17	F	-	Paraparesia	10	3	6	1	1
22	26	F	-	Temblor	72	3	4	1	1
23	49	F	-	Miastenia	48	2	5	2	1
24	70	F	-	Temblor	36	3	3	5	5
25	40	F	-	Pseudocrisis	120	3	7	5	5
26	39	M	-	Disfonía	18	3	4	2	3
27	45	F	+	Pseudocrisis	24	2	6	4	5
28	49	F	-	Paraparesia	18	3	7	1	1
29	37	M	-	Miastenia	84	1	5	5	5
30	56	F	-	Paraparesia	108	2	6	6	5
31	49	F	-	Hemiparesia	24	2	4	1	1
32	37	F	+	Ataxia	4	0	4	1	1
33	18	F	-	Temblor	4	1	3	1	1

Paciente	Edad	Género	Psicopat.	Sintomatología	Tiempo evolución <sup>a</sup>	Nº sesiones hipnosis	EIC-GE Previa	EIC-GE +1 mes	EIC-GE +12 mes
34	69	F	-	Pseudocrisis	312	2	5	1	1
35	27	F	-	Paraparesia	14	3	7	5	5
36	53	M	+	Pseudocrisis	84	1	5	4	3
37	29	F	-	Paraparesia	3	1	4	2	1
38	71	F	+	Paraparesia	6	1	6	6	5
39	31	F	-	Paraparesia	8	1	5	5	5
40	42	F	-	Vértigo	12	1	4	1	1
41	52	F	-	Miastenia	120	1	4	1	1
42	39	F	-	Temblor	12	2	5	2	1
43	47	M	-	Temblor	1	5	7	3	3
44	38	M	+	Dolor	24	1	4	3	2
45	57	F	+	Ataxia	24	2	3	2	-9
46	17	M	-	Diplopia	3	2	5	4	3
47	37	M	-	Hemiparesia	24	2	5	4	4
48	38	F	-	Temblor	84	2	4	2	2
49	44	F	-	Hemiparesia	8	3	5	2	1
50	26	M	-	Pseudocrisis	20	1	5	1	1

Nota: F: femenino; M: masculino; <sup>a</sup>: meses; EIC-GE: escala de impresión clínica global-gravedad de la enfermedad; psicopat.: psicopatología asociada.

El tiempo de evolución de los síntomas fue de 43.5 meses de media, con una desviación típica de 55 meses. La mediana de la escala ICG-GE inicial fue de 5 (rango 3-7). En 8 pacientes (16%) existía algún tipo de psicopatología asociada (síndrome depresivo en 6 pacientes, trastorno bipolar en 2 pacientes). Estos 8 pacientes estaban en tratamiento con psicofármacos: antidepresivos tricíclicos (2), inhibidores de la recaptación de serotonina (4), litio (1), y topiramato (1). El resto de pacientes del estudio sin psicopatología asociada no recibía ningún psicofármaco.

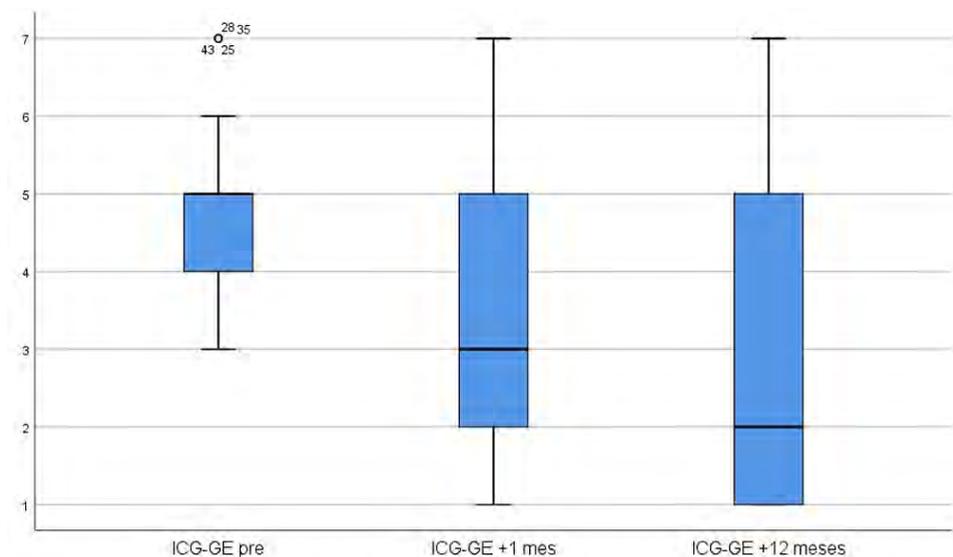
El tipo de síntomas neurológicos fue muy variado. Destacan por su frecuencia: temblor, paraparesia, pseudocrisis, hemiparesia, trastorno de la marcha y miastenia. En 12 pacientes se realizó una sola sesión de hipnosis, 16 pacientes dos sesiones y 22 pacientes tres sesiones. Cinco pacientes (10%) no entraron en trance hipnótico en ninguna de las 3 sesiones.

En la valoración al mes post-tratamiento se observó una mejoría significativa, la mediana de la ICG-GE fue de 3 (rango 1-7) con una  $p < 0.001$  en el test de Wilcoxon. Todos los pacientes que mejoraron en la visita realizada un mes después de la última sesión de hipnosis mantuvieron o incrementaron el nivel de mejora en la valoración a los 12 meses con una mediana de la ICG-GE de 2 (rango 1-7),

una diferencia significativa con respecto a la puntuación inicial ( $p < 0.001$ ) (figura 1). La escala subjetiva ICG-MG en la visita al mes de finalizar la hipnosis mostró que el 60% presentaron una mejora clínica de los síntomas (puntuación 1, 2 o 3) (25% recuperación *ad integrum*-puntuación 1). En la valoración a los 12 meses, la mejora clínica subjetiva se produjo en un 68% de casos (40% recuperación *ad integrum*). En los casos de recuperación completa de los síntomas, esta se produjo inmediatamente después de una sesión de hipnosis en un 50% de casos. En el resto, la mejora fue progresiva en días posteriores a la sesión de hipnosis. En los pacientes con recuperación *ad integrum* en la valoración a 1 mes no se observó ninguna recaída de los síntomas en los 12 meses de seguimiento. No se evidenció ningún efecto adverso de la terapia.

Figura 1

Representación Gráfica de la Escala de Impresión Clínica Global-Gravedad de la Enfermedad (ICG-GE) en Situación Basal, +1 Mes y +12 Meses



No se encontró ninguna correlación significativa entre la respuesta al tratamiento (ICG-GE) en la valoración a un mes posterior a las sesiones de hipnosis y las siguientes variables: edad ( $r = -0.034$ ;  $p = 0.817$ ) ni tiempo de evolución de los síntomas ( $r = -0.174$ ;  $p = 0.228$ ). A pesar de obtener una mejor respuesta en el sexo femenino, la relación no fue significativa ( $p = 0.134$ ). Las correlaciones seguían sin significación en la valoración de 12 meses posterior al tratamiento (edad  $r = -0.119$ ,  $p = 0.409$ ; tiempo evolución,  $r = -0.205$ ,  $p = 0.154$ ; género  $p = 0.198$ ).

## Discusión

Nuestra experiencia muestra que la hipnosis clínica ultrabreve (máximo de 3 sesiones) consigue mejorar los síntomas de los TNF en cerca de un 60% de pacientes con una resolución total de los síntomas en un 25% de casos en el primer mes del tratamiento. La mejoría es persistente y se amplifica al cabo de 12 meses de la intervención (68% de mejora con 40% de resolución *ad integrum*), sin que se hayan observado efectos adversos con esta terapia.

Estos resultados aportan evidencia acerca de las características psicógenas de los TNF. Ya hace más de un siglo que Freud propuso que los trastornos de disociación, como ocurre en los TNF, se producen como un mecanismo de defensa que convierte un estrés emocional en un síntoma físico. Aunque el DSM-5 redujo la importancia de los estresores psicosociales para establecer su diagnóstico, tradicionalmente se considera que las emociones son cruciales en el desarrollo de TNF. Así, los síntomas funcionales se generarían inconscientemente como consecuencia de factores estresantes psicológicos subyacentes. En efecto, la sintomatología conversiva puede reaparecer, y cambiar su expresión, cuando solo se obtiene el cese del síntoma y el paciente no solventa el conflicto precipitante (Loriedo et al., 2011).

La neurociencia ha estudiado el papel de los procesos cognitivos y emocionales que subyacen a los TNF, especialmente las conexiones entre áreas cerebrales asociadas con el procesamiento motor, sensorial, emocional y las funciones reflejas (Cojan et al., 2009; Voon et al., 2010). Hallazgos convergentes de neuroimagen implican interacciones límbicas y motoras anormales en respuesta a estímulos emocionales en los TNF (Sojka et al., 2018). Otras anomalías neurobiológicas descritas incluyen una hipo-actividad del área motora suplementaria y una desconexión relativa con las áreas que seleccionan o inhiben los movimientos y se asocian con el sentido de agencia (Espay et al., 2018).

Los pacientes con TNF presentan una pérdida del sentido de control sobre su función motora, una alteración del sentido de agencia (Haggard et al., 2004). En efecto, los pacientes con TNF motor presentan una disminución del enlace entre la intención y el efecto de la acción en los movimientos voluntarios normales, al compararlos con voluntarios sanos (Kranick et al., 2013; Voon et al., 2010). La evidencia reciente señala que la participación de mecanismos descendentes puede alterar la función motora en pacientes con TNF motor, mediante el acoplamiento con sistemas neuronales asociados con el autocontrol interno, la regulación de las emociones y la memoria, conduciendo a la aparición de síntomas funcionales (Bègue, 2018).

La inducción hipnótica produce una reorganización de las redes de control ejecutivo frontal y las redes de monitorización; una reducción en el control cognitivo (Egner y Raz, 2007). La sugestión hipnótica permite obviar la necesidad de un control cognitivo y reducir la percepción consciente de los estímulos o representaciones que producen la respuesta conflictiva. Asimismo, puede anular procesos automáticos e inducir alteraciones profundas en la experiencia subjetiva, permitiendo manifestar

experiencias conscientes atípicas y sortear procesos profundamente arraigados, de forma rápida y sin esfuerzo (Casiglia et al., 2010; Lifshitz et al., 2013).

La hipótesis de Charcot, sugiriendo que los procesos neuronales que acontecen en la situación de histeria y de hipnosis son muy parecidos, se ha confirmado en estudios recientes mediante neuroimagen funcional (Bell et al., 2011). Estos hallazgos sugieren que la intervención del sistema ejecutivo en el procesamiento cognitivo automático y voluntario es fundamental en ambos, histeria y hipnosis. Así, se ha sugerido que en la histeria existe un fenómeno de auto-sugestión, mientras que en la hipnosis la sugestión es externa provocada por un terapeuta. Así, los sujetos bajo hipnosis pueden experimentar fenómenos de parálisis reversible inducidos por una sugestión hipnótica de manera consciente, mientras que los pacientes con TNF tienen ideas fijas inconscientes basadas en autosugestión (Espay et al., 2018).

Los TNF son relativamente frecuentes en hospitales terciarios (Binzer et al., 1997; Carson et al., 2011; Carson y Lehn, 2016; Stone et al., 2009). Su pronóstico no es bueno, puesto que en el 65-90% de casos, la sintomatología se cronifica (Gelauff et al., 2014). En un meta-análisis reciente se evaluó la eficacia de tratamientos farmacológicos en el trastorno conversivo (básicamente barbitúricos y benzodiacepinas) (Poole et al., 2010). No existen estudios controlados. Dos estudios mostraron respuesta positiva cuando el fármaco se administra en una entrevista personal. El uso de la sugestión durante la entrevista se asoció positivamente con el resultado positivo. La necesidad de combinar dos tratamientos y la comorbilidad psiquiátrica se asociaron negativamente con la respuesta terapéutica.

Existen muy pocos trabajos que evalúen la eficacia de la hipnosis en los TNF. Un primer estudio con 24 pacientes demostró que el manejo clínico complejo (explicación de los síntomas, psicoterapia, fisioterapia y terapia grupal) incluyendo hipnosis tenían efectos positivos claros en la reducción de los síntomas conversivos. En este primer trabajo no se analizó el tratamiento mediante hipnosis de manera específica. El tratamiento con hipnosis consistía en 8 sesiones semanales de 1 hora (Moene et al., 2002). En un estudio posterior con 20 pacientes con trastorno conversivo, los mismos autores efectuaron un estudio comparativo entre hipnosis y ausencia de tratamiento (Moene et al., 2003). El grupo de hipnosis mejoró en el 90 % de los pacientes tratados respecto al 26% del grupo control.

Los predictores negativos consistentes descritos para cualquier terapia para los TNF son el tiempo de evolución de los síntomas y la edad (Gelauff et al., 2014). En nuestra serie de casos no hemos hallado correlaciones significativas de peor (o mejor) resultado con ninguna de estas variables. Sí que hemos encontrado una correlación que no llega a ser significativa con la variable género, con una mejor respuesta a la terapia en el sexo femenino.

No existen estudios comparativos de las diferentes terapias probadas para los TNF (hipnosis, terapias psicológicas, fisioterapia) (Espay et al., 2018; Ricciardi y Edwards, 2014). Existe consenso acerca de que el tratamiento de los TNF debe ser individualizado para cada paciente usando la o las técnicas más apropiadas en

cada caso. Es posible que la utilización simultánea de varias técnicas terapéuticas tenga un mejor índice de respuesta que el empleo de una sola terapia. La hipnosis y las terapias psicológicas se pueden utilizar en todos los pacientes mientras que las técnicas de fisioterapia se reservarían para los TNF motores.

La principal limitación de este estudio es la ausencia de un grupo control con asignación aleatoria. Ahora bien, el número de pacientes incluido es relevante por lo que creemos de interés el aporte de nuestra experiencia. Por otro lado, aunque consideramos la hipnosis como el ingrediente principal de nuestra intervención, no podemos descartar el posible efecto de las sesiones preparatorias, necesarias también para planificar la intervención hipnótica.

En conclusión, nuestro estudio muestra que la hipnosis clínica puede ser una buena alternativa terapéutica en pacientes con TNF y debería formar parte del tratamiento multidisciplinar de esta entidad clínica. Nuevos estudios controlados son necesarios para confirmar estos hallazgos.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales]* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Badosa, J. M., Gironell, A., Camino, A. y Feixas, G. (junio, 2017). Using ultra-brief hypnosis in the treatment of conversion disorder: a naturalistic study [Usando la hipnosis ultra-breve en el tratamiento del trastorno de conversión: un estudio naturalista] [Conferencia]. *5th Annual Scientific Conference of the European Association of Psychosomatic Medicine*. Barcelona, España. EAPM.
- Bègue, I. (2018). From emotion processing to metacognition [Desde el procesamiento de la emoción hacia la metacognición]. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 169(8), 253-259. <https://doi.org/10.4414/sanp.2018.00630>
- Bell, V., Oakley, D. A., Halligan, P. W. y Deeley, Q. (2011). Dissociation in hysteria and hypnosis: evidence from cognitive neuroscience [Disociación en histeria e hipnosis: evidencia desde la neurociencia cognitiva]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 82(3), 332–339. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.199158>
- Binzer, M., Andersen, P. M. y Kullgren, G. (1997). Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study [Características clínicas de los pacientes con dificultad motora por trastorno de conversión: un estudio prospectivo de grupo control]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 63(1), 83–88. <https://doi.org/10.1136/jnnp.63.1.83>
- Carson, A. y Lehn, A. (2016). Epidemiology [Epidemiología]. En M. Hallett, J. Stone, y A. Carson (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology: Vol. 139. Functional neurologic disorders* (pp. 47–60). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00005-9>
- Carson, A., Stone, J., Hibberd, C., Murray, G., Duncan, R., Coleman, R., Warlow, C., Roberts, R., Pelosi, A., Cavanagh, J., Matthews, K., Goldbeck, R., Hansen, C. y Sharpe, M. (2011). Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms ‘unexplained by organic disease’ [Discapacidad, angustia y desempleo en pacientes ambulatorios de neurología con síntomas ‘inexplicables por enfermedad orgánica’]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 82(7), 810–813. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.220640>
- Casiglia, E., Schiff, S., Facco, E., Gabbana, A., Tikhonoff, V., Schiavon, L., Bascelli, A., Avdia, M., Tosello, M. T., Rossi, A. M., Nasto, H. H., Guidotti, F., Giacomello, M. y Amodio, P. (2010). Neurophysiological correlates of post-hypnotic alexia: A controlled study with stroop test [Correlatos neuropsicológicos de alexia posthipnótica: un estudio controlado con el test de stroop]. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(3), 219–233. <https://doi.org/10.1080/00029157.2010.10401721>
- Charcot, J. (1889). *Lectures on the diseases of the nervous system* (Vol. 3) [Conferencias sobre las enfermedades del sistema nervioso]. New Sydenham Society.

- Charcot, J. M. y Marie, P. (1892). Hysteria [Histeria]. En D. H. Tuke (Ed.), *Dictionary of psychological medicine*. Churchill.
- Cojan, Y., Waber, L., Schwartz, S., Rossier, L., Forster, A. y Vuilleumier, P. (2009). The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis [El cerebro bajo autocontrol: modulación de las redes corticales inhibitorias y de seguimiento durante la parálisis hipnótica]. *Neuron*, 62(6), 862–875. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2009.05.021>
- Egner, T. y Raz, A. (2007). Cognitive control processes and hypnosis [Control del proceso cognitivo e hipnosis]. En G. A. Jamieson (Ed.), *Hypnosis and conscious states: the cognitive neuroscience perspective* (pp. 29–50). Oxford University Press.
- Erickson, M. H. (1980). Further techniques of hypnosis-utilization techniques: utilization techniques [Otras técnicas de técnicas de utilización de hipnosis: técnicas de utilización]. En E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis: Vol. 1. the nature of hypnosis and suggestion* (pp. 3–21). Irvington Publishers.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook [Hipnoterapia: un libro de casos exploratorios]*. Irvington Publishers.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. y Rossi, S. I. (1976). *The microdynamics of trance induction and suggestion in hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion* [La microdinámica de la inducción y sugestión del trance en las realidades hipnóticas: la inducción de la hipnosis clínica y formas indirectas de sugestión]. Irvington Publishers.
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance, W. C., Jr, Lang, A. E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J. y Morgante, F. (2018). Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders [Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento de trastornos neurológicos funcionales]. *JAMA Neurology*, 75(9), 1132–1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneuro.2018.1264>
- Gelauuff, J., Stone, J., Edwards, M. y Carson, A. (2014). The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review [El pronóstico de los síntomas motores funcionales (psicógenos): una revisión sistemática]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 85(2), 220–226. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305321>
- Guy, W. (1976). *Clinical Global Impressions*. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised [Impresiones clínicas globales. En: ECDEU Manual de evaluación para psicofarmacología revisado]*. National Institute of Mental Health
- Haggard, P., Cartledge, P., Dafydd, M. y Oakley, D. A. (2004). Anomalous control: when ‘free-will’ is not conscious [Control anómalo: cuando el ‘libre-albedrío’ no es consciente]. *Consciousness and Cognition*, 13(3), 646–654. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.06.001>
- Kranick, S. M., Moore, J. W., Yusuf, N., Martinez, V. T., LaFaver, K., Edwards, M. J., Mehta, A. R., Collins, P., Harrison, N. A., Haggard, P., Hallett, M. y Voon, V. (2013). Action-effect binding is decreased in motor conversion disorder: implications for sense of agency [La unión de acción-efecto disminuye en el trastorno de conversión motor: implicaciones para el sentido de agencia]. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*, 28(8), 1110–1116. <https://doi.org/10.1002/mds.25408>
- Lifshitz, M., Cusumano, E. P. y Raz, A. (2013). Hypnosis as neurophenomenology [Hipnosis como neurofenomenología]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 469. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00469>
- Loriedo, C., Di Leone F. G., Torti M. C. y Solaroli S. (2010). Il trattamento dei disturbi di conversione: studio sull'efficacia di un protocollo ipnotico ultrabreve [Tratamiento de los trastornos de conversión: estudio de la eficacia de un protocolo hipnótico ultracorto]. *Ipnosi*, 15, 5-19.
- Loriedo, C., Di Leone, F. G. y Zullo, D. (2011). Integrating Ericksonian hypnosis and systemic couple therapy in the treatment of conversion disorders [Integrando la hipnosis Ericksoniana y la terapia sistémica de pareja en el tratamiento de trastornos de conversión]. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(3), 204–223
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. y van Dyck, R. (2002). A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type [Un ensayo clínico aleatorio controlado sobre el efecto adicional de la hipnosis en un programa de tratamiento integral para pacientes hospitalizados con trastorno de conversión de tipo motor]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 66–76. <https://doi.org/10.1159/000049348>
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. y van Dyck, R. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type [Un ensayo clínico aleatorio controlado de un tratamiento basado en hipnosis para pacientes con trastorno de conversión, tipo motor]. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29–50. <https://doi.org/10.1076/iceh.51.1.29.14067>

- O'Neal, M. A. y Baslet, G. (2018). Treatment for patients with a functional neurological disorder (conversion disorder): an integrated approach [Tratamiento para pacientes con trastorno neurológico funcional (trastorno de conversión): un enfoque integrado]. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 307-314. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040450>
- Pick, S., Anderson, D. G., Asadi-Pooya, A. A., Aybek, S., Baslet, G., Bloem, B. R., Bradley-Westguard, A., Brown, R. J., Carson, A. J., Chalder, T., Damianova, M., David, A. S., Edwards, M. J., Epstein, S. A., Espay, A. J., Garcin, B., Goldstein, L. H., Hallett, M., Jankovic, J., Joyce, E. M., ... Nicholson, T. R. (2020). Outcome measurement in functional neurological disorder: a systematic review and recommendations [Medición de resultados en trastorno neurológico funcional: una revisión sistemática y recomendaciones]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 91(6), 638–649. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322180>
- Poole, N. A., Wuerz, A. y Agrawal, N. (2010). Abreaction for conversion disorder: systematic review with meta-analysis [Abreacción para el trastorno de conversión: una revisión sistemática con metanálisis]. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), 91–95. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066894>
- Procter, H. (2001). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson* (vols. 1 y II). Paidós.
- Ricciardi, L. y Edwards, M. J. (2014). Treatment of functional (psychogenic) movement disorders [Tratamiento de los trastornos de funcionales (psicógenos) del movimiento]. *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 11(1), 201–207. <https://doi.org/10.1007/s13311-013-0246-x>
- Sojka, P., Bareš, M., Kašpárek, T. y Světlák, M. (2018). Processing of emotion in functional neurological disorder [Procesamiento emocional en trastorno neurológico funcional]. *Frontiers in psychiatry*, 9, 479. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00479>
- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Coleman, R., Roberts, R., Warlow, C., Hibberd, C., Murray, G., Cull, R., Pelosi, A., Cavanagh, J., Matthews, K., Goldbeck, R., Smyth, R., Walker, J., Macmahon, A. D. y Sharpe, M. (2009). Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? [Síntomas inexplicables por trastorno orgánico en 1144 nuevos pacientes ambulatorios de neurología: ¿con qué frecuencia cambia el diagnóstico durante el seguimiento?] *Brain*, 132(10), 2878–2888. <https://doi.org/10.1093/brain/awp220>
- Voon, V., Gallea, C., Hattori, N., Bruno, M., Ekanayake, V. y Hallett, M. (2010). The involuntary nature of conversion disorder [La naturaleza involuntaria del trastorno de conversión]. *Neurology*, 74(3), 223–228. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181ca00e9>



# RETRAIMIENTO RELACIONAL, SINTONÍA CON EL SILENCIO: LA PSICOTERAPIA DEL PROCESO ESQUIZOIDE

## RELATIONAL WITHDRAWAL, ATTUNEMENT TO SILENCE: PSYCHOTHERAPY OF THE SCHIZOID PROCESS

**Richard G. Erskine**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-4165>

Institute for Integrative Psychototherapy, Vancouver, BC, Canadá  
Universidad de Deusto, Bilbao, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R. G. (2021). Retraimiento relacional, sintonía con el silencio: La psicoterapia del proceso esquizoide. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 129-142. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.846>

### Resumen

*Este artículo describe los métodos de psicoterapia que resultaron efectivos con una cliente que inconscientemente recurría al proceso esquizoide de escisión del self. Se abordan los escritos de Harry Guntrip sobre el “compromiso esquizoide” y las descripciones de Donald Winnicott del verdadero y falso self. Se presentan conceptos alternativos –el yo vital y vulnerable y el yo social– junto con los métodos de retraimiento con apoyo y la descripción terapéutica.*

**Palabras clave:** *esquizoide, proceso esquizoide, compromiso esquizoide, selfverdadero, selffalso, Harry Guntrip, Donald Winnicott, indagación fenomenológica, descripción terapéutica, psicoterapia relacional, contratransferencia, retraimiento, silencio, sintonía, indagación, implicación.*

### Abstract

*This article describes the psychotherapy methods that were effective with a client who unconsciously relied on the schizoid process of splitting of the self. Harry Guntrip’s writings about the schizoid compromise and Donald Winnicott’s descriptions of the true self and the false self are discussed. Alternative concepts –the vital and vulnerable self and the social self– are presented along with the methods of supported withdrawal and therapeutic description.*

**Keywords:** *schizoid; schizoid process; schizoid compromise; true self; false self; Harry Guntrip; Donald Winnicott; phenomenological inquiry; therapeutic description; relational psychotherapy; countertransference; withdrawal; silence; attunement; inquiry; involvement.*



*Adopta el ritmo de la naturaleza: Su secreto es la paciencia*

--Ralph Waldo Emerson (n.d.)

Violet era una cliente complicada y, a veces, difícil, que me enseñó sobre el retraimiento relacional y la importancia de mantener la sintonía con el silencio en psicoterapia. Aunque había trabajado anteriormente con clientes que tenían miedo de establecer conexiones íntimas y que les costaba hablar de su vida interior, no reconocí la trascendencia de su impulso de retirarse de las relaciones.

Antes de trabajar con Violet, yo practicaba la psicoterapia de una forma activa y comprometida, especialmente con clientes deprimidos. Alentaba a personas como Violet a establecer contactos, tanto internos como interpersonales, pidiéndoles que hablaran de sus sentimientos en primera persona, que me miraran a los ojos mientras hablaban y que se involucraran en actividades sociales incluyendo la participación en un grupo de terapia continuada. Sin embargo, el modo de Violet de estar conmigo desafiaba mi enfoque terapéutico y me estimulaba a pensar y actuar de manera diferente. Ella fue la primera de varios clientes que me enseñó acerca del proceso esquizoide.

Violet llegó a terapia individual con una serie de quejas. Era una escritora profesional de 52 años, poco fructuosa al trabajar en su nueva novela, decepcionada porque su libro anterior había recibido escasos elogios, y “asqueada de estar gorda”. Se sentía descorazonada porque su marido alternaba entre ignorarla y controlarla. Lo más revelador que dijo en nuestra primera sesión fue que se atiborraba de dulces para aliviar los sentimientos de soledad y desesperanza que la invadían. Sus historias incluían comentarios autocondenatorios. Me sorprendió su comentario de que estaba “gorda” porque no me lo pareció. Violet vestía con estilo y su conversación era extremadamente educada. Mi primera impresión fue que estaba deprimida.

En nuestras sesiones de psicoterapia, Violet entraba en detalles sobre su vida actual, a menudo recitando lo que hacía día a día, evitando hablar de sensaciones o sentimientos internos. Expresaba cierto descontento sobre su vida familiar y relataba ejemplos de cómo cumplía con lo que su marido o los miembros de su familia extensa querían. Me sorprendió que pudiera proporcionar información detallada sobre distintas situaciones de su vida, pero sin revelarse a sí misma. En vez de mirarme, miraba la alfombra o por encima de mi hombro. A menudo sentía que estaba hablando conmigo, pero no me hablaba a mí.

Durante nuestro primer año de psicoterapia, respondí con empatía a las historias de Violet, que para mí sonaban tanto enervantes como deprimentes. Escuché de forma activa, aunque a veces me sentía somnoliento mientras ella hablaba. Quizás mi somnolencia constituía una parte integral de su historia no contada aún. Sabía que estaba perdiendo la conexión emocional con ella. Me correspondía a mí permanecer atento a mi falta de sintonía con el ritmo, los afectos y quizás el nivel de desarrollo evolutivo de Violet y, lo que resulta más relevante, descifrar lo que estaba ocurriendo en nuestro proceso intersubjetivo (Stolorow et al., 1987).

A diferencia de mi psicoterapia con otros clientes deprimidos, mis sesiones con Violet tendían a centrarse más en los acontecimientos actuales y a enfatizar la modificación de su conducta. Por ejemplo, hablé con ella mucho más de lo habitual acerca de mantener una dieta saludable, un horario constante para que escribiera y de cómo establecer una relación íntima con su marido. Al mismo tiempo, traté de neutralizar su continua autocrítica señalando sus logros y alentándola a pensar de manera positiva. Aún así, mis intervenciones parecían provocar poco impacto.

Consideré que resultaría beneficioso incluir en la psicoterapia de Violet algunos métodos expresivos que habían demostrado su eficacia con otros clientes que experimentaban complacencia, autocrítica y depresión reactiva. En varias ocasiones, como reacción a algún aspecto de su narrativa, pedí a Violet que se imaginara a su marido sentado en una silla frente a ella y que le expresara el enfado por sus exigencias. Se negó y permaneció en silencio durante el resto de la sesión. Como alternativa, le pedí en varias ocasiones que me mirara y me hablara de su enfado. En cada ocasión, Violet apartó la cabeza y se quedó callada. Me intrigaba el tiempo que podía permanecer en silencio.

Me planteé: ¿Mi empleo de métodos cognitivo-conductuales y expresivos fue una reacción de contratransferencia? Si así fuera, ¿a qué estaba reaccionando? Analicé en supervisión mi trabajo con Violet. El supervisor sólo reafirmó lo que yo ya estaba haciendo y no se centró en mi falta de sintonía con Violet ni en sus lapsos de largos silencios. Así que, desde mi introspección, busqué lo que estaba faltando en nuestra relación terapéutica.

Me di cuenta de que no estaba estableciendo un contacto interpersonal pleno con Violet. Al igual que ella, no estaba totalmente presente. Me sentía confundido con ella. No entendía su manera de actuar. No era extraño que periódicamente me sintiera somnoliento o que me encontrara divagando con otras situaciones. Me resultó evidente que en ausencia de cualquier conexión emocional entre nosotros dos, lo compensaba volviéndome cada vez más conductista en mis intervenciones. Con el tiempo, me di cuenta de un proceso paralelo: Mi enfoque en el cambio de comportamiento reflejaba los intentos de su madre y su marido de controlar su conducta. Mi contratransferencia residía en mi deseo de que algo sucediera... así que me concentraba en los métodos expresivos, la comprensión cognitiva y la modificación conductual para disipar mi preocupación por no ser un psicoterapeuta eficaz. Quedaba claro que no estaba proporcionando el tipo de psicoterapia que Violet necesitaba.

Aún así, continué confiando en los métodos terapéuticos que habían resultado efectivos con otros clientes. Animé a Violet a que estableciera más contacto interpersonal conmigo, a que me mirara a la cara y a que me hablara directamente. Le expresé mi sentimiento de tristeza hacia ella y de irritación por el trato dispensado por su madre. Empleé términos de contacto relacional como “nosotros” y “nos”. Quería que experimentara que la escuchaba y la tomaba en serio. Sin embargo, mirarme a los ojos fue particularmente difícil para Violet. Cuanto más la alentaba a

ser interpersonal, más respondía con autocrítica o silencio. Siempre que le planteaba alguna indagación, ya fuera fenomenológica, histórica o sobre cómo afrontaba una situación, respondía de un modo superficial o giraba la cabeza en silencio. A lo largo del primer año y medio de nuestro trabajo juntos, le formulé a Violet muchas preguntas sobre su infancia y la naturaleza de las diversas interacciones con su familia de origen. Recibía respuestas cortas.

Nuestras sesiones continuaron ocupadas con historias de su vida actual. Sesión tras sesión escuché atentamente las descripciones de Violet acerca de lo que le acontecía con sus dos hijos, el descontento con su marido, y sus dificultades con la escritura y la comida. No solo repetía las historias, sino que, con el tiempo, se volvieron más elaboradas. A veces Violet no recordaba lo que habíamos tratado previamente; era como si no hubiera estado presente. Me preocupaba su continua autocrítica y dedicaba tiempo en cada sesión a desafiar la forma en que se definía negativamente a sí misma. Me preguntaba por qué seguía viniendo a las sesiones de psicoterapia. Me decía a mí mismo que ella debía de estar obteniendo algún beneficio porque nunca se perdía una sesión. Y me planteé las necesidades relacionales no correspondidas de Violet y si ella estaba batallando inconscientemente para impactarme, o para autodefinirse, o para encontrar seguridad.

Cuando propuse a Violet que valorara su experiencia en nuestras sesiones de psicoterapia, se mostró satisfecha. Dijo que le resultaban mucho más provechosas que sus dos tratamientos terapéuticos anteriores. Me sorprendí. ¿Qué le ayudaba? Cuando le pedí detalles, fue incapaz de describir a qué se refería. Todos mis intentos de hacer que el trabajo con ella fuera interpersonal me parecieron un fracaso. Me sentía inadecuado. Sin embargo, Violet siguió viniendo a nuestras sesiones a pesar de los muchos intentos de su marido de acabar con nuestro trabajo.

### **Metáforas Valiosas**

Continuamos en este mismo patrón durante casi 2 años. En esa época, yo estudiaba psicoanálisis, en concreto la perspectiva británica de las relaciones objetales (Greenberg y Mitchell, 1983; Kohon, 1986; Sutherland, 1980). Me impresionaron los escritos de Michel Balint (1968), Ronald Fairbairn (1952), Masud Khan (1963, 1974), Margaret Little (1981), Ian Suttie (1988) y Donald Winnicott (1974).

Admiraba especialmente los escritos de Harry Guntrip (1968, 2008) y sus descripciones del trabajo con clientes que se retraían de la relación en un “compromiso esquizoide” (Guntrip, 1962, p. 277). Jeremy Hazel (1994) recopiló varios artículos de Guntrip que describían cómo elaboró una comprensión del fenómeno esquizoide y su sugerencia de una orientación relacional para el psicoanálisis.

Donald Winnicott (1965, p. 17) había empleado los términos “self verdadero” y “self falso” para describir las fragmentaciones en la personalidad de un individuo cuando se produce una alteración emocionalmente abrumadora en la estabilidad interna y en el sentido del self del niño. Describió el self verdadero como la fuente de necesidades, sentimientos y expresiones propias espontáneas que se escinden,

desapropian y desensibilizan—“la equivalencia de la aniquilación psíquica completa” (Greenberg y Mitchell, 1983, p. 194). Winnicott delineó el falso self como alguien que se esconde detrás de una fachada sin emociones y que no puede permitirse ser espontáneo o estar relajado y tranquilo porque constantemente está atento a las críticas y exigencias de las personas significativas. Comprendí que estas teorías constituían solo una aproximación a lo que sucedía en mis clientes cuando vivían con constante desatención, burla y tensión en su infancia. Sin embargo, la teoría funcionó como una metáfora valiosa para encaminar mi implicación terapéutica con los clientes. La teoría también resultó útil porque estimuló mi pensamiento sobre las primeras interrupciones relacionales, los procesos intrapsíquicos y las formas arcaicas de autoestabilización.

Me enfrentaba a un rompecabezas:

- ¿La presentación educada y correcta de Violet era su verdadero self o su falso self?
- ¿Tenía Violet un verdadero self?
- Si era así, ¿quién era el verdadero self de Violet?
- ¿Qué tipo de negligencia o trauma obligó al verdadero self a esconderse?
- Si había un verdadero self oculto, ¿cómo podría construir una relación reparadora con la auténtica Violet?
- El así llamado falso self ¿cumplía funciones esenciales o era patológico?
- ¿Y si el concepto de verdadero y falso self no representaba lo que estaba ocurriendo dentro de Violet? ¿Cómo podría entonces dar sentido a sus historias tan superficiales, a la falta de contacto interpersonal y a la ausencia de vitalidad, emociones o vulnerabilidad?

Jugar con este rompecabezas me permitió expandir mi mente. Exploré la teoría del verdadero y falso self desde una perspectiva no patológica que redirigió la atención al concepto del self-en-relación. Lo que somos siempre depende de otras personas con las que nos hemos relacionado; por lo tanto, nuestro sentido del self siempre se co-crea en cada relación. Este concepto del self-en-relación me inspiró a reexaminar mi actitud y mi forma de trabajar con Violet.

Me sentía incómodo con los términos verdadero y falso self porque no describían mi vivencia con mi(s) cliente(s). Las palabras “falso self” implican engaño, mientras que “verdadero self” implica algo que vale la pena. Estos términos parecen sugerir que algo va mal con la persona que presenta un falso self, aunque quizás el falso self de Winnicott tenía algunas funciones homeostáticas importantes como la estabilización, la regulación, la continuidad o el pseudo-apego.

Teniendo en cuenta las ideas de Winnicott sobre la separación, pensé en dos aspectos sobre el sentido del self de Violet. Tenía un yo social que lograba una apariencia de apego relacional al adaptarse a las exigencias de las personas significativas. También disponía de un yo vital y un yo vulnerable (Erskine, 1999) que experimentaba sentimientos, necesidades y energía de un modo subliminal, pero permanecía interno y aislado como protección. Empecé a pensar en Violet

(y, más tarde, en otros clientes como ella) como alguien que aprendió a ocultar su vitalidad y su vulnerabilidad. Construyó una fachada social (es decir, un falso self) para dar la impresión de alguna forma de apego relacional, una persona que se adaptaba ansiosamente a las expectativas de los demás mientras ocultaba su propia sensibilidad y vitalidad. Su patrón de apego era aislado, y diferente del patrón de apego ansioso o evitativo, porque anhelaba una relación reconfortante (Ainsworth et al., 1978). El patrón de apego aislado de Violet surgió de los intentos durante la infancia de autoestabilizarse y autorregular su miedo a ser invadida y controlada (Erskine, 2009; O'Reilly-Knapp, 2001).

### **Una Psicoterapia Esencial**

¿Estaban Donald Winnicott, Harry Guntrip y los otros escritores mencionados anteriormente describiendo a mi cliente Violet? Eso creía yo. A pesar de que proporcionaban algunas pautas generales sobre la psicoterapia para clientes que gestionaban su vida en base a un proceso esquizoide, me quedé sin un plan de terapia específico. Guntrip (1968) describió cómo una persona se ve impulsada a esconderse por miedo y luego experimenta una profunda y confinada soledad que la empuja a salir de su escondite a una interfaz adaptativa con el mundo. Esa persona se encuentra constantemente atrapada en la pugna entre esconderse o conectarse con otras personas, pero de un modo adaptativo.

Guntrip (citado en Hazell, 1994) definió la psicoterapia necesaria del proceso esquizoide como la provisión de una relación humana fiable y comprensiva que establece contacto con el niño profundamente reprimido y traumatizado de una manera que le permite ser gradualmente más capaz de vivir, en la seguridad de una nueva relación real, incluso con el legado traumático de los primeros años de aprendizaje, mientras se filtra o irrumpe en la consciencia. ...Es un proceso de interacción, la función de dos variables, las personalidades de dos seres trabajando juntos hacia el crecimiento libre (p. 366).

Winnicott describió como componente esencial de una psicoterapia profunda para los clientes que manifiestan un proceso esquizoide, la provisión de un entorno respetuoso, comprensivo y confiable, que el cliente nunca conoció previamente y que necesita si quiere crecer sin conflictos e inhibiciones internas. Ese entorno permite a la persona descubrir por sí misma lo que le resulta natural. Tanto Guntrip como Winnicott fomentaron una psicoterapia que se centra en los procesos internos del cliente y no específicamente en la percepción cognitiva o en el resultado de la conducta, una psicoterapia que proporciona la relación sanadora a un cliente traumatizado y psicológicamente fragmentado (Hazell, 1994; Little, 1990; Winnicott, 1965).

Me impresionó el compromiso afectivo que estos psicoterapeutas mantenían con sus clientes. Yo también experimentaba una profunda responsabilidad hacia Violet aunque estuviera confundido, sintiera somnolencia o buscara cómo ayudarla a cambiar. ¿Y si siguiera el consejo de Guntrip y entrara en contacto con lo profun-

damente reprimido en vez de enfocarme en el contacto interpersonal o en el cambio? Me comprometí conmigo mismo a respetar sus silencios, a apoyar su retraimiento y a crear un lugar seguro para que lo profundamente reprimido se expresara. Esto requería que me mostrara consistente y confiable brindando una relación terapéutica segura, aunque no entendiera sus afectos inexpressados o su tendencia a retraerse. Guntrip, Winnicott y sus colegas estaban definiendo una psicoterapia esencial que se centraba en el proceso interno del cliente, una que proporcionaba una relación sanadora (Erskine, 2021).

### **Descubriendo un Yo Vital**

Nos acercábamos al final de nuestro segundo año de psicoterapia. Había estado desconcertado durante semanas por las cuestiones del falso y el verdadero self que ya he mencionado. Me preguntaba si la calidad de mi psicoterapia cambiaría si pensara en el silencio y el retraimiento de Violet como su intento de proteger un aspecto vital y vulnerable de sí misma, y su presentación cortés, adecuada y superficial como una fachada social que tenía al menos dos funciones importantes: protección y vinculación. También reflexioné mucho sobre el concepto de la terapia gestalt de contacto e interrupciones del contacto (Perls et al., 1951). Claramente, había muchas interrupciones de contacto en nuestra relación: yo no sentía una conexión con su esencia de quién era ella, Violet no expresaba emociones y lo más probable es que no estuviera en contacto con sus sensaciones internas. Ella contaba historias y yo escuchaba, pero aún así no teníamos casi contacto interpersonal. Me pregunté qué pasaría si animaba a Violet a centrarse en su experiencia interna en vez de contarme sus historias.

Cuando se hizo una pausa en la narración de Violet, la invité a cerrar los ojos y quedarse callada por unos momentos para que pudiera sentir su experiencia interna. Al principio se asustó ante la perspectiva de hacer esto delante de mí. Animándola, le pedí de nuevo que cerrara los ojos, que se mantuviera en silencio, que sintiera sus sensaciones internas, y que no hablara durante un tiempo –que se concentrara en las sensaciones que estaban sucediendo en su interior. Pareció replegarse en sí misma. No estaba seguro de si se estaba retirando hacia adentro para sentir sus sensaciones internas o sólo regresando a un escondite conocido. Me preocupaba la posibilidad de que simplemente estuviera accediendo a mi petición como había aprendido a hacer con su madre.

Violet se mantuvo en silencio durante unos minutos. Luego abrió los ojos para comprobar si yo todavía continuaba presente. Le aseguré que me mantendría presente mientras ella se adentraba en su interior. Experimentamos con los ojos cerrados y entramos en lo que ella llamaba su “lugar tranquilo”. Al principio solo pudo retraerse un minuto. Luego, poco a poco, extendimos el tiempo a varios minutos. Al final de la sesión, me dijo que había resultado una “experiencia tranquila”. No estaba seguro de lo que significaban sus palabras, pero su cuerpo parecía más liviano y relajado.

La siguiente sesión comenzó con Violet relatando de nuevo una detallada historia sobre su vida familiar. Después de un breve instante, interrumpí preguntándole sobre su experiencia en la sesión anterior. Comentó que sentía miedo de “meterse dentro” delante de alguien porque “lo que tengo en mi interior es privado. Nadie puede saberlo”. Le pregunté cómo me había experimentado en la sesión anterior cuando estuvo en su lugar tranquilo. Dijo que se sintió “asustada, pero estuvo bien porque no trataste de controlarme”.

Me pareció evidente que el lugar tranquilo de Violet representaba su intento de autoestabilizarse y establecer un lugar de seguridad. Le expliqué que era importante que visitara su lugar tranquilo y que exploráramos lo que estaba experimentando. También le dije que la acompañaría y le prometí que haría todo lo posible para no invadirla. Asimismo, hablé de cómo habíamos estado repitiendo historias sobre su familia y que, en mi opinión, no había cambiado mucho en los últimos 2 años. Ella no estaba de acuerdo conmigo y me dijo: “Tú me escuchas. Nunca me criticas o me defines. Eres amable conmigo. Por eso vuelvo”. Concluimos esa sesión acordando que rara vez habíamos hablado de sus experiencias internas y que en la sesión anterior habíamos iniciado una importante exploración.

En la siguiente sesión, la invité a experimentar con los ojos cerrados y a prestar atención a sus sensaciones internas. Le dije que me quedaría físicamente inmóvil, pero que la cuidaría de forma protectora. Luego se retiró a su lugar tranquilo y permaneció en silencio durante 15 minutos. Cuando abrió los ojos, Violet dijo que había descubierto su secreto, “mi escondite tranquilo. Ha sido mi espacio privado, toda mi vida”.

Durante los siguientes meses experimentamos a menudo con Violet retirándose del contacto externo y estableciendo contacto interno con sus sentimientos, necesidades y vivencias corporales. Al principio de este trabajo experiencial, ella no usaba palabras. Tenía sensaciones en su cuerpo, pero no sabía cómo hablar de ellas.

Violet describía su lugar tranquilo como si se encontrara en la cama que tenía de niña con la almohada y las sábanas colocadas sobre la cabeza. En una sesión dijo: “Hay un montón de cosas ahí dentro que no quiero sentir”. Cuando lo dijo, me di cuenta de que me sentía cada vez más protector hacia ella; podía sentir su intensa vulnerabilidad. Me imaginé a mí mismo sentado en su habitación, atento, tranquilo y preparado. Mi imaginación resultaba esencial para mantenerme centrado en la vulnerabilidad de Violet durante nuestros largos períodos de silencio. Curiosamente, nunca me sentí somnoliento o distraído cuando Violet se retiraba a su lugar tranquilo. Siempre estaba alerta e interesado en su experiencia interna. Esto difería mucho de la somnolencia que sentía ocasionalmente cuando ella me contaba historias detalladas sobre sus conflictos familiares.

Cada vez que Violet relataba sus historias cotidianas, me percataba de los pequeños gestos que indicaban que se retraía: desviaba la mirada, efectuaba largas pausas o saltaba de una historia a otra. Me estaba hablando de forma codificada de las interrupciones del apego en su vida y de sus intentos desesperados por sentirse

segura. Sus historias representaban un mensaje metafórico sobre cómo requería mi sensibilidad a su ritmo singular y sobre su necesidad de seguridad en nuestra relación.

En ese punto, en la mayoría de nuestras sesiones, reservaba parte del tiempo a invitar a Violet a su lugar vulnerable. Mi tarea consistía en ser paciente, respetar su silencio, proporcionarle momentos de contacto interno y animarla a sentir tanto la seguridad interna de su lugar tranquilo como la seguridad de nuestra relación. Le hablé con voz suave y tranquilizadora y le hice comentarios como “Es importante tener un lugar tranquilo”, “Es muy necesario sentirse segura internamente”, “No hay necesidad de apresurarse” y “Yo estoy aquí cuidándote”. Hablé despacio y con un tono de voz que podría utilizar si estuviera hablando con una niña asustada. Dejaba largas pausas entre mis afirmaciones para que Violet tuviera tiempo de experimentar y procesar cualquier sentimiento relacionado con lo que yo estaba diciendo.

Cuando Violet se retiraba a su cama imaginaria, “tapada con mantas y almohadas”, me relajaba y hacía algunas respiraciones profundas de yoga para mantenerme centrado y plenamente presente. Mantenía la mirada fija en ella y escuchaba sus suspiros y otros sonidos suaves mientras observaba sus gestos corporales. No intenté que ocurriera nada en concreto. Pero quería crear el momento y el lugar para que Violet sintiera tanto la seguridad de su lugar tranquilo como mi presencia no intrusiva y cuidadosa.

Con el transcurso de los meses, descubrí que su lugar tranquilo no resultaba tan tranquilo. También era un lugar de miedo, tristeza y profunda soledad. En algunas sesiones, cuando Violet se retraía a su cama imaginaria y a sus mantas, se desesperaba por escapar de los recuerdos del control de su madre. Se le ocurrían muchos ejemplos, a distintas edades, de lo herida que se había sentido por las críticas. Desde lo más hondo de su corazón lloraba con espasmos de angustia, aflicción y soledad. En los primeros momentos de esta retirada con apoyo terapéutico, su llanto carecía de sonido, y en las sesiones posteriores, su llanto se convirtió en un llanto lleno de voz. Yo me mantenía presente, escuchando y respondiendo periódicamente con tonos compasivos, y reflejando lo que ella había sentido. Entonces me resultó evidente que sus relatos extremadamente detallados, su rápido salto de una historia a otra a una velocidad que no permitía ningún diálogo, constituían una estrategia inconsciente que le permitía no sentir su soledad. Buscaba inconscientemente la conexión interpersonal y, al mismo tiempo, temía cualquier intimidad.

En algunas ocasiones, después de un largo periodo de lo que ella llamaba “ir adentro”, Violet emitía sonidos que mezclaban el llanto lastimero y el hastío. Los acompañaba con gestos de apartar con las manos. No encontraba palabras para expresar sus diferentes sentimientos. A menudo emergía de su retraimiento con malestar físico y emocional, esforzándose por contarme los múltiples episodios de abandono y las constantes críticas de su madre. Mi tarea a lo largo de todo este trabajo interno con apoyo terapéutico –como la tarea de los padres con niños pequeños– consistía en ayudarla a desarrollar un lenguaje para que pudiera comunicar su malestar interno y sus necesidades, su vitalidad y su vulnerabilidad.

En los meses siguientes, mientras continuaba nuestra psicoterapia, Violet manifestó de forma activa toda una gama de sentimientos. En algunas sesiones se replegaba en la vulnerabilidad de su mundo interno, en el que recordaba sentirse aterrorizada de que su madre se acercara físicamente a ella. Violet describió cómo intentaba escapar tanto del tacto de su madre como de sus “cruelas palabras” imaginando que estaba en su cama con las sábanas cubriéndole la cabeza. Estaba orgullosa de poder “escondarse en la cama” incluso cuando estaba sentada en la mesa familiar. Violet había cambiado. Algunos días podía describir su experiencia personal, sus sensaciones físicas y diferentes sentimientos.

### **Aprendiendo de la Cliente**

Cuando aprendí por primera vez a apoyar el retraimiento de Violet a su lugar tranquilo, a menudo le formulaba preguntas fenomenológicas como “¿Qué sientes?” o “¿Qué necesitas?” (Erskine et al., 1999; Moursund y Erskine, 2003). Descubrí que mis indagaciones interrumpían el retraimiento de Violet. Ella abría los ojos y empezaba a contarme alguna historia sobre su vida actual en lugar de responder a mi indagación. La indagación fenomenológica había supuesto una forma esencial de conexión con la mayoría de mis clientes, y tenía curiosidad de saber por qué no estaba funcionando con Violet.

Descubrí que había un tema importante en las historias que Violet me había contado durante los últimos dos años. Tanto su madre como su marido la etiquetaban constantemente. Ambos definían quién era ella. De niña, y ahora como esposa, batallaba para ajustarse a sus definiciones de lo que debía sentir y cómo debía pensar y actuar. Violet describió cómo la única liberación que tenía de sus definiciones provenía de la retirada a su lugar tranquilo y de no tener que acomodarse a esas definiciones y expectativas. Señalé que el tema de ser etiquetada y definida estaba presente en muchas de sus historias y que quizás ella experimentaba mis preguntas de forma similar. Estuvo de acuerdo y dijo que las experimentaba como una definición de ella, a veces como “una exigencia de que fuera diferente”.

Durante las siguientes sesiones, hicimos algunos descubrimientos fascinantes sobre nuestra relación. Cuando preguntaba a Violet “¿Qué sientes?”, ella lo traducía como “Lo que sientes es malo”. Cuando le preguntaba sobre lo que necesitaba, ella lo interpretaba como que algo estaba mal en ella por tener necesidades. Cuando le preguntaba por sus sensaciones físicas, tensaba su cuerpo porque no sabía cómo actuar. Violet se acomodaba constantemente, transformándose para adaptarse a lo que imaginaba que eran mis expectativas sobre ella, un claro ejemplo de transferencia de antiguos recuerdos emocionales a nuestra relación.

Al principio, entender la transferencia resultó difícil para Violet. No podía percibir sus propias reacciones de acomodación, aunque sí podía experimentar la yuxtaposición entre mi comportamiento y el de su familia, que la criticaba, controlaba y juzgaba. Comenzó a mostrarse más relajada conmigo y más dispuesta a pasar tiempo en su lugar tranquilo.

Probé a reducir la frecuencia de indagación fenomenológica con Violet. Cuando ella se retiraba a su lugar tranquilo, yo permanecía en silencio, observando, presente y sintiéndome protector. Al principio, el hecho de que no indagara le dio a Violet la oportunidad de profundizar en su experiencia interna. Pudo sentir su tristeza y su miedo. Cuando estaba retraída –imaginando que se escondía en la cama de su niñez– alternaba entre el miedo a hacer cualquier ruido y después un llanto silencioso. Pero finalmente se preocupó de que mi silencio significara que yo me había ido. Me encontraba en un dilema. Si preguntaba, interrumpía su experiencia interna. Si guardaba silencio, interrumpía su retraimiento porque le preocupaba que yo no estuviera presente.

En otra sesión, invité a Violet a retirarse a su cama segura. Transcurrieron unos 15 minutos de silencio durante los cuales la velé del mismo modo que velaba a mis hijas mientras me sentaba junto a sus camas por la noche cuando estaban enfermas. Observé la respiración agitada de Violet y la tensión en sus manos apretujadas. Le dije: “Debes de estar muy asustada”. Violet asintió con la cabeza. Me sorprendí porque me percaté de que acababa de definir su experiencia. Un par de minutos más tarde volví a decir: “Debes de estar muy asustada. Es importante tener un escondite seguro”. Ella volvió a asentir con la cabeza. Tras otros dos minutos de silencio, le dije: “Es muy importante que te escondas en un lugar tranquilo, sobre todo cuando estás triste”. Volvió a asentir con la cabeza, su respiración volvió a la normalidad y aflojó sus manos.

Cuando Violet abrió los ojos, dijo que mi descripción de su experiencia interna le parecía importante porque significaba que la entendía y que no estaba sola. Me sorprendió. Hablamos de cómo mi descripción de sus sensaciones internas difería de las definiciones críticas de su madre y su marido. Describió mi voz como “vacilante” y mi tono suave, “no una voz categórica y autoritaria” como a las que estaba acostumbrada en su familia. Más tarde, con otros clientes que utilizaban el retraimiento relacional para autoestabilizarse, descubrí de nuevo la eficacia de utilizar la descripción terapéutica como había aprendido a hacer con Violet.

La descripción terapéutica proporciona al cliente la validación de su experiencia emocional y física, a menudo tácita. Se basa en sintonizar con las sensaciones y experiencias no verbalizadas del cliente y en ayudar a la persona a forjar un lenguaje para hablar de sus sensaciones físicas y emocionales. Ofrece una comprensión para que el cliente pueda articular mejor sus experiencias no verbalizadas anteriormente y los efectos profundos de las interrupciones relacionales. Proporciona un vocabulario para que se reconozcan las experiencias no expresadas anteriormente y se pueda hablar de ellas.

La descripción terapéutica también proporciona una conexión interpersonal del psicoterapeuta con su cliente. No es lo mismo que las interpretaciones o explicaciones que se dan a otro tipo de clientes para mejorar su comprensión cognitiva de la dinámica psicológica. La descripción terapéutica implica una sintonía sensible con la manera de ser del cliente que incluye el ritmo, el tono de voz y la observación

cuidadosa de las reacciones no verbales del cliente a las descripciones. Sin embargo, si la descripción terapéutica se utiliza demasiado pronto, puede experimentarse como definitiva o invasiva.

Violet proporcionó la mejor definición de descripción terapéutica cuando, más tarde en la psicoterapia, me explicó cómo había experimentado mis comentarios: “Es como si conocieras mi experiencia interna, mi miedo a las relaciones, mi seguridad en el silencio, la trascendencia de esconderme y la profundidad de mi soledad. Me ayudaste a encontrar las palabras para hablar de mi vida íntima. Ahora me siento más viva la mayor parte del tiempo”.

### Síntesis

Violet continuó su psicoterapia durante 4 años. Tuvimos muchas sesiones en las que ella se retiraba a su lugar tranquilo, a veces durante 20-30 minutos. En esos largos periodos de silencio, practiqué cómo estar terapéuticamente tranquilo: sin intervenir y tolerando mi incertidumbre sobre lo que ocurría dentro de Violet. De vez en cuando hablaba, pero solo para tranquilizarla y asegurarle que estaba pendiente de ella o para proporcionarle una parca descripción terapéutica. Poco a poco, adquirí una intensa paciencia, tan necesaria en el trabajo con clientes que utilizan el retraimiento relacional y el silencio para autoestabilizarse y autorregularse. Estaba atento a cada respiración, suspiro y movimiento que hacía. Escuchaba su silencio y me preocupaba compasivamente por su lucha interna sin palabras. A menudo había momentos en los que se producía un largo silencio, pero con el tiempo pudo describir sus sensaciones corporales, sollozar en su propia soledad y enfadarse con su madre, aunque a menudo tenía miedo de “equivocarse”.

En varias sesiones en las que Violet imaginó estar en su cama segura, después se sentaba y me contaba los episodios de negligencia en su infancia, las estrictas normas con las que vivía y las constantes exigencias de su madre de un “comportamiento perfecto”. Observé la tensión en sus brazos, cuello y piernas mientras hablaba de su madre. A veces, cuando le señalaba que la tensión de su cuerpo podía indicar que estaba enfadada, se encogía de hombros y decía: “No lo sé”. Pero, a medida que nos enfocamos en el lenguaje de su cuerpo, comenzó a reconocer que estaba enfadada.

En nuestro cuarto año de trabajo conjunto, empezamos a hablar cara a cara. La mayor parte de mis transacciones con Violet consistían en indagaciones fenomenológicas e históricas diseñadas para ayudarla a descubrir y poner en palabras sus experiencias infantiles de negligencia y control parental, cargadas de emociones, pero de las que nunca había hablado. Durante esta fase de la psicoterapia, no recurrí a la descripción terapéutica. Esa forma sensible de comunicación la reservaba para los momentos en que Violet se quedaba callada y replegada en su escondite.

La terapia entonces se centró en la toma de consciencia de Violet. Prestamos mucha atención a sus sensaciones corporales y a sus diferentes emociones. Reconocí sus recuerdos y validé sus emociones. En muchas sesiones la ayudé a poner

en palabras su historia no contada. Animé a Violet a que se definiera a sí misma. Le conté cómo me había influido y cómo tuve que cambiar la orientación de nuestra psicoterapia. Al principio no me creyó, pero finalmente dijo: “En el inicio querías que hiciera algo distinto, algo que no sabía hacer, como los otros terapeutas. Pero luego cambiaste. Te volviste más suave y tranquilo. Eso me ayudó a ser yo. ¿Cambiate realmente por mí?”.

En respuesta a mis diversas indagaciones, Violet me contó historias sobre su matrimonio. Pude escuchar la rabia de Violet ante las críticas y el control de su marido. Seguía siendo reacia a realizar un trabajo activo sobre la rabia, pero ahora era capaz de decir “no me gusta” y “no lo quiero”. Ella y su marido comenzaron a discutir por primera vez en sus casi 30 años de matrimonio. Ahora ella se definía a sí misma, se negaba a cumplir las exigencias de su marido y expresaba lo que quería en su matrimonio. El marido de Violet se enfureció por los cambios que ella mostraba en casa. Le exigió que abandonara la terapia. Amenazó con el divorcio. A ella le aterrizzaba quedarse sola.

Cuando comenzamos la siguiente sesión después de la amenaza de divorcio, ella se estremeció de miedo anunciando que esa era su última sesión de psicoterapia. Dijo que su marido había intensificado sus exigencias para que dejara la terapia. Una ola de tristeza me invadió. Violet había hecho algunos cambios significativos en su capacidad de expresar tanto su vitalidad como su vulnerabilidad. En mi presencia, al menos, no se cubría con una máscara social ni se retraía. No supe qué decir para aliviar su angustia. Estaba consternado, nuestro final resultaba tan abrupto.

Varios años después me encontré con Violet por la calle. Me contó que vivía sola en su propio apartamento y que había sido ella quien había iniciado el divorcio, en trámite, de su marido. Él ahora se oponía al divorcio, pero ella estaba decidida. Me expresó con enfado: “Estoy harta de su control. Ya tengo casi 60 años y ya es hora de que viva mi propia vida. Volveré a verte cuando todo esto termine. Tengo que hacer más trabajo personal”.

Aunque nunca volví a saber de Violet, siempre le agradeceré que me enseñara acerca del proceso esquizoide y de la importancia de que el psicoterapeuta apoye al cliente a establecer contacto interno con el yo vital y vulnerable. Llegué a apreciar los resultados terapéuticos derivados de estar en sintonía con el silencio de mi cliente, y redescubrí los profundos efectos de relacionarme desde una perspectiva no patológica.

### **Nota del Editor:**

Agradecemos el permiso de publicación a *International Journal of Integrative Psychotherapy*.

Erskine, R. G. (2020). Relational Withdrawal, Attunement to Silence: Psychotherapy of the Schizoid Process. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 11, 14-29.

**Traducción: Angela Pérez Burgos**

## Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* [Patrones de apego: un estudio psicológico de la situación estraña]. Lawrence Erlbaum.
- Balint, M. (1968). *The basic fault* [La falla básica]. Tavistock Publications.
- Erskine, R. G. (20 de agosto 1999). The schizoid process: A transactional analysis perspective [Opening address] [El proceso esquizoide: una perspectiva de análisis transaccional] [Conferencia de apertura]. *International Transactional Analysis Conference*. San Francisco.
- Erskine, R. G. (2009). Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement [Guiones de vida y patrones de apego: integración teórica e implicación terapéutica]. *Transactional Analysis Journal*, 39(3), 207–218. <https://doi.org/10.1177/036215370903900304>
- Erskine, R. G. (2021). *A healing relationship: Commentary on therapeutic dialogues* [Una relación curativa. Comentario sobre diálogos terapéuticos]. Phoenix Publishing.
- 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 la relación]. Brunner/Mazel.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality* [Estudios psicoanalíticos de la personalidad]. Routledge.
- Greenberg, J. R. y Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory* [Relaciones objetales en teoría psicoanalítica]. Harvard University Press.
- Guntrip, H. (1962). The schizoid compromise and psychotherapeutic stalemate [El compromiso esquizoide y el estancamiento]. *British Journal of Medical Psychology*, 34(4), 273–288. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1962.tb00524.x>
- Guntrip, H. (1968). *Schizoid phenomena, object relations and the self* [Fenómeno esquizoide, relaciones objetales y el yo]. International Universities Press.
- Guntrip, H. (2008). Psychoanalytic theory, therapy and the self [Teoría psicoanalítica, terapia y el yo]. Basic Books.
- Hazell, J. (1994). *Personal relations therapy: The collected papers of H. J. S. Guntrip* [Terapia de las relaciones personales: Artículos recopilados de H. J. S. Guntrip]. Jason Aronson.
- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma [El concepto de trauma acumulativo]. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 286–306. <https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932>
- Khan, M. M. R. (1974). *The privacy of the self* [La privacidad del yo]. Hogarth Press.
- Kohon, G. (1986). *The British school of psychoanalysis* [Escuela Británica de psicoanálisis]. Yale University Press.
- Little, M. I. (1981). *Transference neurosis and transference psychosis* [Neurosis de transferencia y psicosis de transferencia]. Jason Aronson.
- Little, M. I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott* [Ansiedades psicóticas y contención. Un registro personal de un análisis con Winnicott]. Jason Aronson.
- 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.
- O'Reilly-Knapp, M. (2001). Between two worlds: The encapsulated self [Entre dos mundos: el yo encapsulado]. *Transactional Analysis Journal*, 31(1), 44–54. <https://doi.org/10.1177/036215370103100106>
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality* [Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana]. Julian Press.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. y Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach* [Tratamiento psicoanalítico: un enfoque intersubjetivo]. The Analytic Press.
- Sutherland, D. (1980). The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip [Los teóricos británicos de las relaciones objetales: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip]. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28(4), 829–860. <https://doi.org/10.1177/000306518002800404>
- Suttie, I. D. (1988). *The origins of love and hate* [Los orígenes del amor y el odio]. Free Association Books.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* [Los procesos maduracionales y el entorno facilitador: Estudios en la teoría del desarrollo emocional]. International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown [Miedo al colapso]. *International Review of Psychoanalysis*, 1(1-2), 103–107.

# REVISIÓN DE TERAPIAS PARA LA BAJA AUTOESTIMA: PERFIL CLÍNICO Y MECANISMOS DE ACCIÓN

## THERAPIES FOR LOW SELF-ESTEEM REVIEW: CLINICAL PROFILE AND ACTION MECHANISMS

**Antonio Duro Martín**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5765-8776>

Doctor en Psicología

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica

Profesor Asociado, Universidad Rey Juan Carlos (2003-2013). España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Duro Martín, A. (2021). Revisión de terapias para la baja autoestima: Perfil clínico y mecanismos de acción. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 143-164. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.476>

### Resumen

*Se revisan seis terapias diferentes que se vienen utilizando para tratar la baja autoestima. Aunque sus enfoques clínicos son muy diversos, todas ellas, sin embargo, acaban por mejorar la autoestima del paciente. Para intentar responder a esta cuestión, abordamos esta revisión en dos fases sucesivas. Primero, se extraerá y analizará el perfil clínico de cada terapia –e.g., su etiología, supuestos, objetivos terapéuticos o técnicas de tratamiento; y, en segundo lugar, se compararán sus específicos mecanismos de acción (MA) –su núcleo terapéutico– respecto del logro de objetivos personales del paciente –posicionando aquellos sobre un sistema componentes de competencia y eficacia personales. Se concluye que todas las terapias resultarían eficaces porque, aunque cada una de ellas actúe únicamente sobre uno o dos componentes, su efecto se irradiaría luego por el sistema desde ahí hasta la autoestima.*

**Palabras clave:** autoestima, baja autoestima, terapia, revisión, mecanismos de acción.

### Abstract

*Six different therapies that have been used to treat low self-esteem are reviewed. Although their clinical approaches are very diverse, all of them, nevertheless, end up improving the patient's self-esteem. To try to answer this question, we approach this review in two successive phases. First, the clinical profile of each therapy will be extracted and analyzed – e.g., its etiology, assumptions, therapeutic objectives or treatment techniques; and, secondly, its specific mechanisms of action (AM) –its therapeutic nucleus– will be compared with respect to the achievement of the patient's personal objectives –positioning those on a system of components of personal competence and efficacy. It is concluded that all the therapies would be effective because, although each one of them acts only on one or two components, its effect would then radiate through the system from there to self-esteem.*

**Keywords:** self-esteem, low self-esteem, therapy, review, action mechanisms.



La baja autoestima daña la salud mental de la persona y está presente en todas las edades de la población (Steiger et al., 2015; Taylor y Montgomery, 2007; Wanders et al, 2008). De ahí que se venga desarrollando una amplia investigación en este campo –en la base de datos PsycINFO existen más de trescientas cincuenta referencias cuyo título incluye los términos “baja + autoestima” –y más de ciento cincuenta para “autoestima + terapia”. Este trabajo está motivado por el hecho de que todas las terapias para tratar la baja autoestima consiguen una mejoría del paciente, aun derivándose de enfoques clínicos muy diversos entre sí, lo cual constituye una incógnita –descartando el efecto placebo. La cuestión inicial sería, pues, ¿cómo se produce tal mejoría? Además de ello, teniendo presente que el logro de objetivos personales constituye un aspecto clave de la autoestima (Lindsay y Scott., 2005), determinando incluso el estado del sistema de autorregulación personal (Wells, 2000), llegaríamos a una segunda cuestión, ¿cómo comparar el efecto terapéutico de los tratamientos respecto del logro de objetivos? Intentaremos responder a ambas cuestiones revisando primero cada terapia para extraer sus principios y peculiaridades clínicas, y analizando y comparando después sus mecanismos de acción (MA) respecto al mencionado logro de objetivos.

Por razones de espacio, esta revisión no tendrá un carácter exhaustivo y será sólo representativa de las terapias que habitualmente se vienen aplicando para combatir la baja autoestima. Para esta finalidad, hemos escogido tres terapias clásicas y otras tres de más reciente implantación, cuyo conjunto, entendemos, abarca suficientemente nuestro ámbito de estudio.

Aunque el objetivo de este trabajo no sea presentar un modelo de autoestima, a efectos de facilitar la comprensión de nuestro análisis estimamos oportuno precisar ante todo cuáles son nuestros supuestos de partida en cuanto al concepto y modelo de autoestima. En concreto, se asume lo siguiente: (a) aunque la autoestima no se reduzca al logro de objetivos personales, sí que refleja en qué grado se vienen cumpliendo los mismos (Lindsay y Scott, 2005) –independientemente de que la persona tenga o no conciencia de ello; (b) los objetivos personales emergen y se orientan siempre hacia aquellos dominios valorados por la persona (Hayes-Skelton y Roemer, 2013) –e.g., el aspecto personal o la aceptación social; y (c) el logro de objetivos personales depende en gran medida de la competencia y actuación individuales (Soral y Kofta, 2020).

Valga señalar que la orientación hacia objetivos es algo constitutivo del comportamiento de todos los seres vivos (Locke, 1969), se vincula con la satisfacción de motivaciones básicas (Maslow, 1954) y depende de aquellos valores que informan la acción (Morales et al., 2019). En el tratamiento de algunos trastornos ya se vienen considerando los valores y objetivos personales del paciente –e.g., en la terapia para la ansiedad generalizada en adultos (Hayes-Skelton y Roemer, 2013) o para la ansiedad y depresión en adolescentes (Kumara y Kumar, 2016).

Llevaremos a cabo este estudio en dos fases. Primero analizaremos las diferentes terapias con el objeto de extraer sus aspectos terapéuticos esenciales –e.g.,

qué etiología del trastorno defienden (Bouton et al., 2001; Ioannidis, 2015) o cuáles son sus respectivos MA (Bergmann, 2010; Desrosiers et al., 2013). Sin embargo, se omitirá el análisis de aquellos otros aspectos más protocolarios de los tratamientos –número de sesiones, periodicidad...– así como de los resultados empíricos que les brinden apoyo. En segundo lugar procederemos a comparar los respectivos MA de cada terapia. Nos valdremos del MA porque constituye el núcleo terapéutico de cada enfoque clínico ya que: (a) actúan sobre aquellos aspectos que cada enfoque considera claves en la psicopatogénesis, (b) son consecuentes con sus respectivas definiciones de autoestima, y (c) determinan asimismo el propio objetivo terapéutico y las técnicas que se emplean. Esto es, los MA *vertebran* toda la terapia.

Nuestro objetivo de comparación responde al siguiente planteamiento: dado que la autoestima depende del logro de objetivos, indagaremos pues sus factores condicionantes –consiguientemente, este asunto pasará a ser el objeto primario de la segunda fase. Para este fin y con motivo de poder ofrecer aquí una explicación cuanto menos hipotética a la segunda cuestión planteada, proponemos y utilizaremos un conjunto de componentes individuales de eficacia y competencia. Tales componentes están relacionados con el logro de objetivos personales, se organizan sistemáticamente y su término final es justo ese logro. Con ello será posible encuadrar primero, y comparar después entre sí, el efecto terapéutico de cada MA (véase figura 1) con relación al logro de objetivos.

El sistema de componentes propuesto, debe advertirse, no se presenta como un modelo teórico para explicar la autoestima, sino tan sólo como un mero instrumento, de valor práctico, que nos permita posicionar los diferentes MA y compararlos luego entre sí para responder a la segunda cuestión antes planteada. Su detalle y fundamentación preliminar se expondrá más abajo en su correspondiente epígrafe. Desde una perspectiva metodológica, se trata de un sistema de conceptos preteórico, pero perfectamente compatible con las herramientas de investigación científica (Bunge, 2000). Su estructura interna presenta unidad de discurso en torno al logro de objetivos personales; divide su componentes en dos clases bien diferenciadas –componentes individuales de eficacia y competencia–, los ordena linealmente en dos vectores de efectos –vectores de eficacia y competencia–, y representa conexiones objetivas –esto es, no arbitrarias– entre ellos (op.cit., pp. 67-68).

### Enfoques Clínicos

Efectuaremos una exposición ordenada de varios enfoques vigentes para tratar la baja autoestima, agrupados en dos categorías: terapias clásicas y terapias de última generación. Dentro de la primera categoría, revisaremos las terapias de rasgos, cognitivo-conductuales y conductual-racional-emotiva; y dentro de la segunda, el enfoque *mindfulness*, la técnica EMDR y la terapia metacognitiva. A diferencia de las terapias clásicas, las terapias de nuevo cuño no se focalizan inicialmente sobre *contenidos*, sean contenidos de rasgos, de constructos o contenidos de las representaciones mentales, sino sobre procesos cognitivos tales como refocalizar la atención

o consolidar recuerdos en la memoria. En general, estas últimas terapias persiguen implantar en el paciente una nueva perspectiva acerca de lo que vaya acaeciendo en su mente. Tal dicotomía, en realidad, supone una simplificación, pero recurrimos a ella con intención didáctica. Efectivamente, en toda terapia intervienen contenidos y procesos, sea en un grado u otro.

Por otra parte, la sucesión de diversos enfoques terapéuticos para curar o aliviar un idéntico trastorno no se produce al azar. Se va acompasando a tenor de las revoluciones producidas en la psicología que, a su vez, se siguen de las revoluciones generales que antes hubieran tenido lugar en la ciencia (Leahey, 1992). En concreto, los cambios que se vienen operando en la psicoterapia se explican por la teoría de los sistemas dinámicos (Hayes y Strauss, 1998).

## Terapias Clásicas

### *Terapias de Rasgos y Constructos*

Dentro de esta clase de terapias examinaremos conjuntamente las de Hall y Terrier (2003) y la terapia de rol fijo, magníficamente expuesta por Pervin (1975), basada en los constructos de Kelly (1955/1991). Incluimos estas terapias en el mismo grupo porque en ambos casos el tratamiento pivota sobre el objetivo de que el paciente se identifique con una serie o estructura de atributos personales. De hecho, en la terapia de rol fijo se esboza y entrega al paciente un modelo de personalidad, un papel al que tiene que ajustarse.

Debe constatar que, aunque los dos primeros autores presenten su tratamiento como terapia cognitivo-conductual, en realidad lo esencial del mismo se concentra en torno a unos rasgos personales, como comprobaremos más adelante. Inversamente, la terapia de rol fijo no se reduce al contenido de los constructos, sino que a partir de ellos se genera una atmósfera de experimentación que implica, obviamente, el procesamiento de nueva información.

Para estas terapias la etiología de la baja autoestima radica en que el paciente desconoce o no se comporta según ciertos rasgos o constructos personales que valora positivamente – sea ello de forma explícita o implícita. El supuesto terapéutico subyacente es que la autoestima acaece cuando la persona es –y así se reconoce a sí misma– de una particular manera. Por consiguiente, su objetivo terapéutico pasa por ayudar al paciente a que sea justo de esa manera –identificando y comportándose según su perfil de rasgos deseados. Hall y Terrier (2003) postulan que, si el paciente estuviera ya en posesión de tales rasgos, entonces su aplicación y puesta en escena resultaría facilitada. En cambio, en la terapia de rol fijo se opta mejor por poner de manifiesto al paciente sus propios constructos personales implícitos, que ya viene utilizando para valorar a los otros y valorarse a sí mismo aunque sin plena conciencia de ello; y se le ofrece un modelo de personalidad (estructura de constructos) a modo de rol para llegar a ser esa persona. En efecto, se insta al paciente a pensar, sentir y actuar según el rol (Pervin, 1975).

La técnica aplicada para fijar los rasgos “modelo” será listar un conjunto de cualidades positivas que el paciente admita que ya posee (Hall y Terrier, 2003) o hacerle patente sus constructos personales entresacados a partir de un listado de roles sociales significativos en su vida (Kelly, 1955/1991), debiendo abandonar ciertos constructos y admitir otros (Pervin, 1975). A continuación, los rasgos seleccionados se ensayan primero en la terapia y se aplican después a situaciones reales. El grueso de la tarea terapéutica recae, pues, en moldear y modelar ciertas conductas concretas derivadas de esos rasgos o constructos. Su MA opera cuando el paciente se ve y comporta conforme a ese perfil. Pese a la importancia que revisten los objetivos personales del paciente, no se abordan explícitamente en esta terapia.

### ***Terapia Cognitivo-Conductual***

Como se desprende de su propio nombre, esta terapia trabaja al mismo tiempo sobre las cogniciones del paciente –validándolas– y sus conductas –entrenando nuevas habilidades. Ambos momentos terapéuticos se integran en aras de mejorar su interacción con el medio ambiente. En esta categoría, vamos a revisar las terapias aplicadas por Whelan et al. (2007), McManus et al. (2009), Jacob et al. (2010), Waite et al. (2012), Parker et al. (2013) y Pack y Condren (2014) –casi todas ellas impartidas en grupo. Como veremos, aun compartiendo estos autores un mismo enfoque terapéutico, difieren luego en los detalles.

Consideran como causa de la baja autoestima, como su etiología, la aceptación por parte del paciente de unas creencias irracionales sobre sí mismo, lo cual le depara un afloramiento de síntomas y le lleva a una inhibición conductual e, inclusive, a la realización de conductas compensatorias que resultan contraproducentes. Según McManus et al. (2009), estas conductas compensatorias son gobernadas por ciertas “reglas de vida” que el paciente ha establecido para comportarse. El supuesto terapéutico es que la autoestima sobrevendrá una vez que el paciente sostenga unas autocreencias racionales sobre sí mismo, abriéndose a nuevas experiencias a raíz de ello. Su MA opera consolidando estas autocreencias y propiciando nuevas conductas adaptativas –que vendrán a reforzar el cambio (McManus et al., 2009). Queda sobrentendido que un autoconocimiento válido tenderá a clarificar los objetivos personales del paciente, en tanto que la práctica de nuevas habilidades le infundirá autoconfianza –dinamizándose así la interacción del paciente con su medio.

De ahí que resulte comprensible que su objetivo terapéutico primordial sea justo el cambio de las creencias nucleares que mantengan la baja autoestima, seguido en segundo lugar por un entrenamiento en habilidades. Para lograrlo, recurren a un amplio repertorio de técnicas cognitivas y conductuales –e.g., autorregistro y contrastación de los pensamientos automáticos, realización de experimentos conductuales. En particular, Whelan et al. (2007) tratan de que el paciente invalide primero su creencia “bottom-line” –esta expresión se refiere a la creencia que el paciente tiene sobre sí mismo compuesta por autoevaluaciones globales negativas y por una evaluación insuficiente de su valor como persona, generada a raíz de ex-

perencias negativas normalmente a una edad temprana— concieniciéndole después sobre las cualidades que posee. McManus et al. (2009) pretenden que desarrolle unas reglas de vida adaptativas, guiándose por una teoría racional sobre sí mismo; Jacob et al. (2010) se centran en que quede fortalecida su autoconfianza, autoaceptación y autocuidado; y Waite et al. (2012) busca implantar unas creencias, reglas de conducta y habilidades que favorezcan su adaptación y planificación de futuro. Finalmente, Pack y Condren (2014) llevan al paciente a desafiar tanto sus creencias de baja autoestima como las conductas asociadas, y a practicar nuevas habilidades.

La tarea de la terapia se vuelca en auxiliar al paciente a invalidar sus creencias sesgadas sustituyéndola por unas racionales, refocalizar su atención hacia aspectos positivos suyos, y potenciar el aprendizaje y puesta en práctica de nuevas habilidades. Un papel decisivo en esta terapia lo juega la psicoeducación: Whelan et al. (2007) explican al paciente cómo su *bottom-line* emerge a raíz de experiencias negativas; McManus et al. (2009) y Pack y Condren (2014) le muestran el origen y mantenimiento de la baja autoestima; mientras que Parker et al. (2013), en cambio, incluyen en la educación del paciente aspectos concernientes a la depresión y ansiedad, y un estilo de vida saludable. Tampoco este enfoque clínico aborda los rasgos personales, centrando su labor, según venimos comentando, en desmontar unas cogniciones sesgadas del paciente sobre sí mismo —dimanantes de errores cognitivos (Beck et al., 1979). Con relación a esto último, valga señalar que cada autor emplea su propia terminología para referirse en realidad al mismo concepto de creencia irracional: McMannus et al. (2009) hablan de “suposiciones disfuncionales”, Jacob et al. (2010) de “asunciones básicas disfuncionales”, Waite et al. (2012) de “creencias autocríticas”, y Pack y Condren (2014) de “creencias nucleares negativas”.

Como anticipábamos antes, todas estas terapias incluyen, como componente esencial suyo, el desarrollo y aprendizaje por parte del paciente de nuevas conductas y habilidades. Whelan et al. (2007) le llevan a comportarse de forma que obtenga respuestas sociales positivas que vengán a reforzar su autoestima, e igualmente le entrenan en habilidades asertivas. McManus et al. (2009) le enseñan habilidades cognitivas para reevaluar sus pensamientos y creencias y para cambiar sus reglas de vida. Jacob et al. (2010) facilitan tanto que identifique sus supuestos básicos disfuncionales y los exponga en el grupo de terapia, como que lleve a cabo experimentos conductuales a fin de invalidar tales supuestos, promoviendo también que desarrolle un trato amable consigo mismo. Waite et al. (2012) recurre asimismo a experimentos conductuales con el fin de que establezca unas reglas de comportamiento funcionales. Parker et al. (2013), por su parte, le instruyen en tareas de activación conductual, técnicas de relajación y manejo del estrés; en tanto que Pack y Condren (2014) le enseñan nuevas reglas de vida y cómo establecer un plan de autogestión.

Debe señalarse que estas terapias actúan sobre los objetivos del paciente sólo de forma tangencial. Whelan et al. (2007) se limitan a sugerirle que satisfaga sus propias

necesidades; Jacob et al. (2010), que reconozca la importancia de sus necesidades; mientras que Waite et al. (2012) no va más allá de ayudarle a planificar su futuro.

### ***Terapia Conductual-Racional-Emotiva***

Aunque, en realidad, se trata de un elemento más del conjunto de terapias cognitivas, lo analizamos por separado en atención a sus peculiaridades. Revisaremos en este lugar la terapia que aplican Roghanchi et al. (2013) para mejorar la baja autoestima –que combinan con terapia del arte y con el fin de incrementar también la resiliencia.

Para el presente enfoque la etiología de la baja autoestima consiste en que el paciente se eleva a sí mismo– y al mundo en general– un conjunto de exigencias irracionales, de todo punto inalcanzables. Véanse algunos ejemplos de ello: “Tengo que hacer las cosas bien y que las personas que me importan aprueben lo que hago o, si no, ello significará que no soy lo suficientemente bueno”, “Las situaciones que me rodean deben ser de tal manera que me proporcionen lo que desee, cuando lo desee, y nunca deben proporcionarme nada que yo no desee” (Ellis, 1996). Por tanto, el supuesto terapéutico es que, si el paciente sostuviera unas expectativas más razonables sobre uno mismo y el mundo, entonces sentiría autoestima. Su MA funciona al cambiar unos irracionales “deberías” del paciente por una aceptación incondicional de cómo sean las cosas en realidad y cómo sea él mismo junto con ellas. Así se reduciría su frustración y malestar concomitante aun cuando unas expectativas imposibles no hubieran sido cubiertas.

El objetivo terapéutico que se pretende alcanzar no es otro que el paciente sea consciente de tales autoexigencias –y exigencias–, rebaje su nivel, y lleve a cabo conductas adecuadas y satisfactorias. En lo tocante al aparato técnico, estos autores se valen, al igual que en toda terapia cognitivo-conductual, de diferentes técnicas cognitivas y conductuales –e.g., disputa cognitiva, contextualización de los sucesos, análisis de coste-beneficios, auto diálogo, role playing. Destacan, dentro de las tareas de la terapia, la contraargumentación con el paciente a fin de modificar sus pensamientos, y los sentimientos negativos que arrastran con ellos y la psicoeducación. Enseñan al paciente tanto el clásico modelo A-B-C-D-E –donde A = acontecimientos activantes, B = comportamiento, C = consecuencias; D = debatir y E = nuevos efectos–, como las creencias irracionales más salientes según fueron compiladas por Ellis (1996). No se trabaja aquí expresamente sobre los objetivos del paciente, aunque sin embargo, sí que se le ofrece un diseño para el cambio de su vida futura –si bien de carácter muy genérico.

## **Terapias de Última Generación**

### ***Enfoque Mindfulness***

Examinaremos en este apartado la terapia de Fennell (2004) –autor destacado en el campo de la autoestima, aunque este trabajo suyo se aplica asimismo a la

depresión.

Según este enfoque la etiología de la baja autoestima –e igualmente de la depresión– consiste en que el paciente cae y se entrega a procesos desmesurados de autodevaluación, exagerando sus fracasos y defectos y minimizando sus éxitos y cualidades. En definitiva: a la baja autoestima le subyacen procesos reiterados de autocrítica y autoculpación exacerbados. Su supuesto terapéutico es que, si alguien consiguiera verse como una persona cumplidamente normal, aun cuando le sobreviniesen pensamientos de ser alguien inadecuado, entonces percibiría autoestima. Como se comprueba por este supuesto, el enfoque que nos ocupa persigue marcar distancias entre la persona y sus propias cogniciones, algo que no resulta extraño en absoluto dada su fundamentación metacognitiva.

Su MA ejerce su función descentrando al paciente de sus pensamientos autocríticos. Al distanciarle así de unos esquemas mentales largo tiempo existentes –tégase presente que la baja autoestima se origina de forma habitual en experiencias tempranas difíciles– se atenúan o neutralizan sus consecuencias emocionales, motivacionales, físicas y conductuales. En el trabajo de Desrosiers et al. (2013) se muestra cómo mindfulness opera conjuntamente a través de mecanismos comunes y distintos dependiendo del contexto clínico en particular –en concreto las asociaciones entre mindfulness y ansiedad están mediadas por la rumiación y preocupación, mientras que las asociaciones entre mindfulness y depresión están mediadas por la rumiación y reevaluación de la experiencia negativa.

Persigue como objetivo terapéutico que el paciente pase de ver sus pensamientos sobre sí mismo como un fiel reflejo de la realidad objetiva a conceptualizarlos como meros acontecimientos mentales de carácter transitivo –que son única y exclusivamente ideas u opiniones aprendidas en experiencias previas que acaecen en la conciencia. No se valida ni ajusta el contenido de las cogniciones en modo alguno, sino que se intenta cambiar la relación que el paciente sostiene con ellas, procurando un cambio de actitud sobre sus experiencias internas –vía distanciamiento entre pensamiento y realidad, entre hipótesis y hechos. Este objetivo general se especifica luego en objetivos particulares tales como flexibilizar las interpretaciones –cualquier cosa, incluido uno mismo, puede ser contemplado desde ángulos diferentes–; percatarse de que la visión negativa habitual es sólo otra posibilidad y no necesariamente la más verdadera; o desarrollar un pensamiento consciente sobre sí mismo en lugar de dejarse llevar por uno de carácter automático.

Como técnica idiosincrásica suya utiliza la meditación insight–autoconciencia no crítica–, que se acompaña con otras técnicas ajenas al enfoque como lo son la discusión verbal y los experimentos conductuales. El trabajo de terapia se concentra justamente en romper la conexión negativa existente entre la persona y sus pensamientos autocríticos –que terminan por llevarle al desánimo y la depresión.

El núcleo de mindfulness no se ocupa de rasgos, contenidos cognitivos o nuevas conductas manifiestas. En todo caso, se podrían categorizar como nueva conducta encubierta la estrategia mental inculcada al paciente con el fin de que ya no luche o

intente deshacerse de sus cogniciones, sino que en lugar de hacer eso, simplemente, se acostumbre a permanecer en ellas, explorándolas, alejándose de tales procesos internos suyos en lugar de identificarse con sus contenidos. Tampoco mindfulness conecta de modo expreso con los *objetivos* del paciente, aunque sí que se le insta a construir una nueva visión de sí mismo, actuando consigo a partir de ahora desde una perspectiva amable y de autoaceptación –lo que al final pudiera resultar en una modificación adecuada o replanteamiento de los susodichos objetivos.

### ***Técnica EMDR***

En este apartado haremos revisión de la terapia de Wanders et al. (2008) –aunque comparan la terapia cognitivo-conductual con la técnica EMDR, nos ceñiremos aquí única y exclusivamente a esta segunda. Utilizan el procedimiento general de la técnica EMDR –siglas del inglés “*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*”–, si bien aplicada a las situaciones traumáticas que originaron al paciente su perenne desestimación.

Cifran la etiología de la baja autoestima que sufre el paciente en aquellos acontecimientos traumáticos que hubiera experimentado, mayormente pero no exclusivamente, en una edad temprana; y cuyos recuerdos y profundo impacto personal todavía no han acabado de consolidarse en la memoria, razón por la cual continúan aflorando fácilmente a su conciencia junto con las emociones negativas que conllevan. El supuesto terapéutico latente es que, si se produjese el definitivo almacenamiento del trauma, entonces sobrevendría la autoestima.

Su MA opera en dos fases consecutivas. Primero, interconectando los recuerdos “flotantes” sobre el trauma que angustian al paciente con otros varios recuerdos, indistintamente de signo positivo o negativo, ya consolidados previamente en su memoria –en su fase de desensibilización– Y asignando después un significado personal más racional y benigno a la respuesta que diera el paciente ante el trauma –en su fase de reprocesamiento. Ambos procesos de manera conjunta atenuarán o eliminarán la frecuente reexperiencia de la situación traumática y la hiperactivación concomitante. Con respecto a la actuación específica de esta técnica, Pagani y Carletto (2017) se inclinan por la hipótesis denominada SWS, *Slow Wave Sleep* –sueño de onda lenta– para explicar la reorganización de redes funcionales distantes, así como la reconsolidación de la nueva información asociada. Por su parte, Maxfield (2008) y Bergmann (2010) nos ofrecen detallada información sobre este mecanismo e incluso su revisión histórica.

Por lo cual, sus objetivos terapéuticos no son otros que desensibilizar los recuerdos traumáticos para liberar la carga emocional negativa que acarreen e instalar una autovaloración satisfactoria del paciente sobre sí mismo en la situación desencadenante. Para ello utilizan exclusivamente la técnica EMDR, en compañía de alguna estrategia auxiliar –e.g., el procesamiento de un lugar seguro. La tarea del terapeuta se ciñe primero a recoger y graduar la aversividad de los recuerdos sobre el trauma según los valore el paciente, y más tarde a ir reconduciendo todo

el proceso EMDR, según vayan resultando la desensibilización y reprocesamiento. El paciente durante estas sesiones interviene sólo de forma pasiva, reduciéndose su papel a transmitir al terapeuta lo que vaya aflorando a su conciencia y a reevaluar, cuando así se lo pida este último, cómo van evolucionando en el momento presente la carga aversiva de cada uno de los recuerdos que se van tratando –durante la desensibilización–, y a evaluar la confianza que vaya adquiriendo en la nueva autoconcreencia –durante el reprocesamiento.

En esta técnica no se contempla el contraste de las creencias que el paciente tuviera sobre sí mismo a raíz del trauma experimentado, sino que directamente se reemplazan por otras en la memoria –e.g., sustituyendo la creencia anterior “no valgo nada” por la nueva creencia “yo valgo bastante, pero aquella situación me desbordó ...”. Tampoco son finalidad de esta terapia ni los rasgos de personalidad, ni el aprendizaje de nuevas conductas, ni, por supuesto, los *objetivos* del paciente.

### ***Terapia Metacognitiva***

Examinaremos el trabajo de Kolubinsky et al. (2016, 2018 y 2019) . En su artículo del año 2018 revisan las intervenciones cognitivo-conductuales basadas en el modelo de Fennell (2004).

Desde este enfoque la etiología de la baja autoestima reside tanto en: (a) una creencia *bottom-line* del paciente –esquema de baja autoestima– causada tanto por situaciones previas de desafecto, negligencia o rechazo a las que ha estado sometido como en (b) unas reglas de vida que ha desarrollado para sí mismo a partir de entonces y que viene empleando para compensar las consecuencias desfavorables de tal esquema. Tales reglas terminan por fracasar ante ciertas situaciones presentes, reactivándose así la baja autoestima junto con sus emociones negativas y conductas contraproducentes. Mantienen la baja autoestima un conjunto de creencias metacognitivas y estrategias de control activadas cuando no queden cubiertas las necesidades de autoestimación. La manifestación más acusada y el mejor predictor de la baja autoestima lo hallamos en la rumiación autocrítica, cuya recurrencia se sustenta en metacogniciones positivas sobre su valor o utilidad –e.g., “implicarme en la rumiación me ayuda a ser más realista y lógico”; y negativas sobre sus efectos dañinos –e.g., “engancharme en la rumiación me hace sentirme muy cansado y sin ninguna motivación o apetito para hacer otra cosa” y sobre su incontrolabilidad –e.g., “estaré pensando sobre ello (errores) constantemente”. En suma, para esta terapia una rumiación autocrítica crónica es justo el proceso que perpetúa la baja autoestima.

El supuesto terapéutico que puede adscribirse a este enfoque es que, si el paciente consiguiera eliminar la rumiación autocrítica junto con los procesos de evitación y control que trae consigo, entonces experimentaría autoestima; y su MA opera eliminando tales auto punitivas del paciente tras haber cometido un error, haberse producido un fracaso personal o haber recibido un rechazo social –mediante el cuestionamiento de las metacreencias subyacentes. El objetivo terapéutico consiste

en reducir la sintomatología mediante la eliminación del CAS –siglas inglesas de “*cognitive attentional syndrome*” –una forma de pensamiento tóxica y persistente con rumiación, preocupación, monitoreo persistente de amenaza, y estrategias de control tales como la supresión de pensamientos o la distracción.

Trabajan con un rico abanico de técnicas. Para recoger información sobre el caso utilizan una entrevista estructurada sobre antecedentes, creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la rumiación autocrítica, objetivos de este último proceso y de su señal de parada, y el distanciamiento de los pensamientos autocríticos invasivos. Para combatir las creencias metacognitivas recurren a la reatribución y cuestionamiento socrático, En cambio para interrumpir la rumiación autocrítica, ganar flexibilidad ante los pensamientos invasivos y aprender nuevas respuestas a los mismos, desenganchándose de ellos, se sirven de técnicas de manejo y entrenamiento de la atención –ATT, *Attention Training Technique* (Técnica de Entrenamiento para la Atención), y DM, *Detached Mindfulness* (Plena Conciencia Desapegada). La tarea del terapeuta se resuelve con el seguimiento de las pautas de pensamiento que lleva a cabo el paciente y la aplicación, en su caso, de las medidas correctoras oportunas.

En esta terapia las cogniciones que se comprueban son aquellas metacogniciones que mantienen en vigor la rumiación autocrítica. En cuanto a nuevas conductas, entrenan al paciente en las dos estrategias cognitivas antes citadas, ATT y DM, llevándole a reflexionar al mismo tiempo sobre sus pasados errores para aprender de ellos y solucionar los problemas. Ni rasgos personales ni conductas manifiestas son objeto de esta terapia; como tampoco lo son los *objetivos* del paciente, si bien a este respecto sí se trata de infundirle una especie de aceptación incondicional de sí mismo (Ellis y Bernard, 1985), independientemente de cuáles sean su verdadera habilidad personal o la aprobación externa recibida.

### **Mecanismos de Acción**

Según hemos anticipado en la Introducción, compararemos a continuación los MA utilizando un sistema de componentes, todos ellos pertinentes para el logro de objetivos personales (véase la figura 1).

### **Sistema de componentes**

Está compuesto por dos vectores de componentes: un vector de eficacia personal cuyos efectos van en dirección hacia el logro de objetivos, y otro vector de competencia personal cuyos efectos van justo en dirección hacia el vector anterior. El efecto final global lo recibiría la autoestima del paciente. Fuera de ello, el sistema incluye los objetivos personales y dos procesos de retroalimentación, debido a que el logro de objetivos está sometido a autorregulación (Weeb y Sheeran, 2005). Para conseguir una combinación conceptualmente adecuada entre los diversos componentes de competencia y eficacia personales, ambos tipos de componentes se articulan unos con otros atendiendo a su sentido y función. Así el componente

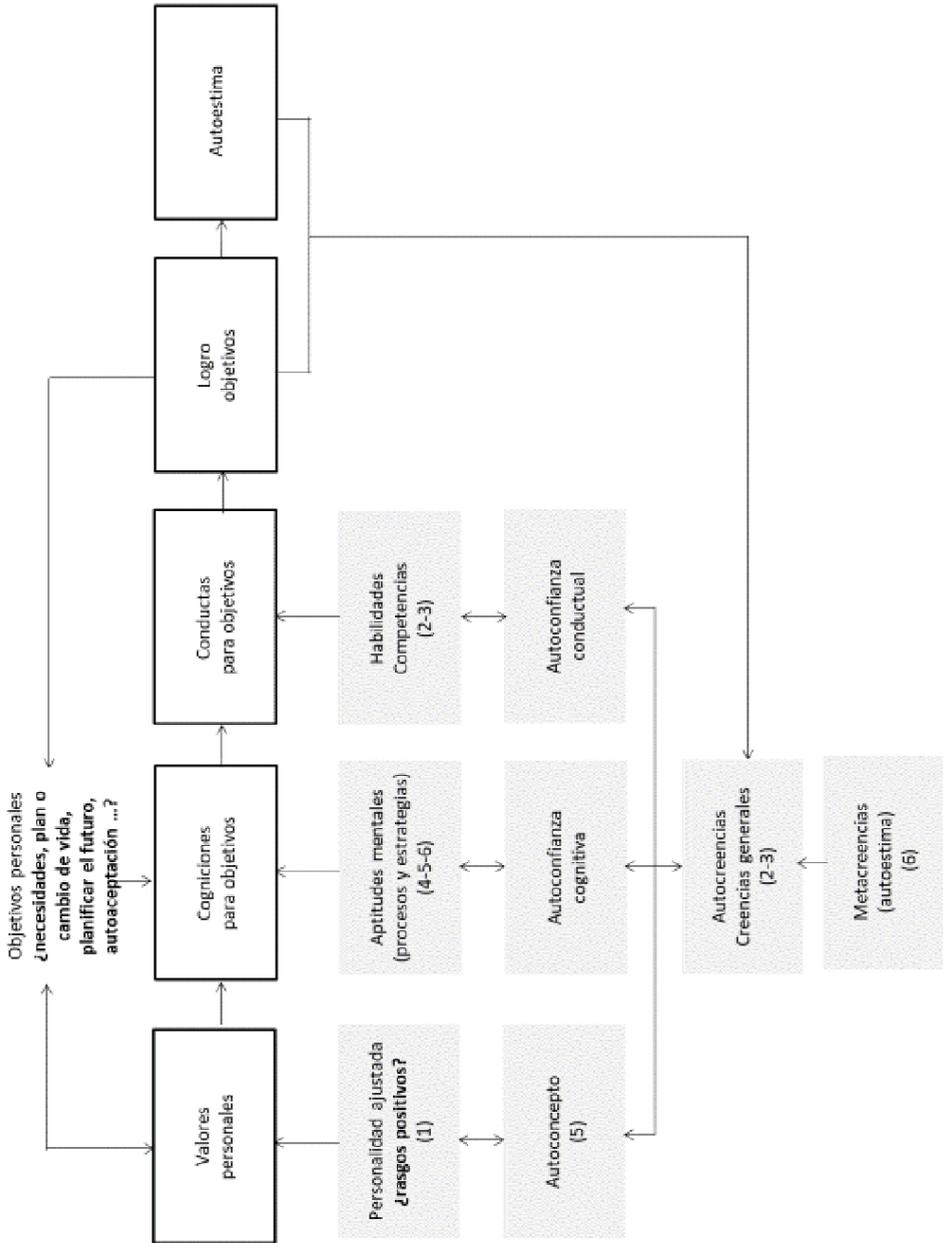
de habilidades y competencias se enlaza con el componente de conductas para objetivos; en tanto que el componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) se enlaza con el componente de cogniciones para objetivos. Según se comprueba el sistema de componentes nos proporciona un “ámbito” conceptual idóneo para efectuar la subsiguiente comparación de los MA (véase figura 1).

La elaboración del vector de eficacia se ha basado en la teoría de la acción citada por Frese y Zapf (1984) –véase también (Hacker, 1985; Morales et al., 2019). Su secuencia de componentes –valores personales, cogniciones para objetivos, conductas para objetivos y logro de objetivos– da por cierto que desde la acción recíproca entre objetivos personales y valores personales se seguirán en la persona cogniciones y conductas orientadas al logro de tales fines. Su resultado final repercutirá en la autoestima del paciente. Esta estructura de componentes es igualmente congruente con las teorías sobre: la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), la conducta planificada (Ajzen, 1991), la consecución de metas personales (Weeb y Sheeran, 2005), la acción-activación de la toma de decisiones (Walczyk et al., 2014) y la acción intencional (Plaks y Robinson, 2017). La inclusión de este vector en el sistema está motivada porque el resultado de cualquier acción individual no recae exclusivamente sobre las competencias personales. También intervienen factores de interacción persona-medio que deciden siempre sobre la capacidad de lograr el efecto que se desea. De hecho, en fecha reciente Bardach et al. (2020) han corroborado cómo el logro de objetivos depende estrechamente de factores contextuales.

Por su parte, el vector de competencia, compatible a su vez con la teoría de autoeficacia de Bandura (1986), incluye dos tipos de componentes: (a) componentes objetivos: personalidad ajustada, aptitudes mentales (procesos y estrategias mentales), y habilidades y competencias, que en el sistema están situados en conexión directa con el vector de eficacia ya que, entendemos, la competencia individual juega un papel determinante en el logro de objetivos personales; y (b) componentes subjetivos: estos componentes se ordenan en tres niveles. En el primero se incluyen los componentes de autoconcepto, autoconfianza cognitiva y autoconfianza conductual. Recogen la autopercepción del individuo sobre diversos aspectos suyos. Estos componentes subjetivos tendrían efecto sobre los componentes objetivos de competencia, potenciándolos o debilitándolos. Su posición en el sistema, por debajo de los componentes objetivos, está motivada porque existen barreras internas para el logro de objetivos (Hayes-Skelton y Roemer, 2013) y también porque diferentes rasgos y variables subjetivas llegan a moderar la ejecución académica (Poropat, 2009). El segundo y tercer nivel, ya a una mayor profundidad en la mente, albergan respectivamente los componentes de autocreencias (creencias generales) y metacreencias (autoestima).

En términos generales, este sistema es consecuente con el enfoque metacognitivo en psicología clínica, donde las metacreencias influyen las creencias, y estas, a su vez, lo hacen sobre el comportamiento (Wells, 2000). El resultado final

Figura 1  
 Sistema de Componentes de Competencia y Eficacia Individuales para el Logro de Objetivos Personales y Autoestima



Nota. Vector de eficacia (bloques con recuadro y fondo blanco). Vector de competencia: primera fila: componentes objetivos; segunda fila y los dos bloques inferiores: componentes subjetivos (bloques sin recuadro y con fondo gris). Los números dentro de los bloques señalan el componente donde incide directamente el efecto terapéutico del mecanismo de acción de cada una de las seis terapias revisadas: 1. de rasgos, 2. cognitivo conductual, 3. racional emotiva, 4. *mindfulness*; 5. EMDR, y 6. metacognitiva.

del comportamiento estaría condicionado, obviamente, por la eficacia y competencia personales. De lo anterior se sigue que las creencias podrían actuar sobre competencias preexistentes en la persona, pero no generarlas—cuestión ya del aprendizaje.

De conformidad con la ordenación y lógica subyacente al sistema, se sigue que un MA que opere sobre rasgos o constructos personales estará situado a mayor “distancia” (conceptual) del logro de objetivos personales que otro MA que entrene directamente conductas instrumentales para tal fin. Además, se presupone que la mayor “proximidad” del efecto terapéutico del MA respecto del citado logro de objetivos personales mejorará la conducta orientada a metas del paciente lo que redundará beneficiosamente en su autoestima. Por último, repárese en que la transferencia de efectos entre dos componentes sucesivos o contiguos del sistema—dentro de cada vector individualmente o incluso entre ambos vectores—conlleva siempre, de forma necesaria, ciertas actuaciones por parte de la persona. Esto es, la transferencia de efectos requiere que la persona realice determinadas inferencias lógicas y/o que seleccione e implemente ciertas conductas. Tales actuaciones resultan esenciales para el logro de objetivos porque, si no fueran acertadas, comprometerían la eficacia final en la consecución de objetivos. Sería el caso, por ejemplo, de alguien que contara con un buen plan (aspecto cognitivo) para lograr sus objetivos, pero cuya actuación (aspecto conductual) no haya resultado adecuada en último lugar por falta de habilidades o competencias. Así, y de conformidad con esta última argumentación, correría más riesgo la eficacia de aquellos MA que actúen sobre componentes más distantes en el sistema respecto del logro de objetivos precisamente porque su efecto terapéutico tendría que irse transmitiendo a través de un mayor número de componentes.

### **Localización y Efectos**

Resumiendo la revisión precedente, las terapias de rasgos y constructos actúan primariamente sobre la personalidad; las dos modalidades de terapias cognitivo—conductuales lo hacen sobre creencias y habilidades; mindfulness y EMDR, sobre estrategias mentales y EMDR también sobre el autoconcepto; y, en cambio, la terapia metacognitiva opera sobre metacogniciones y estrategias cognitivas. El MA nuclear de cada enfoque incidiría de forma directa sobre determinados componentes de competencia personal—uno o varios. Luego, desde ahí se propagaría su efecto terapéutico en cascada, primero sobre los componentes inmediatos en el sistema, lo que serían sus efectos terapéuticos colaterales próximos, y después sobre los subsiguientes y restantes componentes, lo que serían ya sus efectos terapéuticos colaterales remotos. Todos estos efectos confluirían primero sobre el componente logro de objetivos y después, desde aquí, sobre la autoestima. Por último, se retroalimentarían efectos desde el logro de objetivos y la autoestima hasta los objetivos personales y autocreencias de la persona—sus efectos colaterales sistémicos.

### *Terapias de Rasgos y Constructos*

Aunque su MA actúa sobre un substrato profundo del paciente cuál lo es su personalidad, el componente de personalidad ajustada se localiza a considerable distancia de la autoestima –según se comprueba en la figura 1. Su efecto sobre el vector de eficacia lo recibiría el componente de valores personales, y de ahí se iría transmitiendo por todo este vector hasta el componente de logro de objetivos. Pero al no abordarse expresamente en estas terapias tal asunto, la citada transmisión del efecto terapéutico por el vector de eficacia se nos antoja un tanto difícil a más de azarosa. Por ello, la eficacia terapéutica de su MA dependerá últimamente de cómo aquellas conductas ensayadas en la terapia, derivadas de determinados rasgos o constructos, repercutan sobre el logro de objetivos. Por otro lado, es verosímil que la identificación y actuación del paciente (terapia de rol fijo) según ciertos rasgos o constructos apreciados mejoraría su autoconcepto, irradiándose después diferentes efectos terapéuticos desde aquí hasta otros componentes del sistema.

En nuestra opinión, ambos enfoques terapéuticos tendrían que solventar dos cuestiones de peso: (a) cómo unos rasgos positivos o constructos devendrían por sí solos, así sin más, en una personalidad ajustada capaz de clarificarse unos objetivos personales, proponérselos y lograrlos –de ahí que en la figura 1 los “rasgos positivos” en el componente de personalidad ajustada se pongan entre signos de interrogación; y (b) cómo se conectarían exactamente tales rasgos o constructos con aquellos valores personales que dan pie a toda conducta orientada a objetivos. Considérese a este respecto la interrelación existente entre rasgos y logro de objetivos, según revela la teoría de la motivación rasgo-acción (Bernard, 2016).

Examinándolo con rigor, una yuxtaposición de rasgos positivos o constructos, sin estructura alguna, pudiera adolecer de la falta de consistencia necesaria para que el paciente consiga los fines que se haya propuesto. A tenor de esta pequeña digresión, podría sugerirse que una estructura personal consistente, esto es una personalidad ajustada, debería englobar tanto rasgos instrumentales para garantizar el éxito en objetivos como rasgos paliativos o amortiguadores para minimizar los fracasos que pudieran experimentarse. Por ejemplo, entre los factores de personalidad del 16PF de Cattell et al. (1980), los Factores B de inteligencia y N de astucia podrían contar como rasgos instrumentales, mientras que el Factor C de estabilidad emocional vendría a ser un rasgo amortiguador. Efectivamente, se ha comprobado hace poco que la estabilidad emocional resulta significativa para una ejecución innovadora y el desempeño en el trabajo (Lado y Alonso, 2017; Rodrigues y Rebelo, 2018).

### *Terapia Cognitivo-Conductual*

Su MA opera conjuntamente sobre diferentes niveles del vector de competencia: (a) sobre el componente de autocreencias, en un nivel más profundo de la mente, y (b) sobre el componente de habilidades y competencias, a nivel más superficial (véase figura 1). Por otro lado, dado que también en esta terapia se insta al paciente a satisfacer sus necesidades y planificar su futuro, se originaría entonces una

acción terapéutica combinada, como en pinza, desde las autocreencias y desde los propios objetivos personales, lo que vendría a reforzar su efecto terapéutico final. No obstante, satisfacer las necesidades no deja de ser una especie de versión un tanto imprecisa de cumplir los objetivos personales, motivo por el que en la figura 1 las “necesidades” estén entre interrogantes. Aunque, podría concederse que este enfoque, al encontrarse más próximo al logro de objetivos personales, tendría cierta ventaja terapéutica en el tratamiento de la baja autoestima.

Igualmente, se supone que las nuevas autocreencias tendrían también un efecto terapéutico sobre los componentes de autoconcepto y de autoconfianzas cognitiva y conductual. Estos componentes a su vez potenciarían los tres componentes objetivos de competencia sobre los que actúa cada uno de ellos. Además, el entrenamiento en nuevas habilidades enriquecería por sí mismo el componente de habilidades y competencias, y mejoraría también el componente de autoconfianza conductual. Por su parte, aquellos experimentos conductuales resueltos con éxito por parte del paciente elevarían su autoestima dinamizando así una retroalimentación beneficiosa que reforzaría las creencias sobre sí mismo recientemente adquiridas.

Sin cuestionar sus indudables virtudes, este grupo de terapias soslaya dos dificultades dignas de tenerse en cuenta: (a) una autocreencia válida no garantiza de por sí el logro de objetivos; y (b) tampoco lo hace un entrenamiento en habilidades genéricas—el paciente podría llegar a encontrarse a falta justo de aquellas habilidades particulares que precise para resolver cada ocasión de autoestima. Llamamos “ocasión de autoestima” a toda aquella situación que, según se resuelva, con éxito o fracaso, así afectará a la autoestima del paciente. Por ello, entendemos que al adolecer el enfoque clínico que nos ocupa de una falta de conexión directa entre eficacia y competencia ello mermaría de alguna forma sus efectos terapéuticos. En realidad, no se termina de aclarar suficientemente al paciente qué tiene que hacer para lograr sus objetivos personales y mantener así una autoestima elevada en el día a día.

### ***Terapia Conductual-Racional-Emotiva***

El comentario acerca de la terapia inmediata anterior vale perfectamente para esta otra terapia, con una salvedad. Aquí, en lugar de ajustar las autocreencias, se pretende atenuar unas autoexigencias, y también exigencias en general, de carácter irracional en el paciente, lo que de alguna forma podría reobrar favorablemente sobre el logro de los objetivos personales, admitiendo que se pueda equiparar “autoexigencias” con “objetivos a cumplir”. Poner coto a unas exigencias descabelladas, en nuestra opinión, rebajaría el listón del paciente para evaluar su propio logro en objetivos personales y facilitaría consiguientemente su autoestimación. A más de ello, el cambio de vida diseñado y promovido expresamente por esta terapia, algo parecido a unos nuevos objetivos personales, también contribuiría a su eficacia terapéutica final.

### ***Enfoque Mindfulness***

En este caso, su MA es en realidad la implantación de una nueva estrategia mental. Opera directamente sobre el componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) optimizando el empleo de recursos cognitivos al flexibilizar una re-focalización de la atención y cultivar un distanciamiento respecto de los procesos de valoración y autovaloración del paciente. Ello produciría una difusión del efecto terapéutico hasta el componente de autoconfianza cognitiva, y también otros efectos, más distantes, hasta el componente de autocreencias. El efecto de este MA sobre el vector de eficacia tendría como destino natural, lógicamente, el componente de cogniciones para objetivos. No obstante, este enfoque no considera explícitamente los objetivos personales. De ahí que la transmisión de efectos terapéuticos desde el vector de competencia al vector de eficacia quede prácticamente obstaculizada con la consiguiente merma de capacidad terapéutica. Sin embargo, bien pudiera ser que aquella perspectiva de amplia autoaceptación inculcada al paciente terminara por obrar favorablemente sobre sus objetivos personales irradiando luego desde aquí efectos terapéuticos hasta otros componentes del sistema.

### ***Técnica EMDR***

En este enfoque, verdaderamente novedoso, sin lugar a duda un nuevo paradigma, su MA opera en dos fases sucesivas. Su primera fase de desensibilización actúa y tiene también efectos sobre los mismos componentes de competencia vistos en el enfoque previo. Sin embargo, su dinámica particular difiere: aquí al consolidarse ya los recuerdos traumáticos en la MLP, reduciéndose la reexperiencia del trauma por parte del paciente, se liberan recursos cognitivos para emplearlos en cualquier otra finalidad. Al perfeccionarse así el funcionamiento del componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) se espera que también mejore el componente de autoconfianza cognitiva. Además de ello, su fase de reprocesamiento actúa sobre el componente de autoconcepto al brindar al paciente durante la terapia una interpretación más benigna de su reacción ante y durante aquel trauma que desencadenó su baja autoestima. Aun así, este MA no tiene conexión ninguna con el logro de objetivos personales, siendo esta técnica quizás, a nuestro entender, la más alejada de ellos de entre todos los enfoques clínicos aquí revisados.

### ***Terapia Metacognitiva***

El MA de esta terapia actúa sobre dos niveles distintos de competencia. Por un lado, sobre el núcleo interno de la arquitectura funcional de la mente del paciente, justo sobre el componente de metacreencias (autoestima). Se le supone también difusión de efectos terapéuticos hasta los componentes de autocreencias y autoconfianza cognitiva y también, aunque con un carácter ya más difuso, hasta los componentes de autoconcepto y de autoconfianza conductua. Por otro lado, este MA opera también directamente sobre el componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) al entrenar la atención y la gestión de los pensamientos

negativos. Estos últimos efectos terapéuticos se difundirían hasta el componente de cogniciones para objetivos, perteneciente ya al vector de eficacia. La conexión de este MA con los componentes de eficacia personal resulta débil. Pese a ello, al llevar al paciente hacia una aceptación incondicional de sí mismo bien pudiera contribuir indirectamente a que llegase a una reestructuración de sus propios objetivos personales, difundiéndose así efectos positivos a otros componentes del sistema.

### Conclusiones

De conformidad con la revisión precedente, y en respuesta a la cuestión planteada en la Introducción, puede concluirse que cada uno de los enfoques clínicos examinados tienen un efecto terapéutico. Ello se debería hipotéticamente a que, aunque cada MA opere de modo directo y restrictivo sobre uno o varios componentes de competencia personal, su efecto terapéutico se propagaría posteriormente, en mayor o menor grado, a los restantes componentes de competencia. Todo ello incidiría luego sobre los componentes de eficacia personal que posibilitan el logro de objetivos, lo cual repercutiría finalmente sobre la autoestima del paciente. Además, una retroalimentación desde el mismo logro de objetivos y la autoestima iría ajustando progresivamente en el tiempo tanto los objetivos personales como el mantenimiento de la autoestima. En definitiva, todas las terapias aliviarían la baja autoestima porque, subyacentemente, sus MA habrían incidido, de modo más o menos deliberado, sobre diversos aspectos clave de competencia del paciente con posterior difusión de efectos. Ello potenciaría su eficacia en la consecución de metas individuales, favoreciendo con ello su autoestimación.

En general, el valor curativo de estos enfoques clínicos estibaría en que todos ellos mediante la transmisión de efectos terapéuticos originan una activación general del sistema de componentes de competencia y eficacia personales para el logro de objetivos con efectos sobre la autoestima. Su inconveniente, a nuestro juicio, sería una conexión laxa y quizás algo fortuita entre la competencia personal que impulsan y aquella eficacia necesaria para el cumplimiento de las metas del paciente. Tal desconexión mermaría su potencial terapéutico, ya que para que la autoestima se mantenga elevada la persona debe ir cumpliendo en el día a día sus metas personales. De hecho, el mismo concepto de autoestima justo ha ido evolucionado desde tener que *ser* de cierta forma, pasando por tener que *crear* o *hacer* algo, hasta tener que *lograr* unos objetivos.

Entre las limitaciones del presente estudio figura principalmente su parcialidad, tan sólo se ha revisado una selección de terapias. No se han examinado las diversas fuentes de información intervinientes en la validación del cambio personal perseguido –mientras que los experimentos conductuales se abren a una retroalimentación objetiva de resultados desde el ambiente, el carácter encubierto de las metacogniciones no trasciende la mente del paciente, ni tampoco se ha estudiado cuál fuente prevalecería en caso de discrepancia. Por lo demás, los MA se han examinado aquí de un modo demasiado sintético. Finalmente, el sistema de

componentes no deja de ser al presente una clasificación sistemática de conceptos.

En futuras investigaciones deberían subsanarse tales limitaciones. Por ejemplo, procedería realizar un estudio de carácter más analítico de los MA. Además, sería oportuno abordar dos cuestiones. En primer lugar, debería estudiarse la posibilidad de empezar la terapia para la baja autoestima desde los propios objetivos del paciente e ir luego ajustando progresivamente a partir de ahí todos los componentes de competencia oportunos para potenciar su eficacia individual en la consecución de sus particulares metas personales. Quizás para ello podría recurrirse a aplicaciones adaptadas de la terapia de resolución de problemas o, incluso, de algunas técnicas de inoculación del estrés ante eventuales fracasos. En segundo lugar, habría que desarrollar el sistema de componentes propuesto hacia una fase más teórica a través de la organización y formalización de sus relaciones en un modelo, y su posterior medición (Bunge, 2000, p.74).

## Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican los trabajos incluidos en la revisión

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior [Teoría de la conducta planificada]. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action [Fundamentos sociales de pensamiento y acción]*. Prentice-Hall.
- Bardach, L., Oczlon, S., Pietschnig, J. y Lüftenegger, M. (2020). Has Achievement Goal Theory Been Right? A Meta-Analysis of the Relation Between Goal Structures and Personal Achievement Goals [¿Ha sido correcta la teoría de las metas de logro? Un metaanálisis de la relación entre las estructuras de las metas y las metas de logro personal]. *Journal of Educational Psychology*, 112(6), 1197-1220. <https://doi.org/10.1037/edu0000419>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression [Terapia cognitiva de la depresión]*. The Guilford.
- Bergmann, U. (2010). EMDR's neurobiological mechanisms of action: A survey of 20 years of searching [Mecanismos de acción neurobiológicos de los EMDR: Una encuesta de 20 años de búsqueda]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 22-42. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.1.22>
- Bernard, L. (2016). The action–trait theory of motivation: A commentary on Roy F. Baumeister's 2014 address to the Society for the Study of Motivation [La teoría acción-rasgo de la motivación: un comentario sobre el discurso de 2014 de Roy F. Baumeister a la Sociedad para el Estudio de la Motivación]. *Motivation and Emotion*, 40, 22–26. <https://doi.org/10.1007/s11031-015-9537-3>
- Bouton, M. E., Mineka, S. y Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory on the etiology of panic disorder [Una teoría de aprendizaje moderno sobre la etiología del trastorno de pánico]. *Psychological Review*, 108(1), 4-32. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.108.1.4>
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica*. Siglo XXI.
- Cattell, R. B., Eber, H. W. Tatsuoka, M. M. (1980). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF) [Manual para el cuestionario de dieciséis factores de personalidad (16 PF)]*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action [Mindfulness y regulación emocional en depresión y ansiedad: mecanismos de acción comunes y distintivos]. *Depression and Anxiety*, 30(7), 654–661. <https://doi.org/10.1002/da.22124>
- Ellis, A. y Bernard, M. E. (1985). *What is rational-emotive therapy (RET)? Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy [¿Qué es la terapia racional-emotiva (TRE)? Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emocional]*. Springer.

- Ellis, A. (1996). *Better, deeper, and more enduring brief therapy* [Terapia breve mejor, más profunda y más duradera]. Brunner/Mazel.
- \*Fennell, M. (2004). Depression, low self-esteem, and mindfulness [Depresión, baja autoestima y mindfulness]. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1053–1067. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.002>
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research* [Creencia, actitud, intención y comportamiento: una introducción a la teoría y la investigación]. Addison-Wesley.
- Frese, M. y Zapf, D. (1994). Action as the core of work psychology: A German approach [La acción como núcleo de la psicología del trabajo: un enfoque alemán]. En H. C. Triandis, M. D. Dunnette y L. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 271-340). Consulting Psychologist.
- Hacker, W. (1985). Activity: A fruitful concept in industrial psychology [Actividad: un concepto fructífero en psicología industrial]. En M. Frese y J. Sabini (Eds.), *Goal directed behavior: The concept of action in psychology* (pp. 262-284). Erlbaum.
- \*Hall, P. L. y Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study [Tratamiento cognitivo-conductual para la baja autoestima en pacientes psicóticos: un estudio piloto]. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00013-X)
- Hayes, A. M. y Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression [Teoría de sistemas dinámicos como paradigma para el estudio del cambio en psicoterapia. Una aplicación de la terapia cognitiva para la depresión]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 939-947. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.6.939>
- Hayes-Skelton, S. A. y Roemer, L. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder [Una terapia conductual basada en la aceptación para individuos con trastorno de ansiedad generalizada]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 264-281. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.005>
- Ioannidis, J. P. A. (2015). Research and theories on the etiology of mental diseases: Doomed to failure? [Investigación y teorías sobre la etiología de las enfermedades mentales: ¿condenadas al fracaso?]. *Psychological Inquiry*, 26(3), 239–243. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1021188>
- \*Jacob, G. A., Gabriel, S., Roepke, S., Stoffers, J. M., Lieb, K. y Lammers, C-H. (2010). Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: A pilot study [Módulo de terapia grupal para mejorar la autoestima en pacientes con trastorno límite de la personalidad: un estudio piloto]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(3), 373-387. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.3.373>
- \*Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs* [La psicología de los constructos personales]. Norton (Trabajo original publicado en 1955).
- \*Kolubinski, D. C., Frings, D., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A. y Spada, M. M. (2018). A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem [Una revisión sistemática y metanálisis de intervenciones TCC basadas en el modelo de Fennell sobre la baja autoestima]. *Psychiatry Research*, 267, 296–305. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.025>
- \*Kolubinski, D. C., Marino, C., Nikčević, A. V. y Spada, M. M. (2019). A metacognitive model of self-esteem [Un modelo metacognitivo de la autoestima]. *Journal of Affective Disorders*, 256, 42–53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.050>
- \*Kolubinski, D. C., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A. y Spada, M. M. (2017). The metacognitions about self-critical rumination questionnaire [Las metacogniciones sobre el cuestionario de rumiaciones de autocrítica]. *Journal of Affective Disorders*, 220, 129–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.002>
- Kumara, H. y Kumar, V. (2016). Impact of cognitive behavior therapy on anxiety and depression in adolescent students [Impacto de la terapia cognitiva conductual sobre la ansiedad y depresión en estudiantes adolescentes]. *Journal of Psychosocial Research*, 11(1), 77-85.
- Lado, M. y Alonso, P. (2017). The Five-Factor model and job performance in low complexity jobs: A quantitative synthesis [El modelo de cinco factores y el desempeño laboral en trabajos de baja complejidad: una síntesis cuantitativa]. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(3), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2017.07.004>
- Leahey, Th. H. (1992). The mythical revolutions of American psychology [Revoluciones míticas de la psicología americana]. *American Psychologist*, 47(2), 308-318.
- Lindsay, J. E. y Scott, W. D. (2005). Dysphoria and self-esteem following an achievement event: Predictive validity of goal orientation and personality style theories of vulnerability [Disforia y autoestima después de un evento de logro: validez predictiva de la orientación a objetivos y las teorías de vulnerabilidad del estilo personal]. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 769–785. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9637-6>

- Locke, E. A. (1969). Purpose without consciousness: A contradiction [Propósito sin conciencia: Una contradicción]. *Psychological Reports*, 25(3), 991–1009. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1969.25.3.991>
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality* [Motivación y personalidad]. Harper & Row.
- Maxfield, L. (2008). Considering mechanisms of action in EMDR [Considerando los mecanismos de acción en EMDR]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 234-238. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.234>
- \*McManus, F., Waite, P. y Shafraan, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example [Terapia cognitivo-conductual para la baja autoestima: un ejemplo de caso]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 266–275. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.007>
- Morales, C., Masuda, A. D. y Holtschlag, C. (2019). The Why and How of entrepreneurial action: An integrative model based on individual values and action theory [El porqué y el cómo de la acción emprendedora: un modelo integrativo basado en los valores individuales y la teoría de acción]. *The Spanish Journal of Psychology*, 22(e58), 1–11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.62>
- \*Pack, S. y Condren, E. (2014). An evaluation of group cognitive behaviour therapy for low self-esteem in primary care [Una evaluación de un grupo de terapia cognitivo conductual para la baja autoestima en atención primaria]. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7(7), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S1754470X14000051>
- Pagani, M. y Carletto, S. (2017). A hypothetical mechanism of action of EMDR: the role of slow wave sleep [Un hipotético mecanismo de acción de EMDR: el papel del sueño de ondas lentas]. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(5), 301-305.
- \*Parker, Th. J., Page, A. C. y Hooke, G. R. (2013). The influence of individual, group, and relative self-esteem on outcome for patients undergoing group cognitive-behavioural therapy treatment [La influencia de la autoestima individual, grupal y relativa en el resultado de los pacientes que se someten a un tratamiento grupal de terapia cognitivo-conductual]. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 450–463. <https://doi.org/10.1111/bjc.12029>
- \*Pervin, L. A (1975). *Personality: Theory, assessment, and research* [Personalidad: Teoría, evaluación e investigación]. John Wiley.
- Plaks, J. E. y Robinson, J. S. (2017). Proximal and distal intent: Toward a new folk theory of intentional action [Intención proximal y distal: hacia una nueva teoría popular de acción intencional]. *Review of General Psychology*, 21(3), 242–254. <https://doi.org/10.1037%2Fgpr0000122>
- Poropat, A. E. (2009). A Meta-Analysis of the five-factor model of personality and academic performance [Un metaanálisis del modelo de cinco factores de personalidad y rendimiento académico]. *Psychological Bulletin*, 135(2), 322-338. <https://doi.org/10.1037/a0014996>
- Rodrigues, N. y Rebelo, T. (2018). Predicting innovative performance through proactive personality: Examining its criterion validity and incremental validity over the five-factor model [Predicción del desempeño innovador a través de la personalidad proactiva: examen de su validez de criterio y validez incremental sobre el modelo de cinco factores]. *International Journal of Selection and Assessment*, 27(1), 1-8. <https://doi.org/10.1111/ijisa.12232>
- \*Roghanchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. Ch., Momeni, K. M. y Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience [El efecto de la integración de la terapia racional emotiva conductual y la arteterapia en la autoestima y la resiliencia]. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.006>
- Soral, W. y Kofta, M. (2020). Differential effects of competence and morality on self-esteem at the individual and the collective level [Efectos diferenciales de la competencia y moralidad sobre la autoestima a nivel individual y colectivo]. *Social Psychology*, 51(3), 183–198. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000410>
- Steiger, A. E., Fend, H. A. y Allemand, M. (2015). Testing the Vulnerability and Scar Models of Self-Esteem and Depressive Symptoms from Adolescence to Middle Adulthood and Across Generations [Prueba de los modelos de vulnerabilidad y cicatrices de la autoestima y los síntomas depresivos desde la adolescencia hacia la adultez media y a través de las generaciones]. *Developmental Psychology*, 51(2), 236–247. <https://doi.org/10.5167/uzh-104889>
- Taylor, T. L. y Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review [¿Puede la terapia cognitivo-conductual incrementar la autoestima en adolescentes deprimidos? Una revisión sistemática]. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 823–839. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.01.010>
- \*Waite, P., McManus, F. y Shafraan, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting [Terapia cognitivo-conductual para la baja autoestima: un ensayo controlado aleatorio preliminar en un entorno de atención primaria]. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat*, 43(4), 1049-1057. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006>

- Walczyk, J. J., Harris, L. L., Duck, T. K. y Mulay, D. (2014). A social-cognitive framework for understanding serious lies: Activation-decision-construction-action theory [Un marco socio-cognitivo para comprender mentiras serias: teoría de la activación-decisión-construcción-acción]. *New Ideas in Psychology*, 34, 22–36. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2014.03.001>
- \*Wanders, F., Serra, M. y de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial [EMDR versus CBT para niños con problemas de autoestima y de comportamiento: Un ensayo clínico aleatorio controlado]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180-189. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Weeb, Th. L. y Sheeran, P. (2005). Integrating concepts from goal theories to understand the achievement of personal goals [Integrar conceptos de las teorías de metas para comprender el logro de las metas personales]. *European Journal of Social Psychology*, 35(1), 69-96. <https://doi.org/10.1002/ejsp.233>
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition. Innovative cognitive therapy [Trastornos emocionales y metacognición. Terapia cognitiva innovadora]*. John Willey & Sons.
- \*Whelan, A., Haywood, P. y Galloway, S. (2007). Low self-esteem: group cognitive behaviour therapy [La baja autoestima: terapia cognitivo-conductual grupal]. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 125–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2007.00418.x>

# EVALUACIÓN EN PSICOTERAPIA: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ARGENTINA DE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE RESULTADOS Y LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE SESIONES

## PSYCHOTHERAPY ASSESSMENT: PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF DE ARGENTINEAN VERSION OF THE OUTCOME RATING SCALE AND SESSION RATING SCALE

**Pablo Rafael Santangelo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5515-2923>

Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina  
CAPsi, Centro de Asistencia Psicológica Mar del Plata  
Fundación Aiglé

**Karina Conde**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1913-8328>

Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT),  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).  
Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina

**Helga Schupp**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3487-5134>

Universidad Nacional de Mar del Plata  
CAPsi, Centro de Asistencia Psicológica Mar del Plata. Argentina

**Natalia Paoloni**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1112-3052>

Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Santangelo, P. R., Conde, K., Schupp, H. y Paoloni, N. (2021). Evaluación en psicoterapia: Propiedades psicométricas de la versión Argentina de la Escala de Calificación de Resultados y la Escala de Calificación de Sesiones. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 165-180. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.503>



## Resumen

*Los instrumentos que ponderan alianza terapéutica y resultados en psicoterapia son esenciales, ya que los profesionales tienden a presentar sesgos de juicio en sus evaluaciones. Sin embargo, en muchos países de habla hispana son escasos. En este estudio, se evaluó la Escala de calificación de resultados (ORS por sus siglas en inglés) y la Escala de calificación de sesiones (SRS 3.0 por sus siglas en inglés) en el contexto argentino. Las dos escalas, breves, contienen ítems que se responden usando una escala visual analógica de 10 centímetros, la ORS evalúa el progreso del paciente y la SRS la alianza terapéutica. Método: Se contó con una muestra clínica de  $n = 167$  pacientes. Las escalas fueron aplicadas en cuatro momentos del proceso psicoterapéutico. Se analizó las puntuaciones de la ORS según sexo y edad, y se evaluó el Índice de Cambio Confiable (ICC). Se estimó la fiabilidad y validez concurrente en ambas escalas y la validez predictiva en SRS 3.0. Resultados: No se encontraron diferencias de sexo ni de edad en la ORS, con un ICC = 5.61. La consistencia interna fue mayor a  $\alpha = .80$  en las dos escalas, la correlación test-retest fue moderada-alta y se encontró evidencia de validez concurrente. Las características que la ORS y la SRS 3.0 presentan para el contexto argentino parecen ser similares a las escalas originales, incluida el ICC, presentando potencial para aplicarse a nivel práctico.*

Palabras claves: psicoterapia, ORS, SRS 3.0, psicometría, Argentina.

## Abstract

*Instruments that assess therapeutic alliance and the psychotherapy results are essential since professionals tend to present judgment biases in their evaluations. However, in many Spanish-speaking countries, they are rare. In this study, we evaluated the psychometric properties of the Outcome Rating Scale (ORS) and Session Rating Scale (SRS 3.0) in the Argentine context. Both brief scales have ten items with analog responses. The ORS assesses the patient's progress, and the SRS 3.0 the therapeutic alliance. Method: In a clinical sample of  $n = 167$  patients, we applied the scales in four moments of psychotherapy. We analyzed the ORS scores according to gender and age, and we evaluated the Reliable Change Index (RCI). We estimated the reliability and concurrent validity in both scales and predictive validity in SRS. Results: No sex or age differences were found in the ORS scale, with an RCI = 5.61. The internal consistency was higher than  $\alpha = .80$  in the scales, and the test-retest correlation was moderate-high. We found evidence of concurrent validity. Discussion: The characteristics that the ORS and the SRS 3.0 present for the Argentine context seem to be similar to the original scales, including the RCI and could be applied at a practical level.*

Keywords: psychotherapy, ORS, SRS 3.0, psychometry, Argentina.

Es frecuente que los resultados de los procesos psicoterapéuticos se evalúen según el juicio de los profesionales. Sin embargo, los estudios indican que los terapeutas tienden a sobreestimar las tasas de mejora en sus pacientes y subestimar las tasas de deterioro (Chapman et al., 2012; Walfish et al., 2012). Por ello, se han creado distintos sistemas para evaluar de manera sistemática y objetiva al proceso terapéutico.

El Sistema de Monitoreo Rutinario de Resultados (ROM, por sus siglas en inglés) ha surgido como un método para abordar los problemas de terminación prematura, deterioro y falta de mejora en los pacientes (Miller et al., 2013; Lambert, 2015). Dentro de las distintas alternativas del ROM, el Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) fue el primero que se implementó como sistema de feedback (Lambert et al., 2001). Otra de las alternativas ROM es el Sistema de Gestión de Resultados Socios para el Cambio (PCOMS, por sus siglas en inglés), un programa de retroalimentación para mejorar la efectividad de la psicoterapia en adultos y niños. El PCOMS fue diseñado para disminuir la terminación prematura en psicoterapia y para facilitar el logro de cambios confiables y clínicamente significativos. Está compuesto por dos escalas breves y globales, que se administran todas las sesiones evaluando predictores del éxito terapéutico, la ORS, que evalúa el progreso terapéutico del paciente (a través de las calificaciones del funcionamiento psicológico y el malestar) y el beneficio percibido en el tratamiento por parte del paciente; y la SRS 3.0, que evalúa la percepción del paciente respecto a la alianza (es decir, la calidad del vínculo y si comparten objetivos y medios entre paciente y psicoterapeuta). El psicoterapeuta administra el ORS al comienzo de la sesión de tratamiento, y el SRS 3.0 se administra hacia el final. Las puntuaciones de los pacientes para ambas medidas se analizan sesión por sesión para mantener su participación en el tratamiento, optimizar la alianza terapéutica y proporcionar un medio para que el paciente transmita sus preocupaciones. Si las calificaciones de los pacientes son muy bajas, el terapeuta puede optar por modificar el tipo y la intensidad del tratamiento (SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices, 2015). En este sentido, la utilización de las escalas ORS y el SRS favorece el diálogo, proporcionando al terapeuta información para luego profundizar sobre los temas que identifica el paciente (Bargmann y Robinson, 2012).

Específicamente la ORS permite una medida global del bienestar psicológico definido por cuatro áreas de funcionamiento: individual, interpersonal, social y general (Boswell et al., 2015), basados en las subescalas del OQ-45 (Chapman et al., 2017; Lambert et al., 1996). La SRS 3.0 es un instrumento que evalúa alianza terapéutica, creado con fines clínicos (Duncan et al., 2003). Tres de las dimensiones de la SRS 3.0 se basan en la conceptualización de la alianza de Bordin (1979), que incluyen la calidad del vínculo terapéutico, el acuerdo entre terapeuta y paciente de los objetivos y tareas a desarrollar; y una cuarta dimensión, que surge de los estudios de Hatcher y Barends (1996) evalúa como se sintió el paciente en la sesión en un sentido general.

Las dos escalas están diseñadas y normadas para adultos, adolescentes y niños (Bargmann y Robinson, 2012), han sido adaptadas a distintos contextos (Biescad y Timulak, 2014; Cazauvieilh et al., 2020; Hafkenscheid et al., 2010; Janse et al., 2014; Moggia et al., 2018) y aplicadas a distintas poblaciones (Campbell y Hemsley, 2009; Bringhurst et al., 2006; DeSantis et al., 2017). Se ha demostrado que el ORS es sensible al cambio entre quienes reciben atención (Bargmann y Robinson, 2012). Numerosos estudios han documentado validez concurrente, discriminativa, relacionada con criterios y predictiva, confiabilidad test-retest y confiabilidad de consistencia interna (Anker et al., 2009; Campbell y Hemsley, 2009; Miller et al., 2006; Reese et al., 2010).

En síntesis, la información de escalas como la ORS y SRS 3.0 permite al psicoterapeuta hacer ajustes necesarios que beneficien el tratamiento como por ejemplo, intentar mejoras en la alianza terapéutica, en las intervenciones o intensidad del tratamiento, como también evaluar la posibilidad de una derivación en la medida que los cambios esperados no aparezcan. A estos beneficios se suman la brevedad y las propiedades psicométricas sólidas que han presentado en otros contextos, incluso en países de habla hispana con otra especificidad de dialecto (Moggia et al., 2018, 2020). Sin embargo, en Argentina no contamos con instrumentos breves validados que evalúen específicamente los resultados de tratamientos y la alianza terapéutica de una manera breve (Paz et al., 2021) y que puedan ser usados rutinariamente en el contexto clínico diario, los instrumentos con los que contamos son más extensos y se han creado con fines de investigación provocando que los psicoterapeutas sean reticentes a usarlos de manera rutinaria. Asimismo, estas escalas breves presentan características que las tornan flexibles a las diferentes realidades socio-económicas que atraviesan los países latinoamericanos (Paz et al., 2021).

Por ello, el objetivo de este trabajo es determinar las propiedades psicométricas del ORS y SRS 3.0 en el contexto argentino.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 167 personas pertenecientes a dos grupos de tratamiento. Uno de ellos ( $n = 128$ ), recibía atención en el marco del Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia, de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. El tratamiento que se brinda está basado en la evidencia (Santangelo, 2020) es gratuito y es para mayores de 18 años sin cobertura médica. El otro grupo de pacientes ( $n = 39$ ) recibía atención privada, eran mayores de 18 años, pero el nivel socioeconómico fue más alto que el grupo anterior. Los criterios de exclusión, en adición a ser menores de 18 años, fueron tener algún trastorno severo como esquizofrenia, trastorno alimentario o consumo problemático de sustancias psicoactivas. Ninguno de los participantes se negó a responder los instrumentos. La edad de los pacientes osciló entre 18 y 74 años, con

una media de  $M(DE) = 31.46$  (11.77), 59% mujeres. Recibieron un promedio de 11.97,  $DE = 9.43$  sesiones, y los problemas clínicos por los que consultaron fueron muy variados. Los más preponderantes, en orden de frecuencia, fueron: conflictos interpersonales (20%), desarrollo personal (16%), ansiedad (15%), depresión (14%), derivación judicial (8%), y desarrollo de habilidades personales (4%). Los motivos de finalización del tratamiento, que derivaron en la mortalidad de la muestra, más frecuentes fueron: mudanza (20%), derivación a otro dispositivo (16%), abandono sin aviso (15%) y abandono con aviso (14%).

Los psicoterapeutas, 9 mujeres y 2 varones, no tenían más de 3 años de recibidos, con un promedio de edad de 28 años, 4 contaban con un año de experiencia en el ejercicio de la psicoterapia y 7 sin experiencia alguna. Tuvieron una formación de grado mayoritariamente psicoanalítica, pero muchos tomaron cursos de postgrado con orientación cognitiva y orientación sistémica antes de comenzar a trabajar en el proyecto de investigación. Todos los terapeutas formaban parte del Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia donde la psicoterapia que se enseña y se ejerce es una psicoterapia basada en la evidencia (Santangelo, 2020). Son los mismos psicoterapeutas que atienden en el programa y de manera privada, la diferencia es que los terapeutas que atendían pacientes pertenecientes al programa recibían supervisión vertical semanal. Los pacientes de los terapeutas que atendían de manera privada no eran supervisados semanalmente, ni de manera vertical. La media de pacientes atendidos por cada terapeuta fue de 5.93 ( $DE = 6.55$ ).

## Instrumentos

**Escala de Calificación de Resultados (ORS).** La ORS es una escala breve que evalúa el progreso del paciente de manera global a partir de cuatro áreas de funcionamiento: individual, interpersonal, social y general. Los ítems se responden a través de una escala visual analógica de 10 centímetros., donde el paciente tiene que colocar sólo una cruz o una marca en una línea de 10 centímetros para decir cuan mal o bien está en cada área. Cuanto más cerca del extremo izquierdo esta la marca representa mayor malestar. Brinda puntaje en cada área de 0 a 10 y un puntaje total a partir de su promedio. El estudio original se realizó en EE.UU, en idioma inglés, la muestra estuvo compuesta por una población clínica ( $n = 435$ ) mayores de 18 años y por población no clínica ( $n = 86$ ), entre 22 y 65 años; y género, nivel socioeconómico y étnico fueron mixtos. La consistencia interna fue de  $\alpha = .93$ , y la validez concurrente entre las puntuaciones totales del ORS y OQ-45.2 fue de  $r = .59$  (Miller et al., 2003).

**Escala de Calificación de Sesiones (SRS 3.0).** La SRS 3.0 es un instrumento breve que evalúa la alianza terapéutica de manera global a partir de cuatro dimensiones: relación, objetivos y temas, enfoque o método y en general. Los ítems se responden a través de una escala visual analógica de 10 centímetros., donde el paciente tiene que colocar sólo una cruz o una marca en una línea de 10 centímetros para decir como ha sido su experiencia en la sesión. Cuanto más cerca del extremo

izquierdo esta la marca representa mayor disconformidad. Brinda puntaje en cada área de 0 a 10 y un puntaje total a partir de su promedio. El estudio original se realizó en EE.UU, en idioma inglés, la muestra estuvo compuesta por tres grupos seleccionados de distintas agencias de salud y programas de intervención. Grupo uno ( $n = 81$ ), con un rango de edad entre 18 y 74 años. Grupo dos ( $n = 100$ ), las edades oscilaron entre 18 y 83 años. Grupo tres ( $n = 156$ ), no se especifica la edad. La consistencia interna fue de  $\alpha = .88$ , la confiabilidad test-retest fue de  $.64$  y la validez concurrente entre las puntuaciones totales del SRS y la HAQ II fue de  $r = .48$  (Duncan et al., 2003).

Una vez obtenido el permiso correspondiente para la traducción la ORS y SRS 3.0 fueron adaptadas siguiendo las Normas de la Comisión Internacional de Tests (Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico, 2000) y el método de traducción inversa a fin de generar dos versiones que se correspondan con el idioma local y los estilos lingüísticos propios del contexto en el que se aplicó. Las escalas traducidas fueron sometidas a examen y juicio crítico de un grupo de investigación conformado por psicólogos y un especialista en la construcción de instrumentos de evaluación psicológica; quienes estuvieron de acuerdo con la traducción, la cual no presentó modificaciones de la escala original. Por último, con el fin de evaluar el nivel de comprensión de los ítems, se realizó una prueba piloto con 10 psicólogos y durante la prueba se dio la posibilidad de realizar comentarios respecto de la versión traducida del ORS y SRS. Las escalas están publicadas en el sitio web de Scott D. Miller, <https://www.scottdmiller.com>.

**Cuestionario de Resultados (OQ-45.2).** El cuestionario OQ-45 fue diseñado específicamente para la evaluación de resultados y el monitoreo del progreso de los pacientes en psicoterapia. Es una prueba autoadministrable, de 45 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos. Cuenta con tres subescalas: 1) Síntomas: (Symptom Distress, SD), que identifica los desórdenes mentales prevalentes en la población que requiere asistencia psicoterapéutica; 2) Relaciones Interpersonales (Interpersonal Relations, IR), que incluye ítems que evalúa tanto satisfacción como problemas en las relaciones interpersonales; 3) Rol Social (Social Role, SR), evalúa el grado de insatisfacción, conflictos ligados a las tareas relacionadas con el área laboral y el tiempo libre. Para cada una de estas dimensiones se obtiene un puntaje a modo de subescala y además el cuestionario brinda un puntaje total que evalúa el funcionamiento global del paciente. El nivel de correlación test re-test para la población general es  $r = .864$ , y la consistencia interna es de  $\alpha = .923$ . El estudio de validez concurrente indica un elevado nivel de correlación con el SCL-90-R y el Inventario de problemas interpersonales (IIP) y gran correspondencia con los estudios de la versión original (Maristany y Fernández-Álvarez, 2010). En este estudio se utilizó la versión validada en Chile por Von Bergen y De la Parra (2002).

**Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente (WAI - SR - A).** Es la adaptación argentina de la versión abreviada del inventario de alianza de trabajo (WAI, Hatcher y Gillaspy, 2006), construido a partir de la definición de

Alianza terapéutica de Bordin (1979). Está compuesto por 12 ítems distribuidos en tres sub-escalas: vínculo, tarea y objetivos. Con una escala tipo Likert de 7 puntos. La consistencia interna en el estudio original en la escala total fue de  $\alpha = .91$ , de la sub-escala vínculo  $\alpha = .90$ , de la sub-escala tareas  $\alpha = .87$  y de la sub-escala objetivos  $\alpha = .87$ . En el estudio realizado en Argentina del cual se extrae la versión utilizada (Gómez Penedo et al., 2015) la consistencia interna de la escala total fue de  $\alpha = .89$ , de la sub-escala vínculo  $\alpha = .77$ , de la sub-escala tareas  $\alpha = .84$  y de la sub-escala objetivos  $\alpha = .67$ .

### Procedimiento

Se realizaron cuatro evaluaciones, de aproximadamente 10 minutos cada una: al inicio del tratamiento (S1,  $n = 167$ ), en la tercera sesión (S3,  $n = 92$ ), en la octava sesión (S8,  $n = 50$ ) y en la sesión final (SF,  $n = 33$ ). La pérdida de la muestra en las sucesivas administraciones corresponde a terminaciones prematuras de tratamiento, definidas como la terminación del tratamiento unilateralmente por parte del paciente (con o sin aviso) o a la conclusión de objetivos, es decir, cierre de tratamiento por logro de los mismos. Se les entregó información general sobre el estudio y datos de contacto de los investigadores. Se obtuvo consentimiento informado escrito, lo que no era un requisito para recibir el tratamiento. La investigación contó con el aval del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Todos los sujetos participaron voluntariamente y no recibieron ningún tipo de compensación. Se resguardó el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

### Análisis de los Datos

Los análisis preliminares incluyeron la determinación del tipo de distribución de los datos. Con excepción de la escala Rol Social, tanto para el ORS como para el OQ-45.2 las distribuciones fueron normales, prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)  $>.05$ . Lo opuesto sucedió para la SRS 3.0 y la WAI, cuyas distribuciones no resultaron paramétricas (K-S  $<.05$ ).

Dado que se evaluaron dos escalas analógicas de una escasa cantidad de ítems, el procedimiento de validación incluyó las medidas que se detallan a continuación, adaptando el procedimiento de Miller y Duncan (2003). En primer lugar, se compararon los puntajes del ORS para la S1 y SRS para S3 según el género y la edad. Para estos análisis se utilizó una prueba  $t$  bilateral para muestras independientes (género) y una correlación producto momento de Pearson (edad). Luego estimó la consistencia interna de ORS y SRS 3.0 mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Posteriormente, se estableció la validez concurrente de ambas escalas y el OQ-45.2 y la WAI respectivamente, mediante correlaciones bivariadas (Pearson o Spearman según distribución).

La correlación test-retest entre S1 y S3, S3 y S8, y S8 y SF se evaluó mediante correlaciones bivariadas (Pearson o Spearman). Asimismo, es esperable que el

instrumento sea capaz de estimar la mejoría de los pacientes. Se estimó entonces la sensibilidad al cambio, estableciendo diferencias entre S1 y SF (comparación pre y post-test, prueba  $t$  bilateral para muestras independientes). Para determinar el Índice de Cambio Confiable (ICC) entre el pre-test (S1) y post-test (S8) se utilizó la fórmula de Jacobson y Truax (1991). El ICC indica el cambio que es mayor que el producto de la casualidad, el error o la maduración del paciente, siendo de 6 en la versión original. El cambio que excede el ICC y cruza el corte clínico (25 en el estudio original) se considera clínicamente significativo (Miller et al., 2003).

Existen evidencias de que la calidad de la relación terapéutica influencia el resultado de los tratamientos (Flückiger et al., 2019). Por ello, se evaluó la validez predictiva de la SRS 3.0 mediante regresiones lineales entre la S3 y S8, y el puntaje total de SF del OQ-45.2.

Para los análisis se utilizó el SPSS versión 15, y para el cálculo del ICC se utilizó la aplicación de Morley y Dowzer (2014).

## Resultados

### Escala de Calificación de Resultados

**Puntajes normativos.** La media del puntaje total fue de 22.06,  $DE = 9.88$ , de la escala Individual 4.96,  $DE = 2.59$ , Interpersonal 5.66,  $DE = 2.63$ , Rol Social 5.97,  $DE = 4.31$ , General 4.49,  $DE = 2.66$ . No se hallaron diferencias respecto del género (mujeres:  $n = 94$ ,  $M(DE) = 21.99$  (10.53), varones:  $n = 67$ ,  $M(DE) = 21.99$  (8.86),  $t(159) = -.004$ ,  $p = .997$ ,  $d = .01$  IC95% [-.31, .31]), ni relación entre los puntajes y la edad de los pacientes ( $r = .09$ ,  $p > .05$ ).

**Índice Cambio Confiable.** El ICC se estableció en 5.61, lo cual significa que los pacientes deben alcanzar al menos una mejoría de 5.61 puntos para que se trate de un cambio significativo.

**Fiabilidad.** La fiabilidad de la escala fue aceptable, encontrando una consistencia interna en S1 de  $\alpha = .8$ , en S3 de  $\alpha = .89$ , en S8 de  $\alpha = .88$  y en SF de  $\alpha = .92$ . La correlación test-retest entre S1 y S3 fue moderada y significativa ( $r = .55$ ,  $p < .001$ ), y lo mismo ocurrió entre la S3 y la S8 ( $r = .51$ ,  $p < .001$ ), y la S8 y SF ( $r = .69$ ,  $p < .001$ ).

**Validez Concurrente.** La correlación entre los totales de la ORS y el OQ-45.2 para cada administración fue moderadamente fuerte en todas las administraciones (tabla 1). Los coeficientes fueron negativos debido a que menores puntajes en el OQ-45.2 indican mayor bienestar, y lo opuesto ocurre en la ORS. Los coeficientes de correlación entre las dimensiones y los totales de la ORS y el OQ-45.2 fueron en general altos (tabla 2).

Tabla 1  
Coeficientes de correlación entre la ORS y el OQ-45, muestra clínica, Argentina, 2019

1 <sup>era</sup> Sesión (n=162)	3 <sup>era</sup> Sesión (n=91)	8 <sup>ava</sup> Sesión (n=50)	Sesión Final (n=32)
-.64**	-.66**	-.77**	-.71**

Nota: r de Pearson; \*\*  $p < .01$ ; ORS= Outcome Rating Scale. OQ= Outcome Questionnaire.

Tabla 2  
Coeficientes de correlación entre los totales y las dimensiones del ORS y el OQ-45, 1<sup>era</sup> sesión, muestra clínica (n = 167), Argentina, 2019

	OQ-45 Malestar Subjetivo <sup>a</sup>	OQ-45 Interpersonal <sup>a</sup>	OQ-45 Rol Social <sup>b</sup>	OQ-45 Total <sup>a</sup>
ORS Individual <sup>a</sup>	-.53**	-.46**	-.39**	-.55**
ORS Interpersonal <sup>a</sup>	-.48**	-.54**	-.34**	-.53**
ORS Rol Social <sup>b</sup>	-.52**	-.51**	-.49**	-.57**
ORS General <sup>a</sup>	-.61**	-.56**	-.49**	-.65**
ORS Total <sup>a</sup>	-.60**	-.58**	-.50**	-.64**

Nota: <sup>a</sup> r de Pearson; <sup>b</sup> rho de Spearman; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; ORS= Outcome Rating Scale; OQ= Outcome Questionnaire.

**Sensibilidad al cambio.** Por último, se hallaron diferencias significativas entre el pre-test (S1,  $M(DE) = 22.94 (9.19)$  y el post-test (SF,  $M(DE) = 26.19 (8.07)$ ,  $t(198) = -4.53$ ,  $p = .042$ ,  $d = -.37$ , IC95% [-.69, -.04]), indicando que la prueba es capaz de detectar cambios a lo largo del tiempo.

### Escala de Calificación de Sesiones

**Puntajes normativos.** No se hallaron diferencias respecto del género (mujeres:  $n = 52$ ,  $M(DE) = 36.77(3.91)$ , varones:  $n = 36$ ,  $M(DE) = 36.87(4.40)$ ,  $t(86) = -.11$ ,  $p = .913$ ,  $d = -.02$  IC95% [-.45, .40]), y tampoco asociación entre los puntajes y la edad de los pacientes ( $\rho = .09$ ,  $p > .05$ ). La tabla 3 presenta los datos normativos de la escala, siendo en general los puntajes estables en las distintas administraciones.

Tabla 3  
Puntajes totales de la SRS para una muestra clínica, Argentina, 2019

	S1 (n=90)		S8 (n=50)		SF (n=28)	
	M(DE)	IC95%	M(DE)	IC95%	M(DE)	IC95%
Relación	9.36(.91)	9.15, 9.54	9.17(1.61)	8.65, 9.57	9.15(1.02)	8.75, 9.49
Objetivos	9.19(1.13)	8.93, 9.41	9.14(1.65)	8.61, 9.53	8.94(1.41)	8.38, 9.37
Enfoque	9.22(1.11)	8.97, 9.44	9.26(1.58)	8.74, 9.62	9.21(.94)	8.84, 9.54
General	9.06(1.38)	8.74, 9.32	8.81(2.14)	8.17, 9.32	9.15(1.08)	8.69, 9.51
Total	36.83(4.06)	35.93, 37.6	36.37(6.51)	34.34, 37.9	36.40(4.13)	34.79, 37.8

Nota: SRS 3.0= Session Rating Scale.

**Fiabilidad.** La fiabilidad de la escala presentó resultados óptimos, encontrando una consistencia interna en S3 de  $\alpha = .91$ , en S8 de  $\alpha = .94$  y en SF de  $\alpha = .93$ . La correlación test-retest fue alta ( $\rho = .71, p < .001$ ) entre la S3 y la S8, y no significativa entre la S8 y SF ( $\rho = .39, p = .07$ ).

**Validez Concurrente.** La correlación entre los totales de la SRS 3.0 y la WAI para cada administración fue moderada a fuerte en todas las administraciones, (S3,  $\rho = .48, p < .001$ ; S8,  $\rho = .67, p < .001$ ; SF,  $\rho = .59, p < .001$ ). Los coeficientes de correlación entre las dimensiones y los totales de ambas escalas en S3 fueron entre moderados y bajos en general, y todos significativos (tabla 4).

Tabla 4

*Coefficientes de correlación entre los totales y las dimensiones de la SRS 3.0 y WAI, 1<sup>era</sup> Sesión, muestra clínica (n=167), Argentina, 2019*

	WAI Objetivos	WAI TAREA	WAI VINCULO	WAI TOTAL
Relación	.29**	.32**	.42**	.33**
Objetivos	.32**	.54**	.44**	.39**
Enfoque	.42**	.56**	.48**	.46**
General	.36**	.50**	.43**	.39**
Total	.45**	.55**	.50**	.48**

*Nota:* rho de Spearman; \*\* $p < .01$ ; SRS 3.0= Session Rating Scale; WAI-SR-A= Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente.

**Validez Predictiva.** No se hallaron evidencias de validez predictiva de la escala, siendo los resultados de la regresión entre la SRS 3.0 S3 y el OQ-45.2 SF  $F_{(1,29)} = 2.51, p = .124, R^2 = .08$ , y SRS 3.0 S8 y el OQ-45.2 SF  $F_{(1,24)} = .03, p = .862, R^2 = .001$ .

## Discusión

El objetivo general del trabajo fue adaptar las escalas ORS (Miller et al., 2003) y SRS 3.0 (Duncan et al., 2003), y proporcionar evidencias sobre el desempeño psicométrico de las mismas, siendo el primer estudio realizado en Argentina. Aunque no se puede esperar que medidas tan breves logren la misma precisión o profundidad de información que una medida más extensa como el OQ-45.2 y la WAI-SR-A en lo que refiere a la validez de constructo (Ziegler et al., 2014), este estudio encontró que ambas escalas tienen una validez adecuada, una confiabilidad sólida dada por su consistencia interna y correlación test-retest altas, y una alta factibilidad, por lo cual es recomendable su aplicación.

No se hallaron diferencias respecto del género, ni relación entre los puntajes y la edad de los pacientes, algo deseable en este tipo de medidas. Los puntajes en la primera administración en esta muestra fueron levemente inferiores a los reportados en una muestra española (Moggia et al., 2018) y similares a otros estudios (Biescad y Timulak, 2014; Cazauvieilh et al., 2020; Hafkenscheid et al., 2010).

El ICC, en el estudio original, fue de 6 y de 5.61 en el presente trabajo. Teniendo

en cuenta la clasificación de Jacobson y Truax (1991) los pacientes que están en tratamiento y que aumentan más de 5.61 su puntaje estarán *recuperados*. El ICC permite además establecer quienes no mejoran y quienes se deterioran.

La consistencia interna fue alta, considerando la cantidad de ítems, algo que se ha observado también en la literatura (Hafkenscheid et al., 2010; Janse et al., 2014; Miller et al., 2003; Moggia et al., 2018; Murphy et al., 2020). La correlación test-retest entre las administraciones S1/S3, S3/S8 y S8/SF fueron moderadas y significativas. Comparadas con el estudio realizado en España (Moggia et al., 2018) fueron menores. Una razón puede ser la diferencia en el tiempo de administración. Ya que en el estudio español las correlaciones fueron entre las sesiones 1-2 (.61); 2-3 (.77) y 3-4 (.84). Es decir, en el presente estudio al estar más espaciadas las sesiones se espera menor correlación entre ellas. Cabe tener en cuenta que al ser mediciones de personas que están en proceso psicoterapéutico, son personas que están cambiando, por lo tanto, no son mediciones test/re-test del todo fiables. Respecto a la validez, la correlación entre los totales del ORS y el OQ-45 para la primera administración fueron moderadas-altas, siendo similares o más altas que en otros estudios (Janse et al., 2014; Miller et al., 2003).

Los coeficientes de correlación entre los ítems y los totales del ORS y el OQ-45.2 fueron en general altos, con excepción de la dimensión Rol Social del OQ-45.2 y las dimensiones interpersonal e individual del ORS. Los ítems del ORS correlacionaron más con las puntuaciones totales del OQ-45.2 que con las subescalas del instrumento, similar al estudio original (Miller et al., 2003). En este sentido es aconsejable, al ser un instrumento de cuatro ítems, que la escala sea usada de manera global y no en función de las subescalas (Miller et al., 2003). La correlación general entre las puntuaciones totales de ORS y OQ-45.2 es mayor que en el estudio original, indicando presencia de validez concurrente. La brevedad del ORS sumado a su estructura analógica, pueden ser responsables de que los índices de correlación sean en ocasiones bajos (Miller et al., 2003). Sin embargo, la correlación es aceptable, y proporciona evidencia de que el ORS es una alternativa para evaluar de manera global el malestar subjetivo, con puntuaciones similares a la escala completa del OQ-45.2. Por último, se hallaron diferencias significativas entre el pre-test y el post-test, indicando que la prueba presentó sensibilidad al cambio como en otros estudios (Biescad y Timulak, 2014; Miller et al., 2003).

La confiabilidad de la SRS 3.0 fue óptima en las distintas administraciones siendo mayor que en el estudio original, igual en la tercera sesión que el estudio realizado en España (Moggia et al., 2020) y similar a otras investigaciones (Campbell y Hemsley, 2009; Fisher et al., 2016; Kuhlman et al., 2013; Mikeal et al., 2016; Owen et al., 2014). La correlación test-retest entre la S3 y S8 fue alta, siendo mayor al estudio original y a la encontrada entre la primera y segunda sesión (Reese et al., 2009). Sin embargo, la correlación entre S8 y SF fue baja. Esto último podría deberse a que dada la naturaleza de la confiabilidad test-retest, es difícil comparar estas estimaciones con interpretaciones estándar ya que la estabilidad de la puntua-

ción de la prueba no es necesariamente una expectativa de una medida de alianza terapéutica en el tiempo. Además, la SRS 3.0 está diseñada para medir la alianza terapéutica en la sesión y no de varias sesiones o en todo el proceso psicoterapéutico, es decir, tiene un objetivo clínico y no de investigación.

La validez concurrente con la WAI fue de moderada a fuerte similar a la encontrada en otro estudio (Reese et al., 2013). En este trabajo no se hallaron evidencias de validez predictiva de la escala teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el OQ-45.2, una manera de explicar este resultado es que al ser una escala breve de tan solo 4 ítems tiene mayor utilidad como recurso de diálogo terapéutico, de instrumento clínico en vez de predictor de resultados. También cabe aclarar que la administración de las escalas fue pasiva, los terapeutas, en la mayoría de los pacientes, no utilizaban esa información para el trabajo clínico, Quizás esta es una de las razones de la falta de validez predictiva.

Es necesario considerar que el presente estudio presenta limitaciones. En las terminaciones prematuras no se pudo identificar en nivel de malestar de los pacientes. Si bien todos los tratamientos se realizaron en función de objetivos consensuados no todos tenían un tiempo estipulado. Además, presenta limitaciones relacionadas con las características de la muestra en el sentido que la mayoría de los pacientes son de escasos recursos económicos. No se realizaron estimaciones de validez divergente; y la administración de las escalas fue implementada de manera pasiva, es decir, las escalas eran administradas para hacer seguimiento de los pacientes, pero luego no se trabajaba con esa información en las sesiones, salvo contadas excepciones. Sin embargo, al ser el primer estudio realizado en Argentina con estas escalas la intención era evaluar su funcionamiento comparativamente con el OQ-45.2 y la WAI; para en posteriores estudios utilizarlas en contexto de feedback, es decir, rastrear el progreso de los pacientes y la alianza terapéutica para luego trabajarlo en las sesiones.

No obstante, estas limitaciones, la presente adaptación permitiría la utilización de la ORS y la SRS 3.0 en nuestro contexto (Argentina) como dos instrumentos breves, que se responden en un minuto, para evaluar el progreso de la psicoterapia y la relación terapéutica. Una de las características de las escalas es la factibilidad para su uso, permitiéndole a los psicoterapeutas tener una evaluación global de sus pacientes, tanto respecto al progreso como de la alianza terapéutica en muy poco tiempo, indagando sobre las dificultades que van apareciendo en el proceso. Además, como la puntuación se lleva a cabo en la sesión, la retroalimentación es inmediata. Las escalas permitirían un feedback fluido en temas de interés para el paciente y el psicoterapeuta, facilitándole al profesional contar con información para hacer los ajustes necesarios en función de los comentarios de los pacientes. Además, tienen la ventaja de involucrar directamente tanto al clínico como al paciente en el proceso de medir y discutir el progreso del proceso psicoterapéutico. Su utilización aumentaría las probabilidades de una menor terminación prematura de los procesos psicoterapéuticos, como de realizar un proceso exitoso (Miller et

al., 2013), lo que debería ser evaluado en futuras investigaciones.

## Referencias

- Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico. (2000). *Pautas Internacionales para el Uso de los Tests. Versión Argentina. ADEIP*. [http://www.adeip.org.ar/pautas\\_min\\_test.htm](http://www.adeip.org.ar/pautas_min_test.htm)
- Anker, M. G., Duncan, B. L. y Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting [Uso de los comentarios de los clientes para mejorar los resultados de la terapia de pareja: un ensayo clínico aleatorio en un entorno naturalista]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 693-704. <https://doi.org/10.1037/a0016062>
- Bargmann, S. y Robinson, B. (2012). *Manual 2: Feedback-informed clinical work: The basics [Manual 2: Trabajo clínico basado en retroalimentación: conceptos básicos]*. International Center for Clinical Excellence.
- Biescad, M. y Timulak, L. (2014). Measuring psychotherapy outcomes in routine practice: Examining Slovak versions of three commonly used outcome instruments [Medición de los resultados de la psicoterapia en la práctica habitual: examen de los resultados de tres instrumentos eslovacos de uso común]. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 16*(2), 140-162. <https://doi.org/10.1080/13642537.2014.895772>
- Bringhurst, M. D. L., Watson, C. W., Miller, S. D. y Duncan, B. L. (2006). The reliability and validity of the Outcome Rating Scale: A replication study of a brief clinical measure [La fiabilidad y validez de la escala de calificación de resultados: un estudio de replicación de una breve medida clínica]. *Journal of Brief Therapy, 5*(1), 23-30.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working Alliance [La generalización del concepto psicoanalítico de la alianza terapéutica]. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D. y Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions [Implementación de la monitorización de resultados en la rutina de la práctica clínica: beneficios, desafíos y soluciones]. *Psychotherapy Research, 25*(1), 6-19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Campbell, A. y Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures [Escala de calificación de resultados y escala de calificación de sesión en la práctica psicológica: utilidad clínica de las medidas ultra breves]. *Clinical Psychologist, 13*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13284200802676391>
- Cazauvieilh, C., Gana, K., Miller, S. D. y Quintard, B. (2020). Validation of the French versions of two brief, clinician-friendly outcome monitoring tools: The ORS and SRS [Validación de dos versiones francesas breves y clínicamente amistosas sobre las herramientas de monitorización de resultados: La ORS y SRS]. *Current Psychology, 1*-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00992-x>
- Chapman, N. A., Black, S. W., Drinane, J. M., Bach, N., Kuo, P. y Owen, J. J. (2017) Quantitative performance systems: Feedback-informed treatment [Sistemas de ejecución cuantitativo: tratamiento informado por retroalimentación]. En T Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller y B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp.123-143). John Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch6>
- Chapman, C. L., Burlingame, G. M., Gleave, R., Rees, F., Beecher, M. y Porter, G. S. (2012). Clinical prediction in group psychotherapy [Predicciones clínicas en psicoterapia grupal]. *Psychotherapy Research, 22*(6), 1-9. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.702512>
- DeSantis, B., Jackson, M. J., Duncan, B. L. y Reese, R. J. (2017). Casting a wider net in behavioral health screening in primary care: A preliminary study of the Outcome Rating Scale [Proyectando una red más amplia en los exámenes de detección de salud conductual en la atención primaria: un estudio preliminar de la escala de calificación de resultados]. *Primary Health Care Research & Development, 18*(2), 188-193. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000311>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. y Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure [La escala de calificación de la sesión: propiedades psicométricas preliminares de una medida de alianza "funcional"]. *Journal of brief Therapy, 3*(1), 3-12.

- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E. y Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy [La experiencia emocional y la alianza contribuyen al cambio terapéutico en la terapia psicodinámica]. *Psychotherapy*, 53(1), 105–116. <https://doi.org/10.1037/pst0000041>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2019) Alliance in adult psychotherapy [Alianza en psicoterapia adulta]. En J. C. Norcross y M. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (pp. 86–132). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0002>
- Gómez Penedo, J. M., Waizmann, V. y Roussos, A. J. (2015). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo breve-versión paciente (WAI-SR-A): un análisis factorial confirmatorio. *Investigaciones en Psicología*, 20(1), 49–62.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B. L. y Miller, S. D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: A cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation [Las escalas de calificación de resultados y sesiones: un examen intercultural de las propiedades psicométricas de la traducción al holandés]. *Journal of Brief Therapy*, 7(1-2), 1–12.
- Hatcher, R. L. y Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures [Visión de los pacientes sobre la alianza en psicoterapia: análisis factorial exploratorio de tres medidas de alianza]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1326>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research [Significación clínica: un enfoque estadístico para definir un cambio significativo en la investigación en psicoterapia]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Janse, P., Boezen-Hilberdink, L., van Dijk, M. K., Verbraak, M. J. P. M. y Hutschemaekers, G. J. M. (2014). Measuring feedback from clients. The psychometric properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale [Medir la retroalimentación de los clientes. Las propiedades psicométricas de la escala holandesa de calificación de resultados y la escala de calificación de la sesión]. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(2), 86–92. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000172>
- Kuhlman, I., Tolvanen, A. y Seikkula, J. (2013). The therapeutic alliance in couple therapy for depression: Predicting therapy progress and outcome from assessments of the alliance by the patient, the spouse, and the therapists [La alianza terapéutica en la terapia de pareja para la depresión: predecir el progreso y el resultado de la terapia a partir de las evaluaciones de la alianza por parte del paciente, el cónyuge y los terapeutas]. *Contemporary Family Therapy*, 35(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9215-5>
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future [Comentarios sobre el progreso y el sistema OQ: el pasado y el futuro]. *Psychotherapy*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lambert, M. J., Hansen, N.B., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J. y Burlingame, G. M. (1996). *Administration and Scoring Manual for the OQ45.2* [Administración y manual de puntuaciones para el OQ45.2]. American Professional Credentialing.
- Lambert, M. J., Whipples, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. y Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcome enhance? [Efectos de proporcionar feedback al terapeuta sobre el progreso del paciente durante la psicoterapia. ¿Mejoran los resultados?] *Psychotherapy Research*, 11(1), 49–68. <https://doi.org/10.1080/713663852>
- Maristany, M. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Evaluación de resultados en psicoterapia: Estudio de las propiedades psicométricas del OQ-45.2, en Argentina (Artículo no publicado).
- Mikeal, C. W., Gillaspay Jr, J. A., Scoles, M. T. y Murphy, J. J. (2016). A dismantling study of the partners for change outcome management system [Un estudio de desmantelamiento de los socios para el sistema de gestión de resultados del cambio]. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6), 704–709. <https://doi.org/10.1037/cou0000168>
- Miller, S. D. (2021). Performance Metrics – License for the ORS and SRS. <https://scott-d-miller-ph-d.myshopify.com/collections/performance-metrics/products/performance-metrics-licenses-for-the-ors-and-srs>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R. y Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible [Utilizando el feedback del cliente para mejorar la retención y el resultado: Hacer factible la evaluación continua en tiempo real]. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5–22.

- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure [El resultado de rango de escala: Un estudio preliminar de fiabilidad, validez y viabilidad de una breve medida visual analógica]. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L. y Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow [El resultado de psicoterapia: Ayer, hoy y mañana]. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D. y Feixas, G. (2018). Psychometric Properties of the Outcome Rating Scale (ORS) in a Spanish Clinical Sample [Propiedades psicométricas de la escala de valoración de resultados (ORS) en una muestra clínica española]. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, e30. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.32>.
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D. y Feixas, G. (2020). Psychometric properties of the Session Rating Scale 3.0 in a Spanish clinical sample [Propiedades psicométricas de la escala de calificación de la sesión 3.0 en una muestra clínica Española]. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1778635>
- Morley, S. y Dowzer, C. N. (2014). *Manual for the Leeds Reliable Change Indicator: Simple Excel(tm) applications for the analysis of individual patient and group data* [Manual para el indicador de cambio fiable de Leeds: aplicaciones simples de Excel (tm) para el análisis de datos individuales de pacientes y grupos]. University of Leeds.
- Murphy, M. G., Rakes, S. y Harris, R. M. (2020). The psychometric properties of the Session Rating Scale: A Narrative Review [Las propiedades psicométricas de la escala de calificación de session]. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 17(3), 279-299. <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1729281>
- Owen, J., Duncan, B., Reese, R. J., Anker, M. y Sparks, J. (2014). Accounting for therapist variability in couple therapy outcomes: what really matters? [Tener en cuenta la variabilidad del terapeuta en los resultados de la terapia de pareja: ¿qué importa realmente?]. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40(6), 488-502. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772552>
- Paz, C., Mascialino, G., Proaño, K. y Evans, C. (2021). Psychological intervention change measurement in Latin America: Where from? Where to? [Medida del cambio de intervención psicológica en Latinoamérica: ¿de dónde? ¿a dónde?]. *Psychotherapy Research*, 31(1), 132-141. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1750728>
- Reese, R. J., Gillaspay, Jr., J. A., Owen, J. J., Flora, K. L., Cunningham, L. C., Archie, D. y Marsden, T. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients' ratings of the therapeutic alliance [La influencia de las características de la demanda y la deseabilidad social en las calificaciones de los clientes sobre la alianza terapéutica]. *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 696-709. <https://doi.org/10.1002/jclp.21946>
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A. y Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? [¿El feedback continuo mejora el resultado de psicoterapia?]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 418-431. <https://doi.org/10.1037/a0017901>
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C. y Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes [Efecto del feedback del cliente sobre el resultado de la psicoterapia de pareja]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 616-630. <https://doi.org/10.1037/a0021182>
- SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2015). *Partners for Change Outcome Management System (PCOMS)* [Sistema de Gestión de Resultados Socios para el Cambio].
- Santangelo, P. R. (2020). Programa de formación y entrenamiento en psicoterapia: Fundamentos teóricos e implementación. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 331-346. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.377>
- Von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia psicológica*, 20(2), 161-176.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. J. (2012). An investigation of self assessment bias in mental health providers [Una investigación del sesgo de autoevaluación en los proveedores de salud mental]. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466%2F02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Ziegler, M., Kemper, C. J. y Kruey, P. M. (2014). Short Scales-Five misunderstandings and ways to overcome them [Escala corta: cinco malentendidos y formas de superarlos]. *Journal of Individual Differences*, 35(4), 185-189. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000148>



# TERAPIA NARRATIVA: RESPONDIENDO AL DUELO Y LA PERDIDA CON EL ÁRBOL DE LA RE-ASOCIACIÓN

## NARRATIVE THERAPY: RESPONDING TO GRIEF AND LOSS WITH THE RE-MEMBERING TREE OF LIFE

Marta Campillo Rodríguez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1621-8883>

Coordinadora Centro de Atención Psicológica a la Familia A.C., Xalapa, Veracruz, México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Campillo Rodríguez, M. (2021). Terapia narrativa: Respondiendo al duelo y la pérdida con el árbol de la re-asociación. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 181-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.422>

### Resumen

La intervención del árbol de la vida fue creado originalmente por David Denborough, Michael White y Ncazelo Ncube-Mlilo (2006) en REPPSI, en África, para el trabajo grupal con niños que habían sufrido atrocidades de guerra. La propuesta actual consiste en realizar la intervención del árbol de la vida en el trabajo con familias que han perdido a un ser querido. La metodología se diseñó para la recuperación de la historia de la relación del ser querido ausente con su familia, utilizando preguntas del mapa de la re-membresía (re-asociación). Creando una conversación con preguntas externalizantes circulares, a través de las cuales se va logrando, hacer visible la relación que cada miembro de la familia tenía con la persona amada fallecida, recuperando de las experiencias de vida, los conocimientos y habilidades que la persona ausente aporta a los miembros de la familia, recuperando el amor y el apoyo que ha sido parte de la vida de la familia. Hedtke Lorraine (2001) plantea “el objetivo es mantener viva la relación más allá de la muerte” (p. 4). Además, para poder dilucidar el efecto positivo que tiene para la familia el proceso del árbol de la vida al restablecer la relación con la persona ausente, se requiere un recorrido desde algunas categorías centrales de la terapia incluyendo las conversaciones de re-asociación, incluyendo la propuesta de manejo del duelo de White (1994) “decir de nuevo hola” (p. 130).

Palabras clave: árbol de la vida, re-asociación, duelo, preguntas externalizantes circulares.

### Abstract

The tree of life intervention was created originally by David Denborough, Michael White y Ncazelo Ncube-Mlilo (2006) at REPPSI, in, to do group work with children that have suffered war atrocities. The present proposal consists of doing the tree of life intervention with con families that have lost a love one. The methodology was designed to recuperate the history of the relationship of the absent family member and his family, using questions from the re-remembering (re-association) Map. Creating a conversation with externalizing circular questions, which allow to make visible the relationship each family member had with the loved dead persona, recuperating lived experiences, the knowledges and skills that the lost person gave each family member, so that the love and support that have been part of the family can be recuperated. Hedtke Lorraine (2001) proposes “the objective is to keep alive the relationship beyond dead” (p. 4). Also, to be able to understand positive effect that the process of the tree of life has for the family by reestablishing the relationship with the absent person, requires the use of some central categories of narrative therapy, including the conversations of Re-association, including White (1994) proposal for responding to grief “saying hello again” (p. 130).

Keywords: tree of life, re-association, grief, circular externalizing questions.

Fecha de recepción v1: 14-01-2021. Fecha de recepción v2: 22-05-2021. Fecha de aceptación: 6-06-2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [campillomartita@gmail.com](mailto:campillomartita@gmail.com)

Dirección postal: Marta Campillo. Privada Juan de la Barrera 16, Colonia Obreros Textiles. Xalapa, Veracruz México 91060

© 2021 Revista de Psicoterapia



En la terapia narrativa se trabaja con la historia, en la cual se organiza la experiencia vivida, la que influye en la visión que tenemos de nosotros mismos y en la manera en la que expresamos y actuamos en las relaciones. La interacción que se crea con cada relación también influye en la interpretación que hacemos del accionar de la otra persona. En la conversación se llega a conclusiones de lo que hacen las personas involucradas. Vemos lo que hacen las otras personas y hacemos una lectura, de acuerdo con cómo son o están en la relación y también hacemos esa lectura de lo que reconocemos de nosotros mismos.

Las conversaciones de las interacciones son transformativas cuando generan significados, esto es, cuando estamos en una relación en las que se contrastan ideas, puntos de vista y a partir de esa interacción tenemos una imagen de lo que somos, o llegamos a conclusiones acerca de nosotros y de lo que nos es relevante, estamos tomando una posición propia que tiene un significado especial para nuestra vida. El conocimiento acerca de la vida, de lo que somos, de lo que nos es importante que se genera en la interacción, no es lo que cada uno plantea o dice de manera individual, sino que es el vínculo interactivo lo que es transformativo, esto es, la interacción donde generamos conocimiento de lo que somos.

White (1994) señala que al entablar una conversación o una relación con alguien estamos teniendo una interacción, en la cual se genera conocimiento a través de la manera en que se interactúa y el lenguaje que se emplea. Ambos son sustanciales para que se viabilice el proceso que se da entre las personas que interactúan/conversan. La vida se va constituyendo en el proceso de interpretación de la experiencia y a las conclusiones a las que llegamos cuando relatamos lo vivido. De acuerdo con esas historias actuamos con lo que consideramos nuestro proyecto de identidad llegando a conclusiones favorables acerca de nosotros mismos o, por el contrario, a conclusiones negativas si se llegan a inferencias negativas que disminuyen las ideas posibles de lo que podemos ser o de nuestras posibilidades.

Cuando una persona viene a terapia, son las preguntas externalizantes de la terapia narrativa las que van desarrollando la experiencia vivida y también la experiencia no relatada. Bruner (1986) propone que existe una parte de la experiencia vivida relatada y otra parte no relatada. Vivimos y relatamos únicamente una parte de la experiencia vivida, lo cual permite que, en la conversación externalizante, al recuperarse la historia de la persona, se haga emerger la parte no relatada para encontrar nuevas conexiones y reflexiones. White (1989) plantea que en el trabajo terapéutico de la re-edición de la historia de la persona, se crea la posibilidad de generar nuevos significados para que pueda cambiar su vida y tener agencia personal.

Una propuesta central de White (2007) es que la identidad está fundada sobre una "asociación de la vida". El planteamiento de que la identidad se construye socialmente nos lleva a la idea de la importancia de las relaciones sociales y de las interacciones a través de las cuales vamos creando una idea de la manera como nos vean los otros, lo que aprecian de los que hacemos, y también podemos reconocer el efecto que nuestro accionar tiene sobre los demás y con las relaciones

que mantenemos.

Retomando la propuesta de White (2007) que menciona: “Esta asociación de la vida tiene una membresía compuesta de figuras significativas y de la identidad de las personas del pasado, presente y futuro, cuyas voces son influyentes en relación con la construcción de la identidad de la persona” (p. 127). Se puede entender la importancia de generar una serie de preguntas que permitan dilucidar la influencia de otras personas dentro en la historia la persona.

### **Conversaciones de Re-Asociación**

Las personas con las que convivimos, que nos enseñan o nos ayudan, aquellas que nos apoyan y con las cuales hemos estado en una relación, son las que conforman la membresía de nuestra vida. La membresía de la vida es muy importante en la vida real. Como seres humanos no existimos sin relacionarnos con los otros, y es a través de las relaciones que descubrimos o creamos la imagen de lo que somos capaces de hacer o ser; es en el análisis y recuerdo de esos significados o compromisos de vida creados en esas relaciones, lo que habla de nuestra historia. En la terapia se puede recuperar el conocimiento, que se necesita cuando en la vida los problemas quieren darnos una imagen incompleta o dañina de lo que somos, la tarea entonces es revivir los aprendizajes, el conocimiento generado en las relaciones más fundamentales que se han tenido para re-editar la historia.

White (2007) plantea que “las conversaciones de Re-Asociación están basadas en la concepción de que la identidad está fundada sobre una “asociación de la vida, en vez de un centro del yo” (p. 127). Así, planteo el mapa de las conversaciones de re-asociación.

White (2007) menciona que:

En el contexto terapéutico las conversaciones de re-asociación

- Evocan “la vida” como la membresía de un “club” y la “identidad como una “asociación” de la vida...
- Contribuyen al desarrollo de un sentido múltiple de la identidad....
- Abre la posibilidad para la revisión de la propia membresía de la vida...
- Descripciones ricas de las versiones preferidas de identidad y de los conocimientos y habilidades de vida co-generados en relaciones significativas...
- Provee un entendimiento bidireccional de las relaciones de la persona con las figuras significativas de su vida...
- Anima a una recolección no pasiva del propio pasado, sino un encuentro deliberado con las figuras significativas...” (White, 2007, p. 127)

La asociación de la vida es una propuesta de White (2007) a través de la cual se reflexiona la influencia de lo relacional en la construcción del proyecto de identidad. Esto es, si la identidad es una negociación en una comunidad de personas, lo relacional tiene suma importancia para desentrañar a la historia saturada por el problema, descubriendo quién o quiénes apoyaban a la persona en maneras diferentes que puedan ser una vía para la construcción de la historia alternativa.

White (2007) plantea que la terapia narrativa parte de que la identidad es construida socialmente y las relaciones que guardamos con las otras personas conforman, la membresía o asociación de la vida. Esto es, parte de las habilidades de vida las desplegamos con los otros, aunque nunca las hayamos relatado y cuando se requiere re-editar la historia buscando nuevas conexiones de acontecimientos extraordinarios en el pasado, retomar las experiencias con otras personas del pasado que hayan apoyado una visión alternativa. O sea, traer a esas redes de relaciones o hacer re-asociación, para descubrir otros propósitos y significados de vida y construir una historia alternativa.

Las conversaciones de re-asociación evocan perspectivas y puntos de vista de personas y relaciones que, al ser retomadas, pueden contribuir al desarrollo de la historia alternativa. Retomar en terapia esas relaciones le permite a la persona recuperar parte de su historia vista a través de los ojos de la otra persona, a la cual aceptó como miembro de su vida y forma parte de sus relaciones. La recuperación de esa parte de las relaciones sociales, a través de las cuales se ejerce la vida, le abre el camino a la persona para re-cordar como la convivencia le aportó aprendizajes de lo importante y, lo valioso de lo que podía ser y de la imagen preferida de sí mismo, que ahora puede utilizar en la historia alternativa. La reconstrucción de la experiencia vivida en la relación con la persona ausente puede aportarle a la persona conocimientos de sí mismo.

El mapa de las conversaciones de re-asociación (figura 1) incluye los siguientes niveles de preguntas: En el nivel A 1) El primero invita a la recolección de lo que la figura contribuyó a la vida de la persona. En A 2) El segundo pregunta por lo que la persona sea testigo de su identidad a través de los ojos de la figura. En el nivel B 1) invita a la recolección de lo que la persona contribuyó a la vida de la figura: descripción rica de esa relación. En B 2.) el nivel mapea las implicaciones de esa contribución a la identidad de la figura. Los presentes niveles de preguntas se presentan en la figura del mapa de las conversaciones de re-asociación.

Considerando a la persona como un ser social relacional, todo lo que aprende de ser relacional tiene que ver con alguien que modeló, ayudó y apoyó su desarrollo a través del cual se transitó hacia la independencia personal sin dejar de existir en relaciones sociales con las cuales negociamos nuestra vida y nuestra afectividad. Cuando pensamos en lo que nos gusta o nos motiva, podríamos identificar con facilidad a alguien que ha sido parte de esa historia y es esa persona con la que aprendimos a disfrutar o, a tener habilidades en ese campo y, quien apoyó nuestro desarrollo para que pudiéramos conocer lo que somos capaces de hacer.

Reconocer la importancia de esa red de relaciones, que puede estar conformada por muchas o pocas personas, familiares, amigos, conocidos o relaciones de trabajo, que tienen una característica especial, algo de la manera en que se ha interactuado con ellos, ha dejado huella en lo que la persona quiere ser o piensa de sí mismo. A veces su opinión difiere del modo de actuar, llama la atención a un cambio. Otras veces es porque en la resolución de las dificultades, se observa

Figura 1

Descripción del Mapa de las Conversaciones de Re-asociación (basado en White, 2005, 2007)



y se menciona algo especial, algo que se valora, como el perseverar o demostrar valentía, éstas apoyan una visión de lo que se quiere ser en la vida, de lo que se acerca a la imagen preferida de lo que se quiere ser.

Ejemplos de preguntas de re-asociación: ¿a quién no le sorprendería oírte hablar de tu compromiso de mantener la esperanza?, ¿quién reconocería y apreciaría lo que el compromiso de mantener la esperanza significa para ti?, ¿hubo alguien que presentó la idea de mantener la esperanza de un futuro mejor?, ¿qué crees que vieron ellos en ti que les hizo pensar que tú podrías mantener ese compromiso con la esperanza?, ¿Cuándo tu \_\_\_\_\_ (figura) te veía con ojos amorosos, qué veía en ti que te gustaría conservar?

**La Re-asociación y el Duelo: Honrar la Vida Más Allá de la Muerte**

Decir adiós ante la muerte de una persona amada es algo que produce muchísimo dolor puesto que nos confronta con un final sin ningún otro camino. Ante esa concepción de la manera de enfrentar la muerte como ausencia, se han desarrollado otras ideas en el modelo de la terapia narrativa que permiten una visión alternativa, esto es: desarrollar una relación diferente con la persona a la que queremos honrar, más allá de su muerte física.

La vida de las personas y todo lo que nos brindaron, lo que aprendimos en su compañía, el gozo que nos dieron, lo que presenciamos que hacían para enfrentar los problemas y la adversidad, su afecto, la manera en la cual nos apreciaban y lo

que les parecía importante de nosotros, es algo que no debemos dejar morir y que tenemos con nosotros como parte de nuestra historia.

En 2001 Lorraine Hedtke, terapeuta que trabaja con el modelo de la terapia narrativa de duelo, plantea acerca del proceso de la muerte y la relación:

Cuando una persona muere, no muere la relación... que cuando experimentamos la muerte no como un final sino como una invitación a una **nueva relación** con nuestros seres queridos que han muerto, estamos rompiendo con la aproximación modernista que dice que nos debemos “sobreponer” a nuestra pena y “continuar con nuestra vida”. A pesar de lo se nos ha enseñado acerca de la manera de como una persona doliente debe comportarse y afligirse, “dejarlos ir” puede ser un camino doloroso y que no permite reanudar la vida. (Hedtke, 2001, p. 4)

Hedtke y Winslade (2005) plantean “...re-asociación... es un proceso que se desarrolla de la narrativa de los que viven a través de un proceso de interacción con los muertos. No toma a la muerte como un tiempo para finalizar las posibilidades de relación” (p. 9).

En la propuesta de White (1994) “decir de nuevo hola”, cambiar “la metáfora de decir adiós...saben que la llegada a esa meta estará evidenciada por el ‘adiós’... aceptación de la pérdida definitiva del ser querido”. Por lo tanto, propone que “... en la terapia, crear un contexto para incorporar en ella relación perdida parece mucho más indicado que todos los esfuerzos tendientes a hacer olvidar esa relación” (White, 1994, p. 57). En las ideas actuales acerca de la muerte y el dolor, el momento de morir se considera ser un momento para decir adiós, para dejar ir a la persona amada y terminar la relación, pero nadie quiere ser olvidado. Ni los que quieren a alguien que está muriendo o ya ha muerto, desean olvidar a quienes se amó. En la manera en que se habla comúnmente del duelo y de la muerte, se enfatiza el olvidar, el sobreponerse al dolor y seguir adelante. Reflexionando sobre estas ideas, si se hiciera así, sería vaciar la historia de la presencia y de las historias que se han vivido con las personas amadas que se han ido.

Hedtke (2001) propone como ideas fundamentales en este tipo de trabajo:

- Afirmar la continuidad de la vida y las relaciones más que lo definitivo de la muerte.
- Apreciar la manera en que la emergencia de la muerte provee de oportunidades para contar y comportarse y construir historias amorosas, que se espera que brillen mucho tiempo después de la muerte.
- Hacer preguntas que generen recuerdos afirmantes y proveedores de recursos de este momento para ocasiones futuras de reflexión y remembranza.
- Usar preguntas para traer al pensamiento creativo dentro de las restricciones de realidades de otra manera fijas, tales como tiempo y proximidad. Buscar con las personas los recursos que pueden usar para manejar los retos de transición que trae la muerte.
- Emplear el poder y la flexibilidad de la historia para trascender la morta-

lidad física.

- Promover la remembranza de las vidas y relaciones.
- Rehusar las suposiciones de que la gente debe completar un proceso de despedida y dejar ir, para progresar saludablemente a través de la crisis de la muerte. (Hedtke, 2001, p. 8)

Más que decir adiós, hay que asumir en la terapia que la relación va a continuar para elaborar preguntas que hagan presente la historia co-construida en la relación, para desarrollar una nueva manera de relacionarse, aun después de que el ser amado ya no esté físicamente. Las preguntas desde la terapia narrativa invitan a entrar a una nueva forma de relación, en la que se va a trabajar para mantener viva la presencia, de la persona que no está, llamado por Epston (1999) como el “otro internalizado” (p. 198). El proceso de recordar es traer a la conciencia la importancia de la relación ausente, aquello a lo que se le dio valor, habiendo vivido en esa relación, y que ayudó a sostener la vida y ahora se necesita que esté presente, para pasar por el terrible y doloroso momento de la muerte y del duelo.

Las preguntas que se plantean en este proceso de la recuperación de la voz del “otro internalizado”, tienen como objetivo el recuperar la relación y el impacto que esa relación tuvo en la visión de identidad de la persona. Las preguntas recuperan los detalles acerca de las experiencias no escritas, no relatadas, acerca del apoyo y comprensión que la persona ausente mostró y el efecto que eso tuvo en la relación. La conversación de re-asociación hace una recuperación de las historias en las que las personas demostraron habilidades para enfrentar los problemas en situaciones dolorosas o difíciles y como esos conocimientos pueden ayudarlas ahora.

### **La Transformación de la Historia**

En la terapia narrativa se han creado algunas intervenciones grupales que utilizan una metáfora para generar un proceso de recuperación de la experiencia vivida más allá de la situación traumática. Un ejemplo, fue la creación del árbol de la vida (Denborough y Ncazelo Ncube, 2006) para la recuperación de sus habilidades y conocimientos de su experiencia de vida, con niños que han sufrido trauma en la guerra.

### **El Árbol de la Vida**

Durante la intervención del árbol de la vida se despliegan los diferentes componentes de la Terapia Narrativa utilizando la metáfora para narrar árbol de la vida de la persona. En cada parte del árbol se representa la historia de vida y la experiencia con las relaciones fundamentales, el lugar donde vive la persona, con el reconocimiento de las habilidades y conocimientos de vida, los sueños y esperanzas, las personas importantes y los regalos que ha recibido en las relaciones. Así, a través de las preguntas que se le hacen al participante en la presentación de su árbol, su conocimiento local, de sí mismo, de lo que valora, de sus sueños y sus relaciones cercanas, se hacen visibles para crear una perspectiva desde la cual se

pueden reexaminar los problemas, externalizarlos y separarse teniendo una base de seguridad que la crea el propio conocimiento de la propia historia.

El árbol de la vida, creado por Denborough y Ncube (2006) contiene las siguientes partes:

**Primera parte:** Elaboración del dibujo del árbol de la vida que al mismo tiempo represente su vida. Redactando pequeñas partes de su historia de vida mientras dibujan.

- a) **Raíces:** se invita a los participantes a pensar de dónde vienen, su familia, su historia, sus ancestros, aquellas personas que les enseñaron o le han ayudado en la vida.
- b) **La tierra:** representa donde viven en el presente, las actividades cotidianas, lo que hacen, como organizan su vida, lo que les gusta hacer.
- c) **El tronco:** representa las destrezas, habilidades y competencias: actos de bondad, habilidades para cuidar a otros, compartir, actos de amabilidad y del manejo de su vida, y valores.
- d) **Las ramas:** representan la esperanza, sueños, deseos y la dirección en la que quieren que vayan sus vidas.
- e) **Las hojas:** Representan a las personas más importantes en su vida, las personas apreciadas, personas que mueven el corazón del participante.
- f) **Los frutos:** Representan los regalos que han recibido de las personas: los cuidados recibidos, el apoyo recibido, dar y recibir amor.

**Segunda parte:** Isla de seguridad: pararse en un lugar diferente y con una posición diferente:

- **Compartir** su dibujo y las historias del árbol de la vida, mientras contestan preguntas de la conversación externalizante.
- **Escuchar** el re-contar, proporcionando un andamiaje con preguntas externalizantes para que los participantes aprecien lo que tienen en sus vidas y que se sientan que tienen un lugar en la vida.
- **El bosque de la vida:** colocar los dibujos e invitar a los participantes a escribir palabras de apoyo a los árboles de los demás participantes.
- **Re-contar:** Por parte del terapeuta lo que ha escuchado en las historias de los participantes: sus esperanzas, habilidades, reconociendo a los seres amados que no están y de los cuales su amor no está perdido.
- **Punto de entrada:** no es el problema, no son los conflictos, sino una celebración de algunos de los conocimientos y habilidades que tenemos en la vida, haciendo honor a las relaciones, de tal manera que los participantes lleguen a su propio reconocimiento de lo que tienen en su vida y sus relaciones.

**Tercera parte:** Cuando llegan las tormentas o las tormentas de la vida

Introducción a los participantes: los árboles del bosque son fuertes, ¿acaso están libres de tormentas? ¿dirían que los árboles están libres de peligro? Así en esta sección, se recuperan las habilidades que utilizamos en tiempos difíciles.

- Expresando colectivamente los peligros que ellos experimentan, los participantes pueden hablar de los problemas sin ser definidos por ellos.
- Hablando a distancia no con dolor y angustia.
- Experimentar las dificultades graves en grupo cambia su experiencia.
- Valor de la segunda historia: tener habilidades y conocimientos. Cuando se ha experimentado un trauma, siempre hay una respuesta, aunque esta no se haya reconocido o relatado y al reconstruir la historia y la experiencia vivida, las preguntas externalizantes harán vivibles esas habilidades con las que se ha respondido y con las que ahora se puede genera re-autoría (White, 2007).
- Isla de seguridad: La oportunidad de pararse en un lugar diferente: reconocimiento de tener habilidades y conocimientos.
- Mientras los participantes hablan de sus problemas en grupo, surge la otra relación entre el participante y los problemas: sentido de esperanza.
- Se le pregunta al grupo: ¿es culpa de los adolescentes lo que está pasando?, ¿pueden los adolescentes hacer algo?

Después hay un proceso grupal de recuperación de las habilidades y conocimientos con las que se han enfrentado los problemas en momentos difíciles y para finalizar hay una celebración con la entrega de diplomas.

Existe un aspecto muy importante del proceso de la construcción y descripción del árbol de la vida: en cada parte cuando se va describiendo en el árbol, la historia de cada participante, se van haciendo preguntas de las conversaciones de la terapia narrativa lo cual va generando un panorama de conocimientos de los/las participantes mismos, en el que la persona identifica, lo que le es valioso, lo que sabe hacer, lo que disfruta, las relaciones importantes y lo que sueña para el futuro.

En la última parte, cuando se realiza de manera grupal, la recuperación de conocimiento, que los participantes tienen en sus maneras de enfrentar los problemas en momentos difíciles, hace visible las historias de las acciones, interacciones, significados y conocimientos que forman parte de la respuesta que hasta ahora no había sido contada ante la violencia y la opresión, lo cual forma parte de las habilidades rescatadas. Estas, ahora compartidas grupalmente, son las que constituyen ese cúmulo de conocimiento local, de la riqueza de la experiencia vivida de cada participante.

### **Intervención del Árbol de la Re-membresía**

Epston (1999) en su artículo sobre la co-investigación, menciona el proceso de recuperación del conocimiento local en el cual se rescata, en un trabajo grupal, el conocimiento que las familias tienen como resultado de su experiencia vivida en el manejo de la enfermedad y se hacen públicos los conocimientos para enfrentar o resolver problemas de la enfermedad. Se genera un proceso grupal de discusión de su experiencia vivida en el manejo de la enfermedad y luego se lleva a cabo la socialización del mismo. En el presente proceso se realiza la co-investigación de la

vida y relaciones de la familia con la persona ausente, a través de la intervención del árbol de la re-asociación.

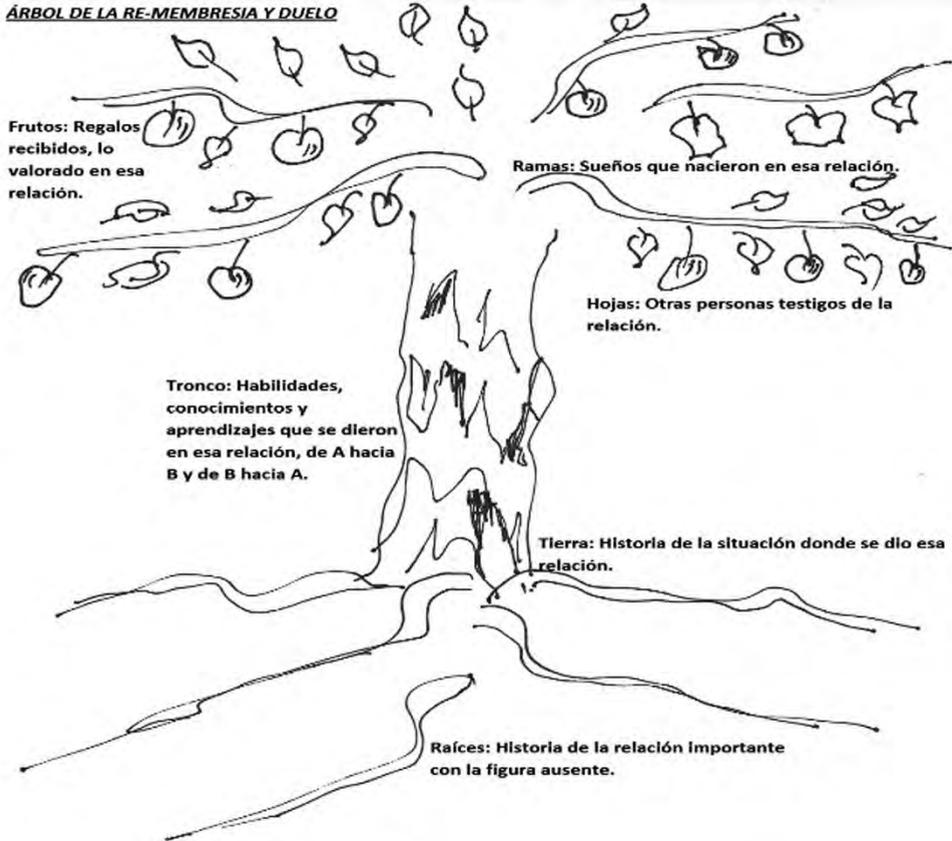
La intervención con el árbol de la vida de la re-asociación se realiza con familias que han perdido a un familiar o persona amada, siguiendo los pasos del árbol de la vida con una diferencia esencial, toda la recuperación de la historia se centra alrededor de la experiencia vivida y de la relación que ha tenido la familia con esa persona fallecida.

En el proceso de la terapia narrativa de duelo, se crea el árbol de la re-asociación, dibujando un árbol que representa la relación con la persona ausente. Esta metáfora permite ir recuperando la historia de amor, de apoyo, de aprendizajes y conocimientos, y las experiencias vividas con la persona ausente. Durante el proceso, se utilizan las conversaciones externalizantes circulares de re-membresía cuyo propósito es hacer visible la influencia que la persona ausente ha tenido. Así, preguntando por el efecto sobre la vida de la persona ausente sobre el miembro de la familia y viceversa, se pueden restablecer los lazos de cariño que han existido en la relación, haciendo patente la huella del de amor, cariño, felicidad, paciencia, ternura, tolerancia, confianza, responsabilidad y alegría.

La presente intervención se enmarca dentro de la terapia narrativa de Duelo, por lo tanto, dependiendo problemática que presente la familia, habrá necesidad de intervenir de acuerdo a los problemas que estén presentes, por ejemplo, enojo, dolor, resentimiento, buscando la oportunidad para preguntarles su disposición para recuperar el amor de la persona ausente, dibujando un árbol que represente la vida su ser amado.

El árbol de la re-asociación (figura 2) contiene las siguientes partes:

Figura 2  
Partes del Árbol de la Re-membresía



Durante el proceso de dibujo del árbol, se van haciendo varias preguntas externalizantes circulares mientras se dibuja cada parte del árbol de la re-asociación, que harán visibles la historia y relaciones que se tuvieron con la persona ausente. Durante el proceso se puede hacer muchas preguntas siempre relacionando la influencia de la persona o la familia en relación con su experiencia vivida con la persona ausente. A continuación, se incluyen ejemplos de dichas preguntas para cada una de las partes (tabla 1). Las preguntas se crean para seguir la historia narrada y de manera que haga visible la influencia del amor y la relación con el ser querido ausente.

Tabla 1

*Preguntas del Árbol de la Remembresía*

Pregunta para las <b>RAÍCES</b> Historia de las relaciones importantes con familiares y la persona ausente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Quién de la familia quería mucho a tu familiar?</li> <li>2. ¿Qué apreciaba de tu familiar que lo hacía valorar su relación?</li> <li>3. ¿Cómo fue para tu familiar tener esa relación?</li> <li>4. ¿Qué otros familiares fueron importantes en la vida de familiar?</li> <li>5. ¿Qué dirías que familiar apreciaba de ti?</li> <li>6. Para ti, ¿cómo ha sido el escucharte recordar tu historia y la de tu familiar, así como lo que vivieron juntos?</li> <li>7. Para ti, ¿cómo ha sido tenerlo como parte de tu familia?</li> <li>8. Podrías contar una historia de algún recuerdo o anécdota preferida.</li> </ol>
Preguntas para la <b>TIERRA</b> : Historia de la situación donde se dio la relación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pudieras contar, ¿qué es lo más importante de vivir en ese lugar donde mantuviste tu relación con tu familiar?, ¿qué dirías?</li> <li>2. ¿Qué sería lo más importante que valoras de tu convivencia con tu familiar?</li> <li>3. ¿Qué cosas de la vida cotidiana compartían que eran importantes para ti?</li> <li>4. ¿Qué diferencia hacía para a vida de tu familiar estar presente para enseñarte?</li> </ol>
Preguntas del <b>TRONCO</b> : Habilidades, conocimientos y aprendizajes que se dieron en esa relación. . Del miembro de la familia hacia la persona ausente y viceversa, de la persona ausente hacia el familiar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué te enseñó tu familiar, que ha hecho una diferencia para tu vida?</li> <li>2. ¿Qué aprendiste con tu familiar que te gustaría hacer en la vida?</li> <li>3. ¿Qué diría tu familiar si te escuchara decir lo que aprendiste de él?</li> <li>4. En el futuro, ¿qué va a estar presente en tu vida de todo esto que aprendiste con tu familiar?</li> </ol>
Pregunta de las <b>RAMAS</b> : Sueños que nacieron en esa relación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué sueños o esperanzas tenía para ti, tu familiar?</li> <li>2. ¿Me podrías contar una historia de cómo aprendiste que alguno de esos sueños eran importantes para ti también?</li> <li>3. ¿Qué veía en ti tu familiar, que apoyaba que lograras esos sueños y esas metas?</li> <li>4. ¿Cómo el llevar a cabo esos sueños, mantendría viva tu relación con tu familiar?</li> <li>5. En el futuro, ¿qué te imaginas haciendo como parte de esos sueños que nacieron de tu relación con tu familiar?</li> </ol>

**Preguntas de LAS HOJAS**

Personas importantes testigos de la relación; vecinos, familiares externos personas del pueblo o escuela, amistades.

1. Si yo preguntara, ¿Cómo era como amigo tu familiar?, ¿qué me dirían las personas que lo conocieron?
2. ¿Qué valoraban esas personas en ustedes como personas cercanas de tu familiar?
3. Me pregunto: ¿Qué veían sus amigos en tu familiar, que lo apreciaban?
4. ¿Qué historias podrían contar los amigos de tu familiar, de lo que recuerdan que les enseñó o apoyo y que recordarían siempre?
5. ¿Qué diferencia ha hecho para la vida de sus amigos el tener a tu familiar en su vida?

**Preguntas para LOS FRUTOS**

(Regalos recibidos en la vida, lo valorado en esa relación como amor, cariño, felicidad, paciencia, ternura, tolerancia, confianza, responsabilidad, alegría)

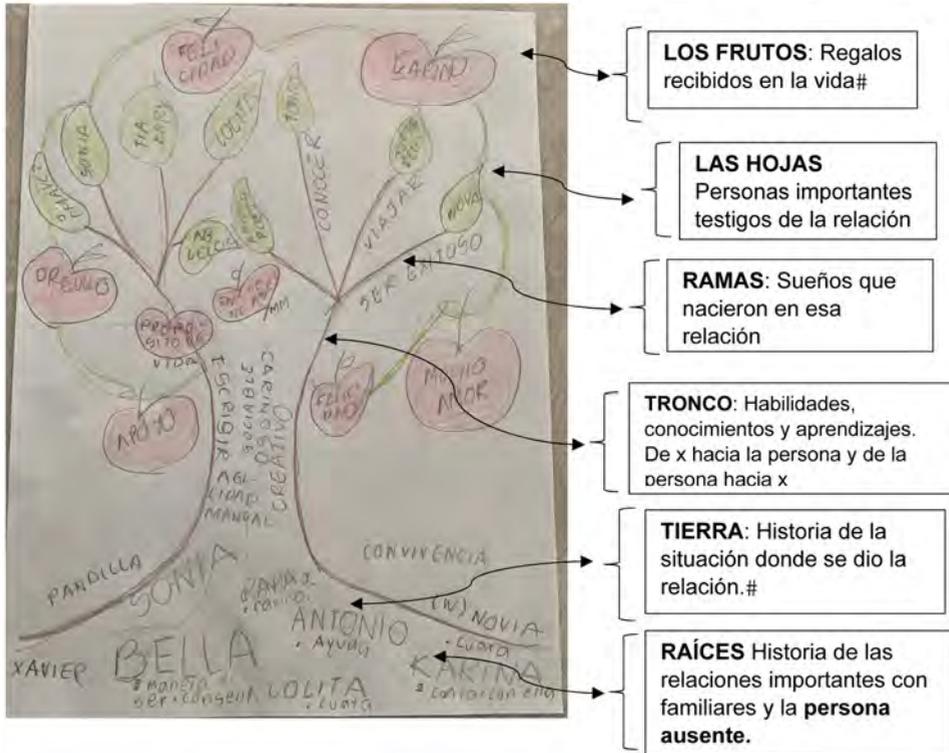
1. ¿Qué regalos diría tu familiar que ha recibido en su vida?
2. ¿Qué valores de los regalos recibidos en la relación con tu familiar, tales como amor, cariño, felicidad, paciencia, ternura, tolerancia, confianza, responsabilidad, alegría?
3. Podrías contar una historia de algún regalo como amor, cariño, felicidad, paciencia, ternura, tolerancia, confianza, responsabilidad, alegría que te dio tu familiar.
4. Y para ti, ¿qué tan importante será que tu familiar viva en ti a través de esos regalos?
5. Podrías contar una historia de cuando te ves haciendo algo que apoyaba tu familiar, ¿qué recuerdas que te decía?

**Preguntas para las TORMENTAS DE LA VIDA** (con qué conocimientos y habilidades cuentan para enfrentar las adversidades)

1. ¿Qué habilidades, que te enseñó tu familiar has utilizado en estos tiempos difíciles?
2. ¿Cuáles habilidades y conocimientos que han puesto en práctica en tiempos difíciles, las aprendiste en lo que hacías en la relación con tu familiar?
3. ¿Qué veía tu familiar en ti que diría que serías capaz de manejar estos momentos difíciles?
4. Cuando tu familiar te veía con ojos amorosos y convivía contigo, ¿qué apreciaba de ti?
5. ¿Qué le viste hacer a tu familiar para enfrentar y superar los tiempos difíciles?

Se incluye como ejemplo de un árbol de la re-asociación que dibujó una joven recuperando la relación con su hermano que había fallecido recientemente (figura 3). En cada sección del árbol el objetivo es hacer visible la historia de la relación con la persona ausente.

Figura 3  
Ejemplo de Árbol de la Re-asociación



**Reflexiones y Observaciones**

La terapia narrativa es un modelo para la intervención terapéutica único porque los presupuestos epistemológicos que incluye, las analogías que maneja, las consideraciones acerca de la influencia del contexto social, la inclusión de las relaciones de poder y priorización de la posición terapéutica como posición descentrada, permiten el desarrollo de alternativas terapéuticas novedosas. En el modelo se trabajan la revisión de la historia y los procesos de generación de significados, de tal manera que, en el proceso terapéutico, a través de las preguntas externalizantes, se recuperan los conocimientos y habilidades que van a permitir a la familia re-editar su historia para crear una historia alternativa al duelo.

La intervención con el árbol de la vida de la re-asociación, se realiza como parte de un proceso terapéutico, esto es, inicialmente se explora con la familia los efectos que la pérdida ha tenido en sus vidas. Dependiendo de la problemática de los miembros de la familia han tenido con la pérdida, se planeará la atención terapéutica requerida. Como parte de ese proceso se incluye la presente intervención.

Durante el proceso terapéutico se le pregunta a la familia por su anuencia para realizar un ejercicio de dibujar un árbol para recuperar el amor y la relación con la persona ausente.

En la presente intervención el objetivo era hacer visible la historia de las interacciones con la persona ausente de tal manera que, al retomar los recuerdos de la experiencia en la relación; la influencia de la persona ausente en la identidad de los miembros de la familia; las enseñanzas y los conocimientos compartidos; los sueños y esperanzas que se carearon en la relación, todos los significados y aquello a lo que se le ha dado valor y ha sostenido la vida, al retomar esa riqueza de esa experiencia vivida, se construyendo la historia alternativa, el mantener la relación con la persona ausente más allá de la muerte.

## Referencias

- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds* [Mentes actuales, mundos posibles]. Harvard University Press.
- Denborough, D. y Ncube, N. (2006). The Tree of Life: An approach to responding to vulnerable children [El árbol de la vida: un acercamiento para responder a las vulnerabilidades infantiles]. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 6(1), 3-16.
- Epston, D. (1999). Co-research: the making of an alternative knowledge [Co-investigación: El desarrollo de un conocimiento alternativo]. En M. Penni y P. Butterworth (Eds.), *Narrative Therapy and Community Work: A Conference collection*. (pp. 137-157). Dulwich Centre.
- Hedtke, L. (2000). Dancing with death [Bailando con la muerte]. *Gecko: A journal of deconstruction and narrative ideas in therapeutic practice*, 2.
- Hedtke, L. (2001). Stories of living and dying [Historias de vida y de muerte]. *Gecko: Journal of deconstruction and narrative ideas in therapeutic practice*, 1, 4-27.
- Hedtke, L. y Winslade, J. (2004). *Remembering Lives: Conversations with the Dying and the Bereaved* [Recordando vidas: conversaciones con la muerte y los viudos]. Baywood Publication Company.
- White, M. (1989). *Selected papers* [Artículos seleccionados]. Dulwich Centre Publications
- White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Gedisa.
- White, M. (2005). Workshop notes [Notas del Taller]. Dulwich Centre Publications. <https://dulwichcentre.com.au/michael-white-workshop-notes.pdf>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice* [Mapas de práctica narrativa]. Norton
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.



# DEVELOPING AND MAINTAINING A HEALTHY FAMILY TODAY

## DESARROLLAR Y MANTENER UNA FAMILIA SANA HOY

**Manuel Moral**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1301-1644>

Associate Professor at Oakwood University, Huntsville, Alabama USA

**Carlos Chimpén-López**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9384-3960>

Associate Professor at University of Extremadura, Cáceres, España

How to reference this article:

Moral, M. y Chimpén-López, C. (2021). Developing and maintaining a healthy family today [Desarrollar y mantener una familia sana hoy]. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), págs 197-210. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.477>

### Abstract

*This article on health families is specific regarding the key aspects about how to develop and to maintain a healthy family in today's world. These key aspects are theoretically reframed in different words and applied to the growth of a consistent family in current times. Other topics are new entries to complete the picture of a strong and vigorous family. To better understand this complex objective, this article first reviews the concepts and theories about family and love, and then review the different theoretical reviews to better understand the contemporary family. These great definitions and foundations will allow making practical applications in the areas of growth, development and maintenance of a healthy family today.*

**Keywords:** *contemporary family, family health, family life, family theorie.*

### Resumen

*Este artículo sobre familias saludables es específico en cuanto a los aspectos clave acerca de cómo desarrollar y mantener una familia saludable en el mundo actual. Estos aspectos clave se reformulan teóricamente con diferentes palabras y se aplican al desarrollo de una familia sólida en los tiempos actuales. Se ofrecen otros temas con nuevas entradas para completar el cuadro de una familia fuerte y eficaz. Para comprender mejor este complejo objetivo, este artículo repasa primero los conceptos y teorías sobre la familia y el amor, para después revisar las diferentes revisiones teóricas para comprender mejor la familia contemporánea. Estas grandes definiciones y fundamentos permitirán hacer aplicaciones prácticas en las áreas de crecimiento, desarrollo y mantenimiento de una familia saludable en la actualidad.*

**Palabras clave:** *familia contemporánea, familia saludable, vida familiar, teorías sobre familia.*



### **The Concept of Family**

A family is composed of a group of people that are members of the family by consanguinity, affinity, or shared residence (Lamanna et al., 2015; Moral, 2018). There are several levels of family. For example, the nuclear family refers to an adult couple and their children whereas the immediate family may include more relationships such as spouses, parents, children, and brothers and sisters (Nichols, 2016). There is also the extended family, which may integrate many members such as grandparents, aunts, uncles, cousins, nephews, nieces, and other relatives in law as well (Lamanna, 2014).

A family is a unit that includes functional and structural aspects. This unit is emotional, practical, economic, and full of purpose; especially, its main goal is supporting and caring between spouses and for both to do as much as they can for their children and close relatives (Lamanna et al., 2015).

### **The Concept of Love**

This is the key ingredient in a healthy family. The love of the family started first in marriage and also the couple is the pivotal model of love in the nuclear, intermediate and extended families (Carroll, 2016; Lamanna et al., 2015). For this reason, if the spouses show true love, the family will receive a healthy influence that will be beneficial to the whole system. One of the best definitions of love is based on Sternberg's triangular theory of love. According to this notion, the three elements of love are passion, intimacy and commitment (Lamanna et al., 2015; Regan, 2017). If one or more elements is missing the love will not be consummate love. There is the possibility of growing in love from incomplete types to the most mature type. For that purpose, the couple needs to be aware about how both of them think they love (Carroll, 2010).

Another analysis of love was provided by John Allan Lee in 1973 from the perspective of personalities. He classified love in six styles: eros, storge, pragma, agape, ludus, and mania. The last two styles could impact the family in a negative way. Ludus refers to search for recreational sexual partners more than for one serious spouse. Mania indicates strong intensity with extreme jealous and insatiable attention (Lamanna et al., 2015). For example, when one spouse seeks multiple partners (Ludus) he or she risks obtaining sexual transmission diseases. Also, when a partner is exceedingly suspicious (Mania) this situation increases possible fighting. However, in order to understand love properly it could be very helpful to analyze what love is not. The three things that have been examined are martyring, manipulating, and limerence. The first refers to minimizing one's own necessities while providing the other partner's needs. For example, a husband who works too hard to provide money for his family and never takes a vacation to repair his energy. The second means to control your partner using dishonest ways. For instance, a spouse who pleases his or her partner sexually, with the intention of manipulating money to be spent on what he or she wants. The third is a situation of fantasizing

about being with the beloved one in every kind of situation (Lamanna et al., 2015). For example, a spouse who decides not to eat regularly until their partner returns and they can eat together.

### **Theoretical Contributions to Understanding Contemporary Family Life**

Families are systems, of which each part is interconnected (Bateson, 1970/2015; Bertalanffy, 1968; Moral, 2018). Hence, every single member influences the others in positive or negative ways thus making dynamic relationships. To support positive changes and development in families, psychotherapy started the branch named family systems therapy. This subdivision underlined family relationships as an essential issue in psychological well-being. This branch is grounded in the study of systems under the name of the systems theory that first originated from Bertalanffy's general system theory during the 1940s (Association for Advanced Training, 2020; Bertalanffy, 1968). Later on, this notion was applied to other fields like the brain, the person and the family. Bateson and his colleagues applied the systems theory as a great tool for understanding how families work in units (Bateson, 1970/2015; Lamanna, 2014; Nichols, 2011).

### **The Complexity of the Family System Theory**

The system of the family is very complex because it is also composed of other systems. When applying the general system theory, each person is a system as well. Gordon Allport in the 1950s presented a person as a unique whole, which includes physical, emotional, spiritual, and social aspects without neglecting all the personality traits (Allport, 1960). Each individual is able to create his or her own world, to express talents and arts, to solve or create problems and conflicts, and to accept challenges, commitments, and accountability. Thus, when integrating the system of each member of a related group with the purpose of forming a family, the complexity is the key aspect to understand, develop, and maintain this integrated system of systems in a healthy condition (McAdams, 2009).

A healthy family is a unit whose parts are interconnected, but at the same time each member has own personal ideas, dreams, vision, and objectives. How can one support children and elderly aging members as well as positively influence one another while each member is successful as a person? This is the goal of a healthy family life. The complexity of the family system increases when considering homeostasis as the self-regulation that tends to maintain the system in a dynamic stability (Nichols, 2011). Don Jackson during the late 1950s, proposed the conception of family homeostasis. For example, when both spouses have disrespected each other, even though they understand that they must change and begin to implement different communication models, there will still be a tendency to return to their habitual disrespectful practices. Therefore, both of them must be positively intentional in persisting in a new positive lifestyle. The emphasis of this notion of family homeostasis is that dysfunctional patterns have the propen-

sity to resist good changes, even ones made with heroic efforts (Nichols, 2016). As a result of this tendency, couples and members could remain stuck. Part of the solution to family homeostasis is not to exaggerate this property of conservation, but to evaluate the resources available in family therapy approaches (Association for Advanced Training, 2020).

### **Resources Available for the Complexity**

Nathan Ackerman, a contemporary of Jackson, viewed homeostasis as allowing the family system to adjust in a controlled way in order to change. From this perspective, homeostasis is dynamic especially in families and is not necessarily static. Thus, psychodynamic family therapy is a valuable resource to improve family interactions and relationships. The system is open to alignments, modification, and to developing new positive patterns (Association for Advanced Training, 2020).

Murray Bowen during the 1960s was a dominant figure in family therapy. He developed the extended family systems therapy, going beyond the nuclear or immediate family. Every single member has the ability of being differentiated from the others belonging to the same system. This happens at intellectual and emotional levels (Bowen, 1978; Lee & Johnson, 2017). To achieve that purpose a professional helps the family to identify the emotional triangles in order to break them. The result of this therapy is to increase maturity and achieve higher levels of differentiation of self from one member to another (Harrison, 2018; Papero, 2014).

Salvador Minuchin during the 1970s developed a new strategy known as structural family therapy. He was convinced that each family is a system with an implicit structure that establishes how family members interact with one another in their dynamic relationships. This approach involves three steps: joining the family, evaluating its structure, and finally, restructuring the family through reframing and transformation (Minuchin et al., 2007). For example, healthy boundaries can help maintain healthy families because each member of the family knows their status, their responsibilities and their privileges without interfering with others.

### **Attachment Theory in Family System**

Susan Johnson used attachment theory to help in reviewing the dynamics and interactions of family when one partner is critical and complaining while the other is responding with defensiveness and withdrawal. This theory has been effective mainly in marriage therapy (Nichols, 2011). However, John Bowlby was the first who applied this notion to the baby-caregiver bond (Bowlby, 1969). He reasoned that infants who experienced a negative attachment in their relationships with caregivers will internalize those experiences and will correlate them with the same pattern in their adult interactions with friends, parents, or romantic relationships (Berk, 2012; Bowlby, 1969; Nichols, 2011). The three fundamental attachment types are secure, insecure and avoidant. Only the first style has no correlation with problems in adult relationships. The other two styles cause a struggle with negative

behavior in their interpersonal interactions (Lamanna et al., 2015).

Two of the main contributions of the attachment theory for healthy families are the following. First, to encourage parents to develop a secure style with children especially during infancy. This is also in agreement with the psychosocial theory of Erickson (1902-1994), in which the infant builds trust versus mistrust from the point of birth to one-year-old. A second contribution is to help adult people to identify a problematic attachment style with the purpose of learning how to change it by using individual or relationship therapy (Berk, 2012; Nikulina & Widom, 2014; Pournaghash-Tehrani, 2011).

### **Particular Position in Contemporary Family Life**

Confusion as to the purpose of this particular position in a family, alternately known as purpose, status or place in a family, can ultimately lead to its dissolution (Adler, 1963; Haley, 1981). Each member of the family needs to find a particular position in the system. The status or the role of each particular parent is important and not the same. Alfred Adler directed special attention to the order of birthday, which, according to him, determines many things in every person (Adler, 1963). After this, there was a tradition in Family Therapy which highlighted the importance of birth position in relation to certain problems. Generally, the middle child was the one most associated with rebelliousness issues (Haley, 1981). It is not necessary to take the order of birth into deep consideration. However, it is practical to pay some attention to this matter (Ivey et al., 2007). For example, parents commonly pay great attention to the firstborn. This may influence to become a leader in the future. Frank Sulloway (1996) put strong emphasis on the birth order as an impact on each person. This author wrote an interesting book titled: *Born to rebel: birth order, family dynamics, and creative lives* (cited in McAdams, 2009, p. 228).

### **Factors Leading to Family Problems: The Main Threats to Success**

There are major factors that lead to critical family problems and unhealthy conditions. Even when they are not mental disorders, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup>ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) includes them to bring attention to these issues that could interfere with a healthy family. Adult maltreatment and neglect problems between spouses that are not accidental will require professional intervention. Relational problems between parents and children could involve problems related to family upbringing, relationship distress with a spouse or intimate partner, maltreatment and neglect problems such as child physical, sexual, or psychological abuse (Jongsma et al., 2014). All of these require clinical attention and some of them legal attention as well. Sometimes educational problems in children and economic problems in adults affect the family significantly. These conditions could have a substantial influence on the health of the individuals in a family (American Psychiatric Association, 2013; Jongsma et al., 2014). Other factors that could lead to family problems threatening the system are

the following: miscommunication, lack of sense and purpose, and a boring routine.

### **Miscommunication**

This is a common problem, which starts small, but can snowball into a massive group of problems ranging from failure to accomplish tasks to abuse. One of the most common forms of miscommunication, and sometimes general lack of communicating, is plainly stated in Gottman's 4 horsemen (Gottman, 2015). Miscommunication caused by anxiety and frustration goes progressively from accusatory tones and harsh criticism to stonewalling that simply severs the communication. Another example is simply ignoring the other spouse till they threaten drastic measures to induce a result (Hooper et al., 2017). While these problems may start with something as simple as failing to vacuum on time or take out the trash when needed, they can quickly escalate into problems on a much deeper level. In turn they have the grave potential to cause separation if left untreated (Carroll, 2016).

### **Lack of Sense and Purpose**

Purpose is said to improve health and well-being as it acts as a mental fortress against stress by providing a firm feeling of internal support (Regan, 2017). In this sense, anticipatory cognitions refer to individual's ability to formulate life prognoses as an attitude characterized by an intention to understand (Barreira et al., 2001). The positive or negative meaning of these cognitions will affect expectations of the couple. When there is lack of sense and purpose in a family appear a connection between the different projects as a family and a vision of a negative meaning on themselves.

Moreover, it is impossible to accurately assess where stress factors will come from as well as safeguard against every unpredictable event that appears. These factors pose a viable problem for those who lack drive and purpose, which makes it virtually impossible to properly divide and handle resources in response to stress. More so, such immense stress causes havoc in ones' internal framework and mental fortitude. Understanding an individual's place in the world with their life in chaos is unreasonable (Windsor et al., 2015).

### **Boring Routine**

Slipping into a routine can be a good or bad thing. However, in a relationship allowing the rest of life to take over completely and failing to bring even a slight bit of excitement into the relationship will put it on a sure path to destruction. Lack of passion and desire can indicate that you no longer care enough to put time into the relationship. Many times, couples forget to fulfill each other's emotional needs, not because they feel malice or discontent, but simply because they have been overwhelmed by their other responsibilities and have forgotten. While this is not justification, it is an explanation geared to stimulate understanding. However, if one is not considering the basics of what a relationship needs simply because it is not a

priority, then the relationship is in desperate need of reevaluation (Gottman, 2015).

The following questions provide examples that should be asked by professionals in evaluation of if the relationships have fallen into listless monotony or not. Does the couple take part in small activities together with joy? Is spending free time together pleasant and something to anticipate? Are they glad to see each other after the day is finished? Are they interested in what was said and do they continue conversation enthusiastically? If after considering these questions one is confused because this has never been a cause for concern, then that could be considered exceptionally good because the couple possesses intimacy on multiple levels. However, it could also be considered tremendously horrible because the spouse in question has never put in enough time or emotions to even consider what the other needs (Regan, 2017).

### **Factors Leading to Family Health**

There are many factors that could be considered. This article is reviewing those that are more essential to the health of the entire system and its individual member as well. These factors are the following:

#### **Interpersonal Relationships in Marriage**

There are principles for positive relationships during marriage as the first stage of the family that constitutes the foundation of the nuclear family. It is a myth that communication itself is a recipe for a stable, durable, and happy marriage because when conflicts arrive, neither party is listening to the other and then the communication channels get damaged (Cowan & Hetherington, 2016; Gottman & Gottman 2019). Sometimes, active listening brings solutions with positive feedback (Gottman, 2015). However, what is more important is to repair in an effective way, learning the principles for making a marriage work. It is key to know how to treat differences with respect and honor. Issues such as gender, culture, religion, and personality could define these differences. The next step will be to allow your partner to influence you with his or her differences. This will make it possible to overcome gridlock and to get a sense of transcendence (Lamanna et al., 2015).

#### **Interpersonal Relationship with Children**

Parents should practice with children positive verbal and affective communication to develop familial and social relationships starting with the first stage of a baby. During the school years parents should involve teachers and educators when communicating about their children and should use cooperation to promote healthy communication (Berk, 2012; Favez et al., 2012). Adolescence many times involves an identity crisis as one is searching for his or her role according to Erik Erikson's psychosocial theory (Berk, 2012, Lamanna et al., 2015). During this period, parents should be open with children in exchanging new information and sharing new realities that could scare them, causing both anxiety and fear (Xiao et al., 2011).

Adolescence is a critical time in human life. Parents that were doing great in relationships with their children frequently are failing when their children become adolescents (Berk, 2012). Many aspects change in the teenager's life from childhood to preadolescence. For example, adolescents may be identified their selves and showing fidelity to their parents, or they may be confused about themselves and display rebellious behavior to their father and mother (Association for Advanced Training, 2020). These changes continue happening in a drastic way more and more from early, to middle, and late adolescence. Parents often disconcert in front of these quick and sometimes abrupt changes due to the growth and hormonal development of their teenagers. These young people usually exhibit a high level of stress looking for identity, searching for meaning of life, and are eager to discover their role in the demanding contemporary society (Walsh, 2014).

### **Assertive Communication**

Communication is a process for transferring and receiving information, feelings, understanding, and acceptance in order to move forward to dreams, goals, and plans (Cowan & Hetherington, 2016). It involves different levels from superficial to deep. The high level of communication brings satisfaction, harmony, and happiness among family members. The nuclear family communication just started with the couple, probably when they married. During this stage the focus was the romantic love and the adaptation to one another (Volling, 2012). However, marital communication changes from marriage to family when the first child is born. Both spouses should make adjustments from their prior topics and views to effectively communicate with a new member of the system. If the family continues gaining new members, new adjustments will be required for healthy communication. The systems need to balance their structure while interacting with familial dynamics (Xiao et al., 2011).

### **Healthy Financial Patterns**

Money is representative of a wide variety of deeper issues in a relationship and even on a personal level (Gottman & Gottman, 2019; Lamanna et al., 2015). Money often times represents an individual's desire for security, power, or both. To create healthy financial patterns, one must learn how to balance freedom and commitment (Feeney & Collins, 2014). What is the balance between saying on the one hand, this is my money that I earned and on the other hand saying, I am responsible for my family whose members have needs and dreams perhaps different from mine? Each person has his or her own story about how he or she understands money. the individuals' story should be put in the context of how the other members of the family understand money (Gottman & Gottman, 2019). An interpersonal consensus of love and respect may be positively functional. Finances can provide pleasure and protection, and in a relationship, it can be especially hard to make both of these a reality in a consistent manner. One such reason is because money has such

a diverse meaning and purpose to each unique person in its own way. Early in a relationship, a majority of financial problems are considered solvable (Symoens et al., 2014). However, as the relationship progresses and the financial changes in question involve more money, assets, and family members, it can become increasingly difficult to resolve them. This being said, as a couple ages one of two things will happen, either the circumstances will have been solved with time, or else they will become a source of constant and repetitive strain on the relationship. Either way it becomes necessary to take children, education, housing, job opportunities and the economy into account when making any type of financial decision (Chiu, 2017).

There is a plethora of techniques that can be used to improve financial well-being. This can include but is not limited to: Itemizing your current expenditures by listing all of your past and current uses of money. Management of everyday finances by taking the previously mentioned list and considering every item on it carefully and placing them into a category, such as essential and non-essential. Coming up with a plan to consistently pay bills, such as who is in charge of payment and delivery of the billed amount. These are only small examples of what can be done to begin the improvement of the families' handling of finance (Elbogen et al., 2011).

### **Healthy Sexuality**

In order to obtain a healthy sexuality, the couple must have a strong understanding and acceptance of each other on a fundamental level. As Gottman (1999) so aptly stated, "No other area of a couples' life offers more potential for embarrassment, hurt, and rejection than sex" (p. 200). In many cases it has been found that when conversations come up based on the topic of sex and intimacy, the couples are extremely vague and appear to want the conversation over with as quickly as possible. They seldom convey their emotions with clarity and decisiveness. This only leads to the problem continuing without any real resolution (Feeney & Collins, 2014). There are types of communication that can be avoided in order to strengthen intimacy and sexuality in a relationship. Some aspects that should be avoided are indirect, imprecise, and inconclusive conversation. If the couple learns how to talk to each other, however, in particular about this delicate topic, the sexual intimacy and identity can be improved with leaps and bounds (Carroll, 2016).

Healthy sexuality in a relationship requires the couple to be understanding of the vulnerable state that they both are in, and to find a suitable response to each spouse's requests and desires. When tackling this topic, one may show finesse as well as passion, being gentle and considerate while taking into account that it is acceptance and love that both spouses desire (Regan, 2017). The purpose of sexual intimacy is simply to create a bond between the couple, having fun, feeling pleasure and seeing the satisfaction each partner brings to the other (Carroll, 2016). All of this brings the couple into a closer more loving relationship. It also creates a feeling of value and belonging between the two. This is a delicate strength that may be sought by both partners for the sake of their relationship (Hernandez et al., 2011).

### **Unity Throughout Diversity**

Differentiation of self refers to the ability that individuals possess to separate the emotional functioning from the cognitive performance (Association for Advanced Training, 2020; Bowen, 1978). This ability is first developed in the nuclear family and its levels continue establishing throughout the extended family and all the other relationships (Harrison, 2018). For example, if one of two spouses develops a higher level of differentiation of self, that individual will be able to better manage their emotions in their interactions with that person. On the contrary, if the level of differentiation of self is low, the tendency will be to develop a partner attachment with a co-dependency that will make him or her difficult to face the challenges of daily life (Moral, 2018). This is also applicable to the relationship among parents and children.

Differentiation of self can aid in the production of individuality of both personal identity and future and present goals. Not all the members of the nuclear family are the same, though they may share various attributes. This can make a fundamentally diverse and strong constitution in the family (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988). This can be called interconnection, or a personally validating and supportive form of teamwork that is comprised of set supportive roles in a family group. This can allow individuals in a family to function individually, while at the same time creating strong bonds and support habits that procure a more effective way of reaching goals as a family unit (Minuchin et al., 2007). Avoiding meshing can be a far more problematic task than one may have originally anticipated. As the name implies, meshing is the point at which the use of family structure as a support system to achieve goals turns into a dependence that prevents further growth (Lamanna et al., 2015).

### **Cultural Influences**

Culture has two aspects. The first aspect determines the surface culture, the objective factors that are the product of people group endeavors such as food, holidays, arts, folklore, history, dress, and heroes (Peleg & Rahal, 2012). The second aspect makes up the deep culture and includes the objective factors such as thoughts, beliefs, and actions of a people group based on aesthetics, ethics, precedence, gender, roles, religion, use of space, things considered taboo, use of time, sense of ownership, concepts of normality and wellness and communication style. Culture is a very complex concept that combines external and internal factors (Peleg & Rahal, 2012). For this reason, each group has its own culture, but there also could be different variations among members of the same culture. The members of the family could be from different cultures. For a healthy family, there is a need of interpreting correctly members from diverse cultures (Organista et al., 2010).

Culture is a coordinated way of sharing life that is transmitted to each new generation. In this process of transmission, the patterns of thought and behavior undergo changes, adjustments and even transformations (Moral, 2018). Therefore,

culture should not be considered as a static but a dynamic notion with constant interactions among individuals, families and society (Association for Advanced Training, 2020). Families are in transitions and constant reorganization (Cowan & Hetherington, 2016). The cultural dynamism of families can positively or negatively impact the interactions between families and, specifically, with the new forms and types of family that exist such as single parent, homoparental, rainbow, etc (Lamanna et al., 2015). It is not necessary to agree with everything or everyone in the family, but it is healthy to express sympathy and even more to show empathy that develops compassion and understanding through diversity and differences.

### **On Family Structure and Relationships**

Family members should be aware if there are cultural differences among the members of the nuclear, immediate, and extended family. It is great to educate each member to understand, respect, and facilitate cultural variations that could range from mild to strong (Bowen, 1978). However, it is possible only with empathy, and some knowledge about each culture related to the particular family. Families do not change culture (Haefner, 2014). Nevertheless, they are helping their members through cultural diversity looking for an ideal macro-culture that wants pluralism, which means that everyone can preserve his or her own culture and live in a peaceful family with other cultural backgrounds and at the same time interchange and borrow values, customs and beliefs (Organista et al., 2010).

### **Summary and Conclusions**

Family therapy originated during the 1950s from Gregory Bateson. However, the dominant figure on this theory is Murray Bowen throughout the 1960s to 1990s because he was the first to develop the revolutionary Family Systems Theory. Bateson, Bowen and others defined the family through a systemic worldview (Bowen, 1978; Papero, 2014; Torres, 2016).

If one understands how the whole family works, it is possible to understand each specific member of that family. This perspective takes into account theories, relationships, status, roles, and negative and positive factors that affect the system. The purpose is to have a healthy functioning family. This notion could be applied to improve the quality of life of the family because all the members are affecting one another (Ivey et al., 2007).

Naturally the factors mentioned are simply a small fraction of the immense number of negative circumstances that can affect a relationship and damage a family. However, all of these can be seen as lead-ins to other lesser and greater problems, such as infidelity, abuse of various natures, and even suicide in some cases. Conversely, it can be seen that when there is a lack of communication, passion, supportiveness and understanding of one's internal struggles and needs, that the relationship is in dire need of both individual and family counseling (Arnocky et al., 2015).

Once again it can be said that these are only a limited few of the aspects of relationships that can help create a healthy family. It can be said however that these make up some of the stronger fundamentals. Family structure, parental relationship modeling, and proper use of finance are the basics needed for the building of a strong, connected and loving family unit (Gottman & Gottman, 2019; Lamanna et al., 2015).

From the theoretical frameworks discussed early Ackerman emphasizes that the system of the family is dynamic with transitions from generation to generation. Thus, it is recommended to preserve open this system without interfering the capacity of communicating throughout giving positive output and receiving affirmative input (Association for Advanced Training, 2020; Moral, 2018).

If members of the family have good psychological health, they may at the same time be aware of cultural differences of some members of the entire family. It is recommended that a healthy family should develop intercultural and multicultural skills, not only with information but in a practical way, knowing especially about those cultures that are related to a specific family (Organista et al., 2010). A healthy family is grounded on love, respect, assertive communication, reciprocity, complementarity, proximity, growth and development; all of these interconnected throughout diversity, similarities and differences.

## References

- Adler, A. (1963). *Individual psychology*. Littlefield, Adams, & Company.
- Allport, G. W. (1960). The open system in personality theory. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61(3), 301-310. <https://doi.org/10.1037/h0043619>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnocky, S., Sunderani, S., Gomes, W., & Vaillancourt, T. (2015). Anticipated partner infidelity and men's intimate partner violence: The mediating role of anxiety. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 9(3), 186-196. <https://doi.org/10.1037/ebs0000021>
- Association for Advanced Training in the Behavioral Sciences (2020). *Counseling: National counselor exam, volume II*.
- Barreira, D.P., Cavaglia, F., & Pires, A.M. (2001). Cognições antecipatórias: Um estudo comparativo e correlacional. *Psicol. Saúde Doenças*, 2, 101-105.
- Bateson, G. (2015). Form, substance and difference. *ETC: A Review of General Semantics*, 72(1), 90-104. (Original work published in 1970).
- Berk, L. E. (2012). *Infants, children, and adolescents* (7<sup>th</sup> ed.). Pearson.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume I: Attachment*. Basic Books.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. The Rowman & Littlefield.
- Carroll, J. L. (2010). *Sexuality now: Embracing diversity* (3<sup>rd</sup> ed.). Cengage Learning.
- Carroll, J. L. (2016). *Sexuality now: Embracing diversity* (5<sup>th</sup> ed.). Cengage Learning.
- Chiu, T. Y. (2017). Marriage migration as a multifaceted system: The intersectionality of intimate partner violence in cross-border marriages. *Violence Against Women*, 23(11), 1293-1313. <https://doi.org/10.1177/1077801216659940>
- Cowan, P. A., & Hetherington, M. (2016). *Family transitions: Family Research Consortium: Advances in family research* (2<sup>nd</sup> ed.). Routledge.

- Elbogen, E. B., Tiegreen, J., Vaughan, C., & Bradford, D. W. (2011). Money management, mental health, and psychiatric disability: A recovery-oriented model for improving financial skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 34*(3), 223-231. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.223.231>
- Favez, N., Lopes, F., Bernard, M., Frascarolo, F., Scaiola, C. L., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, H. (2012). The development of family alliance from pregnancy to toddlerhood and child outcomes at 5 years. *Family Process, 51*(4), 542-556. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01419.x>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2014). Much "I do" about nothing? Ascending mount Maslow with an oxygenated marriage. *Psychological Inquiry, 25*(1), 69-79. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.878683>
- Gottman, J. M. (1999). *The seven principles for making marriage work: A practical guide from the country's foremost relationship expert*. Three Rivers Press.
- Gottman, J. M. (2015). *The seven principles for making marriage work: A practical guide from the country's foremost relationship expert* (2<sup>nd</sup> ed.). Harmony Books.
- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2019). *Eight dates to keep your relationship happy, thriving and lasting*. Penguin Life.
- Haefner, J. (2014). An application of Bowen family systems Theory. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(11), 835-841. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.921257>
- Haley, J. (1981). *Uncommon Therapy the Psychiatric Techniques of Milton Erickson*. Norton.
- Harrison, V. (2018). *The family Diagram & Family Research: An illustrated guide to tool for working on differentiation of self on one's family*. Center for the Study of Natural Systems and the Family.
- Hernandez, K. M., Mahoney, A., & Pargament, K. I. (2011). Sanctification of sexuality: Implications for newlyweds' marital and sexual quality. *Journal of Family Psychology, 25*(5), 775-780. <https://doi.org/10.1037/a0025103>
- Hooper, A., Spann, C., McCray, T., & Kimberly, C. (2017). Revisiting the basics: Understanding potential demographic differences with John Gottman's Four Horsemen and emotional flooding. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 25*(3), 224-229. <https://doi.org/10.1177/1066480717710650>
- Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan L. (2007). *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective* (6<sup>th</sup> ed.). Pearson.
- Jongsma, A. E., Peterson, J. L., & Bruce, T. J. (2014). *The complete adult psychotherapy treatment planner* (5<sup>th</sup> ed.). Wiley.
- Kerr, M., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation*. Norton.
- Lamanna, M. A. (2014). *Study guide for marriages, families, and relationships* (12<sup>th</sup> ed.). Content Technologies.
- Lamanna, M. A., Riedmann, A., & Stewart, S. (2015). *Marriages, families, and relationships* (5<sup>th</sup> ed.). Cengage Learning.
- Lee, H.-H., & Johnson, R. W. (2017). Assessing the psychometric properties of the Differentiation of Self Inventory-Revised for Asian-American bicultural adults. *The American Journal of Family Therapy, 45*(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1232611>
- McAdams, D. P. (2009). *The person: an introduction to the science of personality psychology* (5<sup>th</sup> ed.). Wiley.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W.-Y. (2007). *Assessing families and couples: from symptom to system*. Allyn and Bacon.
- Moral, M. (2018). *The relationship between differentiation of self and psychological adjustment to separation* (Publication No. 13424258) [Doctoral dissertation in the Northcentral University San Diego-California]. ProQuest Dissertation and These Global.
- Nichols, M. P. (2011). *The essentials of family therapy* (5<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.
- Nichols, M. P. (2016). *Family therapy: Concepts and practice* (11<sup>th</sup> ed.). Pearson.
- Nikulina, V., & Widom, C. S. (2014). Do race, neglect, and childhood poverty predict physical health in adulthood? A multilevel prospective analysis. *Child Abuse & Neglect, 38*(3), 414-424. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.007>
- Organista, B. B., Marín, G., & Chun, K. M. (2010). *The psychology of ethnic groups in the United States*. Sage.
- Papero, D. V. (2014). Assisting the two-person system: An approach based on the Bowen Theory. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 35*(4), 386-397. <https://doi.org/10.1002/anzf.1079>
- Peleg, O., & Rahal, A. (2012). Physiological symptoms and differentiation of self: A cross-cultural examination. *International Journal of Intercultural Relations, 36*(5), 719-727. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2012.04.001>
- Pournaghash-Tehrani, S. (2011). The role of beliefs, attitudes and adverse childhood experiences in predicting men's reactions towards their spouses' violence. *Journal of Family Violence, 26*, 93-99. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9345-1>
- Regan, P. C. (2017). *The mating game: A primer on love, sex, and marriage* (3<sup>rd</sup> ed.). Sage.
- Sulloway, F. J. (1996). *Born to rebel: birth order, family dynamics, and creative lives*. Pantheon Books.

- Symoens, S., Van de Velde, S., Colman, E., & Bracke, P. (2014). Divorce and the multidimensionality of men and women's mental health: The role of social-relational and socio-economic conditions. *Applied Research Quality Life, 9*, 197–214. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9239-5>
- Torres, P. (2016). Burnout and stress in child protection workers: The moderating role of differentiation of self (Publication No. 10105308)[Doctoral dissertation in the Northcentral University, Prescott Valley]. ProQuest Dissertation and These Global.
- Volling, B. L. (2012). Family transitions following the birth of a sibling: An empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Psychological Bulletin, 138*(3), 497-528. <https://doi.org/10.1037/a0026921>
- Walsh, D. (2014). *Why do they act that way? A survival guide to the adolescent brain for you and your teen* (2<sup>nd</sup> ed.). Simon & Schuster.
- Windsor, T. D., Curtis, R. G., & Luszcz, M. A. (2015). Sense of purpose as a psychological resource for aging well. *Developmental Psychology, 51*(7), 975-986. <https://doi.org/10.1037/dev0000023>
- Xiao, Z., Xiaoming Li, X., & Stanton, B. (2011). Perceptions of parent-adolescent communication within families: It is a matter of perspective. *Psychology, Health & Medicine, 16*(1), 53–65. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.521563>

# PATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD (V). DEPRESIÓN Y SUICIDIO: LA CONSTRICCIÓN DEL SER

## PATHOLOGIES OF FREEDOM (V). DEPRESSION AND SUICIDE: THE CONSTRICTION OF THE BEING

**Manuel Villegas Besora**

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

Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas, M. (2021). Patologías de la libertad (v). Depresión y suicidio: La constricción del ser. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 211-269. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.861>

### Resumen

*Este artículo se inscribe en la serie “patologías de la libertad” dedicada a la comprensión de los “trastornos neuróticos” más frecuentes, desde la perspectiva del análisis existencial. Versa sobre depresión y suicidio, dado que la depresión es uno de los desencadenantes más habituales del suicidio, en su triple vertiente ideacional, tentativa o ejecutiva. Desde el punto de vista existencial la depresión significa el hundimiento del núcleo central de la existencia. Esta deja de tener sentido y proyección en el mundo sea natural (Umwelt), social (Mitwelt) o personal (Eigenwelt). Se analiza esta relación a través de tres casos, específicos para cada uno de estos tres mundos.*

Palabras clave: *depresión, existencia, suicidio, Umwelt, Mitwel, Eigenwelt.*

### Abstract

*This article is part of the series “pathologies of freedom” dedicated to the understanding of the most frequent “neurotic disorders”, from the perspective of existential analysis. It treats on depression and suicide, since depression is one of the most common triggers of suicide, in its threefold ideation, attempt or execution. From an existential point of view, depression means the sinking of the central nucleus of existence. It ceases to make sense and projection in the world whether natural (Umwelt), social (Mitwelt) or personal (Eigenwelt). This relationship is analyzed through three cases, specific to each of these three worlds.*

Keywords: *depression, existence, suicide, Umwelt, Mitwel, Eigenwelt.*



*Solo hay un problema filosófico verdaderamente serio, el suicidio.  
Juzgar si la vida vale la pena de ser vivida es responder a la cuestión  
fundamental de la filosofía.*

--Albert Camus. *El mite de Sísif*

En trabajos anteriores hemos analizado algunas de las patologías neuróticas mayores, si se nos permite hablar en estos términos, desde la perspectiva de los conflictos de la libertad. Así la agorafobia, como restricción del espacio (Villegas, 1995), la obsesión, como constricción de la espontaneidad (Villegas, 2000) y la anorexia, como restricción de la corporalidad (Villegas, 1997), contrapuesta a la bulimia, como su descontrol (Villegas, 2004). Sin embargo, a pesar de habernos referido a ella en diferentes escritos (Villegas, 2011), no hemos dedicado todavía un monográfico específico al estudio de la depresión como tal.

Al intentar integrar el presente estudio sobre la depresión en la serie de patologías de la libertad, la primera cuestión que se plantea es la de encontrar su encaje en la lógica discursiva que la estructura. ¿De qué manera la depresión se puede considerar un conflicto de la libertad? La respuesta se presenta de forma casi automática: la depresión afecta, ya desde su fundamento ontológico, a la libertad de ser o para ser.

En términos existenciales se puede considerar la depresión como la “constricción del ser” o, en términos filosóficos, del “*Dasein*”. Como quiera que esta expresión puede resultar de difícil comprensión fuera del ámbito de la filosofía, podemos traducirla como la constricción o limitación del mundo, entendido como espacio simbólico de proyección de la existencia. La palabra *ex-sistencia* significa literalmente estar (*sistere*) fuera (*ex*), de donde el concepto heideggeriano de “*Da-Sean*”: “el ser ahí”, que está fuera. ¿Fuera, dónde?: en el mundo.

En el contexto de la filosofía existencial, el mundo se entiende como espacio simbólico de proyección propia y relación con los demás. El ser humano se halla situado en relación al mundo *natural*, el *Umwelt*, o mundo de la naturaleza, de la ecología, el mundo de la corporalidad, de la sexualidad, de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte; al *Mitwelt* o mundo de la presencia *social* y de las relaciones interpersonales: el mundo de la familia, de la pareja, de las amistades, de la profesión o del trabajo, de la fama y de la imagen; y el *Eigenwelt* o mundo propio: el mundo de la intimidad, la autoconciencia, la identidad personal, la percepción de sí mismo, de la autonomía y la responsabilidad. El fallo, fracaso, ausencia, pérdida, constricción, negación, exclusión o limitación en cualquiera de estos mundos puede ser motivo de depresión, es decir de impotencia o falta de *poder ser*.

### **Fallo Ontológico**

El primero de los fallos afecta a la vida misma, lo podemos considerar un fallo ontológico, supone la negación del ser *natural* (*Umwelt*), su existencia se considera ilegítima. El ser es directamente eliminado (muerte o suicidio). Una gran parte de

los suicidios responden a sentimientos de fracaso o invalidación ontológica. “Al mirarme, mi madre veía a otra persona. Yo sentía que no existía, que es lo mismo que sentirse insustancial... o que era un ser equivocado, debería haber sido una niña, en sustitución de mi hermana muerta”, escribe Paul Williams (2014) en *El Quinto Principio* en relación al descuido y abandono del que fueron víctimas tanto él como su hermana Patricia. Una experiencia de invalidación ontológica que no tiene que terminar necesariamente en suicidio, sino que, inversamente, con frecuencia, como en el caso de Paul, puede dar lugar a una vida resiliente y satisfactoria.

La persona que siente rabia o desprecio contra sí misma y desea morir, lo expresa en ocasiones a través de afirmaciones categóricas del tipo: “No tendría que haber nacido” o con ensoñaciones de muerte, como liberación:

Algunos luchan por vivir; se aferran a la vida, lo darían todo, mientras que otros, al menos yo, deseo en secreto una muerte plácida, que se acabe esta tortura... Diría que soy horrible por decir todo esto, al menos lo sentiría de alguien como yo, pero la primera que paga las consecuencias soy yo, así que tampoco voy a reprochárselo, que ya tengo suficiente tormento con lo que tengo...

### **Exclusión Social**

Otra fuente de invalidación existencial es la exclusión *social* (*Mitwelt*), por la que alguien es perseguido, excluido, discriminado, humillado o deshonrado en el ámbito de las relaciones interpersonales, sean éstas públicas o privadas. Valeria Ugazio (2018) la coloca en la base de la depresión desde su perspectiva social, sistémica o relacional:

Las personas con organización depresiva, provienen de familias en las que predomina la *semántica de la pertenencia*, centrada en dos polaridades semánticas nucleares: inclusión/exclusión, honra/deshonra. Estar incluido en la familia, en la parentela, en la propia estirpe, en la comunidad es lo más importante precisamente porque en el mismo núcleo familiar hay quien está excluido, marginado, rechazado. La expulsión del grupo, la falta de una pertenencia familiar son vividas como una deshonra irreparable, mientras el bien más grande es estar enraizados y ser honrados o reconocidos dentro de los propios grupos de pertenencia, de la familia a la comunidad, o incluso en el trabajo.

### **Fracaso Existencial**

La reacción depresiva responde muchas veces al fracaso existencial, como consecuencia de un itinerario vital equivocado, que podríamos calificar de “proyecto existencial frustrado”, como percepción de pérdida de sentido o como ausencia de proyección en el futuro. En el momento en que, por la causa que sea, tenemos la sensación de no encontrarle sentido a nuestro existir eso lleva como consecuencia la reacción depresiva acompañada muchas veces de ideas de muerte o suicidio,

puesto que lo que está en juego es la continuidad del *propio* mundo (*Eigenwelt*).

La sensación de vacío existencial adquiere distintos matices según el momento vital de la persona. Desde la perspectiva de la edad puede vivirse como nostalgia, desengaño o depresión frente a la percepción de inutilidad de cualquier esfuerzo por alcanzar la felicidad, como un fracaso ante una vida perdida o como una falta de proyecto que desarrollar en este mundo. Esta sensación de vacío, o falta de sentido de la vida, es típica de las crisis del ciclo vital. El texto que transcribimos a continuación pertenece a una joven que no vislumbraba un horizonte para su vida donde proyectarse:

*La vida ya no tiene sentido para mí, ya no tengo ilusiones, ya no puedo luchar más, ya estoy cansada de llorar y de engañarme, pensando que el día siguiente será distinto. Ya no puedo más. Estoy desesperada porque sé que nunca me curaré, porque ya lo he probado todo y nada funciona... La única solución es desaparecer; pero hay algo que me lo impide; y no quiero impedimentos, no quiero conformidad. La única solución es desaparecer, pero no sé cómo hacerlo sin que nadie sufra por mí. Por eso, si no hubiera nacido, todo sería mejor, tanto para mí como para la gente que sufre por mí.*

Laura, en cambio (Balcells, 2017), de 52 años, desde una perspectiva del ciclo medio de la vida, no solamente carece de perspectiva de futuro, sino que considera un fracaso todo su pasado y un incordio para los demás, su presente:

Terapeuta (T): *¿Sabrías identificar los pensamientos que te llevan a fantasear con el suicidio?*

Laura (L): *Sí, son cosas que me hago o pienso yo: como que no les importo a mis padres, que sin mi estarían todos más tranquilos, no sufrirían pensando “a ver qué nos depara ahora ésta.” Estoy cansada de tantas cosas que no puedo solucionar... como mi malestar... No hago nada bien, cada vez que abro la boca, si digo lo que pienso, si hago lo que quiero hacer. No he sido una madre que se haya hecho respetar, he dado, poco afecto a mi marido... Solo pienso en mí, soy egoísta... he dicho cosas que han herido a los demás o les han hecho daño, soy un desastre; no sirvo para nada... No me gusta cuando miro atrás en mi vida y menos cuando miro hacia delante. Soy una preocupación constante para los míos, suegra y amigas incluidas. Si yo no estuviera, lo pasarían mal unos días, pero luego estarían mejor. Estarían en paz.*

T.: *Dices que has pensado muchas veces en las maneras de morir.*

L.: *Sí... cuando estoy en casa: tirarme por el balcón, como si fuese un accidente. Lo haría de noche, cuando todos duermen, porque siempre me salva mi marido, así lo conseguiría de una vez. También lo pienso en la calle: que me atropelle un coche, o mejor un camión. No miro al cruzar la carretera, pero paran y me pitan. Así, también parecería un accidente.*

En las páginas siguientes vamos a considerar en detalle a través del estudio de tres casos reales, pero con nombres ficticios, la relación entre depresión y (intentos de) suicidio con el colapso existencial en cualquiera de estos tres mundos: *Umwelt*, *Mitwelt* y *Eigenwelt*.

## Umwelt

### Ellen West: Antes Muerta que Vieja, Gorda y Fea

“Me encantan los dulces / El cielo sería morir en una cama de helado de vainilla...” (Birdart, 1990). Estos son los primeros versos con que inicia el poema de Fank Bidart (1990), escrito a mediados de los años setenta, dedicado a Ellen West, convertido recientemente en el libreto de la ópera de cámara del mismo nombre, musicada por Ricky Ian Gordon y estrenada en Julio de 2019 en la Ópera de Saratoga (EE.UU). Y continúa:

Pero mi verdadero yo/ es delgado/ solo silueta/ de gestos delicados/ el tipo de chica rubia y elegante/ cuyo cuerpo es la imagen de su alma. / Mis médicos me dicen / que debo abandonar este ideal; / pero no..., no puedo. Solo para mi esposo / no soy simplemente un *caso*. /Pero es tonto. / Se casó con un pedazo de carne / y pensaba que era una esposa. (Birdart, 1990)

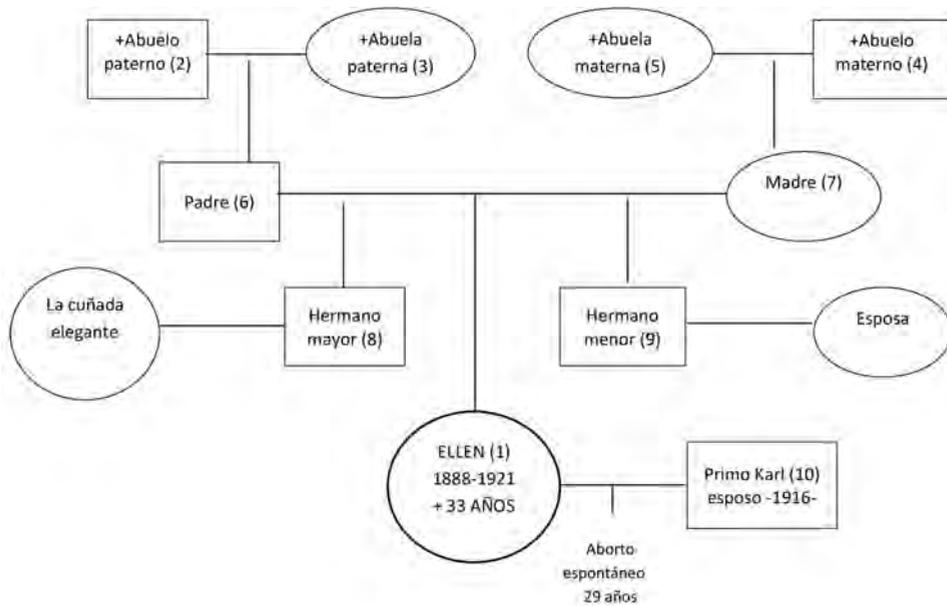
El caso de Ellen West muestra a la perfección el conflicto existencial de una persona que se debate inútilmente entre su ser natural (*Umwelt*) y su ser ideal (*Eigenwelt*). Hasta el punto de haber dejado escrito en su diario “*Créame Dios mío otra vez, pero créame mejorada*”. Esta lucha imposible le lleva finalmente al suicidio a los 33 años de edad.

### Genograma

¿Pero quién era Ellen West? Ellen West es el seudónimo de una paciente que fue admitida el 14 de enero de 1921 en la clínica Bellevue de Kreuzlingen, de la que Binswanger era superintendente, y que murió después de tomar una dosis letal de veneno en la noche del 2 al 3 de abril del mismo año, a la edad de 33 años.

A través de los textos de Binswanger (1945) es posible extraer algunos datos relativos a su historia y a su familia, que permiten obtener el siguiente Genograma (figura 1):

Figura 1  
Genograma de Ellen West



- 1) Ellen West. De familia judía tanto por línea paterna, como materna. 1888-1921.
- 2) Abuelo paterno: autócrata, severo.
- 3) Abuela paterna: amable, conciliadora, semanas calladas.
- 4) Abuelo materno: muerto joven.
- 5) Abuela materna: aspecto saludable. Segundas nupcias. Longeva. Demencia senil
- 6) El padre: se le describe autocontrolado, reservado, constante y activo, delicado y sensible; nervioso, padece insomnio. Tuvo seis hermanos. El primero, una chica que enloqueció el día de la boda. El segundo, asceta riguroso. El tercero se suicidó a los 25 años. El cuarto también se suicidó en un ataque de melancolía. El quinto y el sexto padecieron esclerosis mental.
- 7) La madre, hija única por parte de padre. Tuvo cinco hermanos por parte de madre (de las segundas nupcias), nerviosos, enclenques, pero longevos.
- 8) Hermano mayor (cuatro años más). Cabello negro, equilibrado y alegre.
- 9) Hermano menor. Rubio. Episodios psiquiátricos. Artista delicado.
- 10) Karl, marido y primo hermano de Ellen, se casan en 1928.

### *Cronograma*

Ellen West nació a finales de julio de 1888, de familia judía, burguesa bienestante, probablemente en Norteamérica, aunque la mayor parte de su vida se desarrolló en Suiza. Era la segunda de tres hermanos. Una mirada global sobre su historia nos permite descubrir puntos de inflexión en esta existencia que marcan el paso hacia un punto sin retorno. La representación sintética de la vida de Ellen West describe una línea de proyección que apunta fuerte en la adolescencia y juventud, pero que con el tiempo, va replegándose estérilmente sobre sí misma hasta su autodestrucción. En síntesis puede representarse a través del siguiente cronograma:

- 1888 – 1904. (De 0 a 16 años) Nace en el continente americano, probablemente (EE.UU). De familia judía, que posteriormente se traslada a Suiza. Del periodo de la infancia no hay documentación. Le gusta aprender e ir a la escuela. Sus juegos son más bien infantiles hasta los 16 años, donde empieza a mostrar intereses sociales.
- 1904 – 1910. (Entre 16 y 22 años) En este periodo sus intereses sociales se manifiestan en estudios y lecturas de filosofía y literatura. Se hace referencia de varios viajes a París, Sicilia y más en concreto dos viajes trasatlánticos. Trabaja en una sala de lectura infantil y obtiene la “Matura” en economía. Practica equitación. Aparecen algunos flirteos amorosos y algunos escarceos con la comida y el ayuno.
- 1911 - 1913 (Entre 23 y 25 años) Con 23 años obtiene el magisterio. Conoce un estudiante de pensamiento revolucionario, por quien se siente atraída. Llegan a un compromiso que posteriormente se rompe por exigencia paterna. Entremedio una aventura desagradable con el profesor de equitación. Continúan los balanceos entre comer y ayunar.
- 1914 – 1916. (Entre 26 y 28 años) Tercer viaje trasatlántico. Su vida sentimental da bandazos. Ahora aparece Karl, el primo, que la pretende, pero a la vez se producen reencuentros con el estudiante, replanteando la ruptura. La sintomatología alimentaria continúa por un igual. Sus actividades físicas incluyen gimnasia, excursiones. Sigue cursos de música y trabaja en una guardería infantil.
- 1916 – 1918. (Entre 28 y 30 años) Se produce la ruptura definitiva con el estudiante y contrae matrimonio con su primo Karl. Habiendo quedado embarazada, sufre un aborto, tal vez debido a su estado físico, debilitado por las fuertes dietas.
- 1918 – 1920. (Entre 30 y 32 años) Aumenta su dedicación a obras sociales. Trabaja en una agencia de bienestar social. Conferencias, teatro, excursiones. Su conducta alimentaria presenta mayores desequilibrios: atracones, laxantes, dietas de frutas, largas caminatas. La curva ponderal que podemos trazar a partir de los documentos es la siguiente: 72kgs. (28 años), 47 (31 años), 42 (32 años), 46/47 (33 años). Su estado de salud general empeora (aparece la amenorrea, cesan las relaciones sexuales, etc.) lo que la lleva

a visitar muchos médicos, ginecólogos y finalmente también neurólogos. Inicia también psicoanálisis.

- 1920 – 1921. (33 años) Deja el trabajo. Sus actividades se centran en lecturas, asistir a clases en la universidad, teatro y paseos. Los desórdenes alimentarios son cada vez más graves. Se suceden las visitas a internistas, neurólogos. Un segundo psicoanálisis, también interrumpido. Cuatro intentos de suicidio. Fracasado un primer internamiento en clínica psiquiátrica, es admitida en el sanatorio de Kreuzlingen en enero de 1921, dirigido por Ludvig Binswanger. Se da de alta voluntariamente en abril del mismo año y se suicida a la vuelta a casa con una dosis letal de veneno, a los 33 años de edad.

### La Mirada Diagnóstica

En escritos anteriores (Villegas, 1981, 1989) nos hemos ocupado ampliamente de este caso que, sin embargo, nos parece tan relevante para el tema que estamos tratando que no podemos evitar volver a traerlo aquí de nuevo, desde la perspectiva de la relación entre depresión y suicidio, dentro del marco de comprensión existencial con que hemos planteado este estudio.

Sin embargo, para no repetirnos en la exposición del caso nos hemos tomado la libertad de contarlo de manera diferente, enfocándolo no como una historia clínica, debidamente comentada, que es lo que hace Binswanger (1945); ni como un monólogo poético, que es lo que hace el poema de Bidart (1990), sino como un diálogo imaginario, producido en la actualidad entre Ellen West y un terapeuta, que la entrevista a través de una plataforma virtual desde el más allá.

### Entrevista con Ellen West

Ellen West (E): *Hola, buenos días.*

Terapeuta (T): *Buenos días.*

E.: *Veo que no me reconoces.*

T.: *No, la verdad. ¿Quién eres, cómo te llamas?*

E.: *Soy Ellen West, aunque no me llamo así.*

T.: *¡Ah! claro. Este es el nombre ficticio que te puso Binswanger, cuando en 1945 publicó tu caso. Pero los psicólogos no hemos llegado a saber nunca cómo te llamabas de verdad.*

E.: *Ni te lo diré ahora.*

T.: *De acuerdo, pues, te llamaremos Ellen.*

E.: *Así me gusta... Este es el nombre con el que se me conoce en la historia de la psiquiatría... Me he conectado por Skype, porque me gustaría poder aclararme sobre una cuestión de diagnóstico en mi caso.*

T.: *Tu caso... Tienes razón, fue muy discutido. Te llegaron a ver muchos psiquiatras y cada uno dio su opinión, sin llegar a ponerse nunca de acuerdo. Según Ludvig Binswanger, un primer psicoanalista te diagnosticó histeria.*

*El segundo, neurosis obsesiva grave con oscilaciones maniaco-depresivas. El médico de cabecera, psicastenia. El propio Kraepelin dictaminó una simple melancolía. Finalmente tanto Binswanger como Bleuler lo vieron como un caso de esquizofrenia progresiva (schizophrenia simplex). Todos convinieron “que no se trataba de un caso de neurosis obsesiva ni de psicosis maniaco-depresiva y que no era posible ningún tratamiento de eficacia segura”.*

*E.: Oh, y es más; aun después de muerta, se ha continuado discutiendo mi diagnóstico. Carl Rogers (1961), desde una perspectiva humanista; Ronald Laing (1982) con un enfoque existencial, o sistémico por parte de Salvador Minuchin (1984), también se refrieron a mí en sus escritos, con la intención de liberarme de la mirada diagnóstica.*

*T.: Pero, ¿no decías que querías aclarar tu diagnóstico?*

*E.: Sí; y en la actualidad, después de investigar por Internet he llegado a la conclusión de que el diagnóstico que psiquiatras y psicólogos escribirían hoy por hoy en sus informes psicológicos sería el de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).*

*T.: Y, ¿cómo has llegado a esta conclusión?*

*E.: En base a que mi conducta cuadra con los síntomas que caracterizan el TCA: miedo intenso a la obesidad, rechazo a mantener el peso corporal dentro de los límites de la normalidad y amenorrea en las mujeres.*

*T.: ¿Y todo eso se cumplía en tu caso?*

*E.: Efectivamente, entre los veintiocho, en que empecé a desarrollar el TCA, y los treinta y tres años, en que morí, mi peso descendió de los 72 a los 42 kilos. En cuatro años llegué a perder 30 kilos. Al año, también se me retiró la regla.*

*T.: Y respecto al otro criterio del que hablabas, ¿el miedo a la obesidad?*

*E.: Tal como dejé escrito en mi diario “Algo en mí se rebela contra la idea de ponerme gorda, de ponerme sana, de desarrollar unos mofletes rojos, de convertirme en mujer sencilla y robusta, como corresponde a mi verdadera naturaleza”.*

*T.: Veo que te has estudiado muy bien los fundamentos de tu autodiagnóstico. En aquella época ni siquiera existía la categoría psiquiátrica del TCA. ¿Habría cambiado algo, si los manuales de psiquiatría de aquel entonces lo hubiesen contemplado?*

*E.: Ahora me doy cuenta de que no. Total no deja de ser una etiqueta descriptiva “Trastorno de Conducta Alimentaria”, porque la persona no come bastante, hace conductas restrictivas o purgativas, o porque come compulsivamente y vomita a continuación. Pienso que lo importante es comprender qué es lo que motiva esta conducta. Comprender para cambiar.*

*T.: Totalmente de acuerdo. Entonces, imagino que, igual que te has informado sobre los criterios de tu diagnóstico, habrás reflexionado sobre el*

*sentido de lo que te sucedía.*

E.: *Creo que hay muchos elementos en juego. Entre los años de psicoanálisis que hice en vida y las lecturas que he podido hacer después aquí en este estado atemporal, he ido atando algunos cabos.*

T.: *Como ¿cuáles?*

E.: *Para empezar, he repasado mi vida. Me he dado cuenta que de mi infancia recuerdo muy poco. Sé que nací a finales del siglo XIX, en una familia judía, en América. Era la segunda de tres hermanos. Mis recuerdos empiezan a tomar forma desde que nos trasladamos a vivir a Suiza. Aquí continué mis estudios en un colegio femenino. De mí decían en casa que “era buena estudiante, que me gustaba ir al colegio y era muy ambiciosa, lloraba si no conseguía el primer puesto en la clase y no dejaba de asistir a la escuela, ni que estuviera enferma”.*

T.: *Vaya, una buena estudiante.*

E.: *Sí, pero por lo que cuentan muy infantil. Hasta los 16 años todavía me chupaba el pulgar. No estaba por tonterías de “novietes”, ni cosas así. Más bien mis juegos eran de muchacho; prefería llevar pantalones.*

T.: *O sea, que en aquella época no te preocupabas por estar más gorda o más flaca.*

E.: *No. Más bien quería sentirme fuerte. En un poema escrito a los diecisiete años expresaba mi ardiente deseo de ser chico “porque así podría ser soldado, no temer ningún enemigo y morir gozosamente blandiendo la espada”.*

T.: *Una visión más bien épica...*

E.: *Heroica y romántica. En aquel tiempo me consideraba una especie de Jeanne de Arc, llamada a realizar alguna misión especial; leía mucho, me ocupaba intensamente de problemas sociales, sentía profundamente el contraste entre mi propia situación social burguesa y la miserable de las “masas” y soñaba con mejorar la condición de los pobres.*

T.: *Y, ¿cuáles eran tus lecturas escogidas?*

E.: *Entre mis autores preferidos figuraban Bakunin, Pisarev y J. P. Jacobsen, de quien a los 17 años leí la obra Niels Lyhne, que me condujo al ateísmo.*

T.: *Te inspirabas en el nihilismo ruso que exige el desprendimiento de las riquezas y compartir la vida con los más pobres.*

E.: *En escritos de aquella época hago proclamas encendidas como esta: “Quisiera abandonar mi casa y mis padres como un nihilista ruso, para ir a vivir entre los más pobres de los pobres y hacer propaganda en favor de la gran causa”.*

T.: *O sea, que te estabas convirtiendo en una revolucionaria familiar y social.*

E.: *Sentía una tensión entre mis ideales y mi condición social contra la que me rebelaba. Tenía 21 años y se esperaba de mí que me condujese como una muñeca muda y estúpida, que ha aprendido a sonreír. “No soy una muñeca -protestaba- soy un ser humano con sangre roja y una mujer con corazón*

*trepidante. No puedo respirar en esta atmósfera de cobardía e hipocresía; quiero hacer algo más y acercarme más a mi ideal, a mi magnífico ideal... ¡Libertad! ¡Revolución!”... “No hablo de la liberación del alma, hablo de la liberación real, tangible del pueblo de las cadenas de sus opresores. ¿Tendré que decirlo todavía más claro? Quiero un gran revolución, un alzamiento en masa que se extienda por todo el mundo y derribe todo el orden social”.*  
T.: *No te andabas con chiquitas... y ¿qué se hizo de tus anhelos revolucionarios?*

E.: *Se fueron deshinchando como un globo. Lo máximo que llegué a conseguir fue montar una biblioteca infantil y trabajar en alguna guardería o agencia social. Nada que pudiera compararse a la Revolución de Octubre. El trabajo ocupaba no un lugar de transformación de la realidad, sino de adormidera de mis inquietudes.*

T.: *Y ¿cómo te explicas este bajón en tu proyección existencial?*

E.: *Cuestión de amores. A parte de algunos flirteos y una aventura desagradable con mi profesor de equitación, tuve otros dos amores, antes de casarme. Un primer amor romántico a los 20 años, con un extranjero que conocí en un viaje transatlántico. A los 23 inicié una relación con un estudiante universitario que correspondía mucho más a mi fantasía de poder vivir una vida diferente, alternativa a la hipocresía de la vida burguesa. Esta relación sufrió muchas vicisitudes, debido a la interferencia de mi familia. Pasamos del compromiso a la ruptura en más de una ocasión, entre los 24 y los 28 años. Finalmente tuve que romper con él para casarme con mi primo hermano, Karl.*

T.: *Y ¿cómo se llegó a este punto?*

E.: *A mi padre no le gustaba este estudiante. Decía que no correspondía a mi clase social. Y no cejó hasta que acepté casarme con mi primo. Fue un matrimonio forzado y esto era lo que me impedía quererle. Poco antes de morir le escribí a Karl: “En aquel tiempo tú eras la vida que yo estaba dispuesta a aceptar a cambio de mi ideal (representado por el estudiante universitario). Pero era una resolución forzada, tomada artificialmente, sin haber madurado por dentro. Por eso no resultó y empecé a mostrarme en oposición a ti”.*

T.: *Parece que estabas atrapada entre un conflicto de fidelidades, por un lado, a ti misma, a tus sentimientos y a tus ideales y, por otra, a tu familia, a tu estirpe, a tu clase social.*

E.: *En efecto; y aquí, quien tuvo que pagar los platos rotos fue mi marido. “Únicamente me convertiré en tu mujer –le decía en la carta– cuando renuncie finalmente al ideal de mi vida. ¡Pobre..., tener que estar decepcionándote continuamente!”.*

T.: *Y tú, tras este ideal, te debatías entre una imagen de revolucionaria y otra de pertinencia a una clase social burguesa, que reforzaba la de una*

*mujer elegante y frágil, como tu cuñada, interesada únicamente por los asuntos familiares y mundanos, ajena a cualquier preocupación social. Este conflicto entre estas dos imágenes contradictorias adquirió una dimensión trascendental, que se puede entender como una lucha entre el destino y la libertad. Pero por lo que explicas en esta lucha terminaste por ceder a las presiones externas, renunciando a tu libertad.*

*E.: Ya me quejaba yo, entonces. Día tras día me daba cuenta que estaba malgastando mi juventud y mi salud mental. Ni que fuera de manera retórica me preguntaba: ¿Para qué me dio la naturaleza salud y ambición? Seguramente no para ahogarla y encadenarla, ni dejarla languidecer entre las cadenas de la vida rutinaria, sino para servir a la miserable humanidad. Las cadenas de hierro de la vida vulgar: las cadenas del convencionalismo, de la propiedad y del confort, de la gratitud y la consideración, y las cadenas del amor, las más fuertes de todas. Sí, estas son las que me tienen presa, las que me impiden mi vuelo caudal, mi completa entrega al mundo del sacrificio y la lucha por la que suspira toda el alma”.*

*T.: Entonces, si entiendo bien, fue en este contexto donde se gestó tu TCA.*

*E.: Exactamente.: Un trastorno alimentario complejo que siguió un recorrido variado. Empezó a los 20 años con el primer amor romántico con comer, ayunos y caminatas. Y continuó en los años siguientes, desde los 23, oscilando entre anorexia y bulimia, en paralelo a las vicisitudes de la relación con el estudiante: A los 25 se produjo una primera ruptura con el estudiante y empecé el noviazgo con mi primo, Karl, con quien me casé a los 28.*

*T.: ¿Y aquí termina tu historia amorosa con los hombres?*

*E.: No. Mientras tanto volvió a aparecer el estudiante al que yo había estado añorando todo este tiempo, hasta que rompí con él definitivamente bajo la presión de mis padres, que me obligaron a escoger entre él o mi primo Karl. Pronto me quedé embarazada, pero perdí la criatura en un aborto espontáneo.*

*T.: ¿Y qué pasó con tu sintomatología durante este período?*

*E.: Continuaba con altos y bajos, dietas y largas caminatas. Se fue complicando a más con problemas endocrinos, amenorrea, etc. me visitaron neurólogos y ginecólogos, que me recetaron de todo. A partir de los 30 empecé a trabajar en una agencia de bienestar social; pero esto no cambió nada.*

*T.: ¿Afectó todo esto tu relación marital?*

*E.: Después del aborto corté las relaciones sexuales con él. Estaba desconcertado. Mi sintomatología empeoraba más y más. Aumenté las dietas, añadiendo laxantes, jugos de naranja descomunales... mi peso estaba bajando en picado. Todo el mundo estaba preocupado por mí. Y entonces inicié un largo recorrido por una serie de psicoanalistas. Internamientos*

*en sanatorios. Me visitaron cuatro psiquiatras, uno tras otro. Nadie sabía qué hacer conmigo.*

*T.: En todo este trajín, ¿te sentiste apoyada, acompañada o comprendida por alguien durante este período?*

*E.: Sí, por mi marido, pobre. Encima, por indicación del analista, nos tuvimos que separar un tiempo. Sin embargo, a raíz de mis primeros intentos de suicidio, volvió a mi lado, llegando a internarse conmigo en el sanatorio.*

*T.: Parece que te quería... Primeros intentos de suicidio, ¿es que hubo otros?*

*E.: Sí, cuatro como mínimo y de las formas más variadas: llegué a ofrecerle dinero a un cazador, que me encontré por el bosque, para que me matase de un tiro. Consideraba la muerte como la mayor felicidad de la vida, sino la única. Pensaba que sin la esperanza del final, la vida sería intolerable. Lo único que me consolaba un poco era la certeza que, tardara más o menos, llegaría la muerte. A veces desafiaba a mi marido, retándole: “Karl, si de verdad me quieres, mátame!”.*

*T.: ¿Qué consideras que te condujo a estos extremos?*

*E.: Sentía que todo mi desarrollo interior se paraba, que se cegaba totalmente el manantial de vida y expansión, porque se había apoderado de mi alma una sola idea, algo indeciblemente ridículo. Como mi único criterio de acción era averiguar si una cosa me engordaba o adelgazaba, pronto perdieron las cosas su significado intrínseco. Ya nada me interesaba. Mis pensamientos estaban fijados únicamente en mi cuerpo, en mi comida, en mis laxantes. Mi interior estaba tan íntimamente fusionado con mi cuerpo, que ambos formaban una sola unidad, constituyendo juntos mi yo individual, nervioso e ilógico.*

*T.: ¿Fue esta sensación la que te llevó a probar el psicoanálisis?*

*E.: Sí. Yo quería desmenuzar los impulsos desconocidos que eran más fuertes que mi razón y me forzaban a organizar mi vida de acuerdo con una pauta orientada a adelgazar, cada vez más. Sin embargo, cuanto más intentaba analizarme, menos me aclaraba... Pero, ¿dónde estaba realmente el error?*

*T.: Tal vez se trataba de un conflicto que se expresaba a través del cuerpo. Antes has dicho; “Mi interior estaba tan íntimamente fusionado con mi cuerpo, que ambos formaban una sola unidad”. En él tomaban cuerpo, valga la redundancia, las contradicciones entre el ideal y la realidad, representada también por tus dos amantes, el estudiante y el marido. El cuerpo por su dimensión pública y observable se convierte en elemento de controversia entre el mundo propio y el ajeno, en su símbolo o encarnación. Por esto es tan importante su imagen.*

*E.: Una intuición parecida la tuve yo cuando escribí en mi diario: “En todos los puntos soy sensata y tengo claridad de ideas; solo en éste estoy loca; estoy arruinándome en mi lucha contra mi naturaleza. La fatalidad me quiso obesa y fuerte, pero yo quiero ser estilizada y delicada”*

T.: *Estas dos visiones contrapuestas, la imagen y la contra-imagen, se corresponden con la oposición entre el ideal revolucionario (el tuyo y el del estudiante) y el burgués (el de la tu familia y tu marido). Ambos convergían en tu cuerpo: si querías ser revolucionaria tenías que estar fuerte para luchar, pero a la vez estar delgada como los pobres a quienes querías redimir. Si escogías ser burguesa tenías que comer hasta el hartazgo, pero, a la vez, si querías convertirte en la mujer elegante de un burgués, tenías que ser delicada y delgada, pero, al mismo tiempo, lo bastante fuerte para poder darle un hijo. Realmente, tu cuerpo no podía resolver el dilema y entró en la contradicción de comer y vomitar, de tener hambre y hacer dieta, se perdió en la aporía de la anorexia purgativa.*

E.: *Esta contradicción fue tan fuerte, que al final opté por el suicidio. Matando el cuerpo me libraba de la tortura obsesiva del comer. Mis últimos sueños iban todos en la misma dirección. En uno de ellos, premonitorio de mi suicidio, soñé que en un viaje por mar me tiraba per el tragaluz del camarote. El estudiante y mi marido se lanzaban al agua para salvarme y me hacían la respiración artificial.*

T.: *Los hombres a los que habías cedido tu existencia... y, ¿cómo terminaba el sueño?*

E.: *De nuevo, ya en tierra, me harté de bombones e hice las maletas.*

T.: *Necesitabas comer como mujer de carne y hueso que eras, pero no podías continuar haciéndolo indefinidamente, porque esto te llevaba a aumentar cada vez más tus contradicciones.*

E.: *Lo que me habría llevado inevitablemente, con el paso del tiempo, a convertirme en una mujer “vieja, gorda y fea”, imagen que no podía soportar de mí misma.*

T.: *Decidiste irte. Hiciste las maletas... Era la manera de “retomar las riendas de tu vida”.*

E.: *Sí, yo siempre lo había sostenido: “los escogidos de los dioses mueren jóvenes”. Yo no quería morir vieja y frustrada, porque me consideraba llamada a una gran misión. Mi lema era “Aut Caesar, aut nihil” (O César o nada). Y fue: nada; porque mi gran sueño de juventud, no se cumplió en la edad madura. Mis ansias de libertad derivaron en dependencia de los otros y de mi imagen.*

T.: *La tuya fue una existencia frustrada. Te quedaste en promesa. Atrapada en el ideal de estar delgada y carecer de cuerpo. Con un yo dividido entre tu fantasía revolucionaria y tu realidad burguesa. Luchaste con nobleza de espíritu hasta que la facticidad física y social te superó y preferiste una muerte digna, a una vida incoherente contigo misma.*

### Por una Hermenéutica Existencial del Caso de Ellen West

Hasta aquí el diálogo imaginario con Ellen West que nos ha permitido recomponer su historia personal y penetrar en su mundo vivencial a través de sus propias palabras, tomadas de sus diarios, cartas y anotaciones. Está claro, a través de él, el diagnóstico que recibiría su caso en nuestros días, a través de los criterios de clasificación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014): Trastorno de la Conducta Alimentaria: anorexia purgativa (TCA).

Algunos han querido ver, además, un problema de identidad de género en referencia a que, de niña y adolescente, hasta los dieciséis años, prefería los juegos de niño y llevar pantalones. El mismo poema de Bidart lo insinúa cuando pone en su boca la cuestión:

¿Por qué soy una chica? / Les pregunto a mis médicos / y me dicen que no saben, / que es “un hecho”. / Pero esto tiene todas estas consecuencias; / y a veces, incluso me siento como una chica.

Pero estos autores obvian que a partir de los 17 empezó a mostrarse muy femenina y con ello a preocuparse por su imagen corporal. El poema de Bidart lo plantea así en la escena del restaurante que sigue a continuación en que ella se identifica, como amante, con la mujer de la pareja que se sienta en la mesa de al lado:

Ella era hermosa / con rasgos afilados y claros... Y él, no podía recordar / cuándo había visto a un hombre tan atractivo.../ Era casi una versión masculina de ella./

Tuve la repentina y loca idea de querer ser su amante...

Luego se regodea en describir cómo se intercambian la comida en sus bocas: *“Su comportamiento de alguna manera me enfermó.../ Me invadió una inmensa depresión... / Sabía que para convertirme en esposa / tendría que renunciar a mi ideal”*.

Todas estas categorías clasificatorias pertenecen a lo que Laing (1982) llamó “la mirada diagnóstica”, que con toda probabilidad no hizo más que reforzar la sintomatología de Ellen West, depauperando hasta tal punto su existencia que al final ya solo vivía para sus síntomas. Esta obsesión, causa de frecuentes inculpciones y autorrecriminaciones, la llevó finalmente al suicidio, después de cuatro intentos fallidos y provocaciones directas al homicidio, a un cazador y a su esposo.

Este final de la historia (el suicidio) y el evidente fracaso de su recorrido vital, más allá de la clara sintomatología anoréxica purgativa, o las cuestiones relativas a la identidad de género, nos llevan a rastrear en sus orígenes la formación de un proyecto existencial fracasado.

### Por una Hermenéutica Existencial del Caso de Ellen West

El proyecto existencial de Ellen West se puede analizar detalladamente siguiendo la evolución de su ideal: un ideal que pronto experimentará la escisión entre dos mundos, el propio (*Eigenwelt*) y el ajeno o social (*Mitwelt*), por incompatibilidades mutuas.

Esta lucha entre los dos mundos ideales enfrentados y su propia realidad la llevarán a la autodestrucción final, a través de la eliminación del cuerpo natural (*Umwelt*), punto de encuentro de todos los conflictos y contradicciones entre ambos mundos.

Empecemos primero por describir la representación que Ellen West hace idealmente de sí misma (*Eidos*). Ella es, ante todo una mujer revolucionaria: sus amores auténticos tienen que ver con esa imagen revolucionaria. El primer amor romántico y el de un estudiante universitario responden a una fantasía (tal vez posibilidad) de vivir una vida distinta, alternativa a la hipocresía de la vida burguesa. Este ideal era el que le impedía convertirse en la mujer de su primo Karl con el que finalmente se desposó y a quien escribía en una carta poco antes del desenlace final: “*Únicamente me convertiré en tu verdadera mujer cuando renuncie finalmente al ideal de mi vida. Y esto se me hace tan difícil que hoy día estoy desesperada como hace unas semanas. ¡Pobre..., tenerte que estar decepcionando continuamente!*”.

La visión que tiene ella del mundo circundante (*Mitwelt*) configura, sin embargo, su *Antieidos*. Ellen West pertenece a una clase social burguesa en la que se refuerza una imagen de mujer elegante y frágil, como su cuñada, interesada únicamente por los asuntos familiares y mundanos, ajena a cualquier preocupación social: “*Tengo 21 años y se supone que debo callar o sonreír estólidamente como una muñeca*”.

El padre le impone un marido de acuerdo con su clase social, exigiéndole una separación temporal del estudiante universitario y se espera de ella que sea una esposa y madre de pies a cabeza. Del conflicto entre estas dos imágenes contradictorias y su facticidad corporal (*Umwelt*) y social (*Mitwelt*) surge una lucha entre el destino y la libertad que adquiere tintes de tragedia. En esta lucha Ellen West cede a las presiones del medio, renunciando a su libertad: “*¡Qué lástima ésta mi joven vida, y qué pecado desperdiciar mi salud mental!*”

Así continúa en su diario, escribe Binswanger (1945), aireando el odio que siente contra el lujo y la buena vida que le rodea y lamentando su cobardía y su debilidad, al no ser capaz de superar los obstáculos y sobreponerse a las circunstancias, y al dejarse ablandar, tan joven “*por la fealdad y el aire viciado de la rutina diaria*”. Hay en este abandono progresivo de sus ideales auténticos un fracaso en la realización histórica de sus proyectos y una renuncia a asumir su propia responsabilidad.

Deja sus decisiones más importantes en manos de los demás, sin atreverse a asumir las riendas de su propia existencia. En realidad, tiene miedo de estar sola, no se aleja ni un momento de sus padres, le acompaña su nodriza a todas partes e incluso su marido se interna con ella en el sanatorio. Se fía más del criterio ajeno que del suyo. Su dependencia del mundo circundante es cada día mayor: “Aunque de pequeña prescindía en absoluto de la opinión de los demás, ahora está totalmente pendiente de lo que piensan los otros sobre su aspecto y su obesidad” observa Binswanger (1945) el 22 de enero del último año de su vida. Ellen West transforma su ideal de cambiar el mundo por el de cambiar su propia *naturaleza*, sacrificando su cuerpo en honor de aquél.

Su existencia ideal solo era posible idealmente y no encontraba puntos de anclaje

en la realidad. Desde su enrocamiento narcisista, Ellen West no acepta la facticidad y por eso quiere huir de este mundo. La muerte no es para ella el límite de la vida que posibilita el despliegue de la existencia, sino el fin que la niega. Ellen West pasa del deseo romántico de morir joven por alguna causa digna y gloriosa a considerar indecorosa su vida e indigna de ser vivida:

*La vida se ha convertido para mí en un campo de concentración, y yo ansío la muerte con el mismo ardor con que el pobre soldado cautivo en Siberia ansía regresar a su patria... ¡Karl (dirigiéndose al marido), si me quieres, dame muerte!*

Esta negación de la propia existencia se polariza en el cuerpo con el que se halla fundida y se transforma en una lucha absurda por comer y des-comer: “*Mi yo interior está tan íntimamente fusionado con mi cuerpo, que ambos forman una unidad, constituyendo juntos mi “yo individual”, nervioso ilógico. Mis pensamientos están fijos exclusivamente en mi cuerpo, mi comida, mis laxantes*”. Lo que hace que se detenga “todo desarrollo interior y toda vida real”. Su ideal revolucionario -“antiguos planes e ilusiones que nunca llegaron a realizarse”- se han transformado en una “idea fija”, primero, la de no engordar, para ser substituida después por “el ideal de ser delgada, de carecer de cuerpo”. Esta idea se va a convertir en el tema dominante de su existencia. Así se lo hace saber a su marido durante una de las largas caminatas que emprenden juntos. Este tema ya no le abandonará y, a partir de los 32 años, ocupará prácticamente todo el espacio existencial:

*Yo quería averiguar los impulsos desconocidos que eran más fuertes que mi razón y me forzaban a organizar toda mi vida de acuerdo con una pauta que me daban hecha. El objetivo de esta pauta era adelgazar. Cuando intento analizar todo eso no saco nada en limpio, sino cualquier teorización, cualquier elucubración... Pero ¿dónde, dónde está realmente la equivocación?*

Intentando dar respuesta a esta pregunta, Binswanger (1945) sitúa el error de Ellen West en su rebelión contra el propio destino, contra la forma en que la persona ha sido “lanzada a la existencia”. En estos casos la existencia pretende ser distinta de lo que es y puede ser, con lo que va contra su estructura, intentando romper sus moldes, a la vez que se aferra desesperadamente a su propio ser. Pero esta estructura no puede romperse y menos destruirse sin reafirmarla una y mil veces, aunque de una forma anormal.

Si la persona queda fijada a esta forma inauténtica de existencia, a esta afirmación negativa de sí misma, pierde la elasticidad necesaria para acomodarse a la situación interna y externa. Ello sucede porque el vacío existencial que se produce es ocupado inexorablemente por el *Mitwelt*, la regulación heteronómica o socionómica. El *Mitwelt* no responde a la idiosincrasia de una persona, sino al estándar común a las otras personas extrañas y, como tal, le es ajeno, pero termina por poseerla.

Con ello, el sujeto se ve sometido a la apreciación de los demás, supeditado a la valoración del mercado, en otras palabras, queda objetivado o alienado. Como

resultado pasa a ocupar el primer plano el elemento que más se presta a la objetivación, *el cuerpo*. El cuerpo por su dimensión pública y observable se convierte, de este modo, en el elemento de controversia entre el mundo propio y el ajeno, en el síntoma de su fracaso existencial. Ambos mundos tienen un enemigo común, el cuerpo (*Umwelt*) que para el primero es antitético a la espiritualidad, mientras que para el segundo es antitético a la elegancia y a su vez el primero y el segundo luchan entre sí a causa de la clase social (revolucionaria –burguesa) y esta lucha se encarna o expresa a través del cuerpo.

Eso es así, efectivamente, en el caso de Ellen West, la cual en su intento desesperado por ser distinta de lo que es, llega a pedir al Creador “*que la cree por segunda vez, pero un poco mejorada*”, y como ello no sucede, termina por eliminar “la manzana de la discordia”, su propio cuerpo, dándose muerte de forma calculada y fría, después de haberse puesto en paz consigo misma y su apetito.

A destacar, como anécdota significativa, que la tarde anterior a su muerte “toma crema de chocolate y huevos de Pascua; da un paseo con su marido...; se encuentra de un humor positivamente jovial; parece haberse disipado hasta el último vestigio de tormenta” (Binswanger, 1945). Uno de los últimos sueños, recogidos en sus notas, constituía el testimonio de una muerte anunciada, hasta el último detalle:

*Soñé algo maravilloso: había estallado la guerra. Yo tenía que ir al frente. Me despido de todo el mundo con la gozosa esperanza de MORIR pronto. Me alegro de poder COMER de todo antes del fin; me comí un gran pastel de moca.*

Ellen West tenía clara conciencia de haber cometido un error, el de haber confundido su “ideal con una ficción”. Esta ficción era la delgadez. La delgadez era el punto de encuentro que le permitía ser idealmente espiritual (revolucionaria) y ser aceptada socialmente (burguesa); no podía verse a sí misma en ninguno de los mundos, si no era bajo el prisma de la delgadez. Pero ese ideal le imposibilitaba ser realmente ella misma: una mujer de carne y hueso, revolucionaria, activa, esposa y madre.

Ella había temido que al engordar disgustaría a su novio anterior (el estudiante) y, en todo caso, identificaba la delgadez con un tipo más distinguido e intelectual y la gordura con un tipo de judío burgués. A su vez gordura (*grossese* -embarazo, en francés-) estaba relacionada con maternidad. Cuando se enteró por el dictamen del ginecólogo que no lograría sus aspiraciones, como madre, de llegar a tener hijos, a pesar de renunciar al más alto tipo de intelectualidad “entonces decidió vivir para su *idea* sin inhibiciones y empezó a comer y a tomar grandes dosis diarias de laxantes”.

Lo que rechaza Ellen West no es el alimento, sino la materialidad, aunque no tiene otro campo de batalla que una corporalidad escindida entre las dimensiones gordura/delgadez.

Como no puede ser en realidad inmaterial intenta al menos ser máximamente delgada. Su obsesión es ponerse “cada vez más delgada”, hasta carecer de cuerpo. Ellen West, quiere ser delgada porque le repugna la materia. En realidad, desearía

“carecer de cuerpo”. De modo que rechazando la *corporalidad* (atributos corporales, sexo, gordura, etc.) rechaza propiamente la *corporeidad* (ser cuerpo). ¿Qué conseguiría si imaginariamente pudiera llegar a existir careciendo de cuerpo?: la superación de los límites e, incluso, de las necesidades y a la vez la posibilidad de derribar el mundo burgués que odia. La realización perfecta del nihilismo. Podría reconciliar de este modo el mundo propio (*Eigenwelt*) y el mundo social (*Mitwelt*), a costa de su naturaleza (*Umwelt*) corporal (anorexia/suicidio).

### ***El Conflicto Existencial de Ellen West***

La naturaleza del conflicto existencial de Ellen West se puede exponer gráficamente a través de la macroestructura de su discurso, extraíble de la consideración de sus escritos como un texto global, tal como se presenta en la siguiente gráfica (figura 2).

Partiendo de la relación conflictiva existente entre los mundos personal (*Eigenwelt*) y social (*Mitwelt*) donde se proyecta su existencia es fácil organizar las relaciones estructurales que se establecen entre ellos. Éstas son de oposición irreconciliable entre sí y confluyen en el núcleo central, ocupado por el *Umwelt*, sometándolo a una tensión insoportable, atravesado por todas las contradicciones del sistema discursivo que dan origen al TCA: delgadez/espiritualidad vs. gordura/corporalidad.

El mundo propio (*Eigenwelt*) está constituido por un discurso ideológico que busca el cambio social a través de la *revolución*. El mundo social (*Mitwelt*) está formado por un contexto familiar y económico *burgués*, cargado de expectativas relativas a su condición femenina y de clase. Ambos mundos están saturados de implicaciones contradictorias entre sí. El mundo propio (*Eigenwelt*) exige sacrificio, pobreza, lucha interna y externa, y en última instancia ascetismo que, llevado a su extremo, implica carecer de cuerpo: inmaterialidad o espiritualidad. El mundo social conlleva comodidad, riqueza, improductividad económica, “muñeca improductiva” para dedicarse en cuerpo y alma a ser esposa de un marido burgués y madre de unos hijos que aseguren la descendencia familiar.

Pero, ¿cómo se puede ser burguesa y revolucionaria, a la vez? Sólo de una manera, desplazando el conflicto hacia el cuerpo en lugar de la acción, siguiendo una estrategia parecida a la somatización en las enfermedades psicósomáticas donde, en vez de expresar o solucionar los conflictos o las contradicciones internas o externas, éstas se mantienen irresolubles, mientras el organismo enferma.

De este modo el cuerpo se convierte en el lugar de expresión de todas las contradicciones (Bordo, 1993). Eliminandolo, mediante el suicidio, se acabarían para siempre. El yo natural o corporal queda escindido entre el mundo ideal y el social. Pero, ¿por qué el cuerpo? Porque a través de su imagen se expresa su pertenencia social. Un cuerpo demacrado nos remite a una condición social de pobreza. También la obesidad mórbida, lo hace. Pero a su vez, un cuerpo delgado, nos remite a una elegancia de clase social bien alimentada.

Ellen West no puede estar ni gorda ni flaca. Si gorda, no puede ser revolucionaria, pero si flaca no puede luchar por llevar a término la revolución. Pero tampoco podrá ser madre si no engorda (*grossesse* = embarazo en francés), pero si engorda dejará de ser la muñeca, esposa del marido burgués. Estas tensiones dividen su yo natural (*Umwelt*) haciéndola oscilar entre el atracón y los laxantes.

Su conflicto acaba teniendo un significado mucho más trascendental. Se trata de una lucha a muerte entre el destino y la libertad (eje horizontal central de la gráfica). El destino representado por su condición fáctica: social y familiar (*Mitwelt*). Y la libertad, expresada en su posición rebelde y revolucionaria (*Eigenwelt*). Ambas acaban desplazándose al ámbito de lo corporal (*Umwelt*), donde ella cree poder ejercer un control a través de la comida: “La fatalidad me quiso obesa y fuerte, pero yo quiero ser estilizada y delicada”

### El Fondo Depresivo y Suicida de la Anorexia en Ellen West

En este contexto la anorexia se presenta como la solución: a través de la restricción de los alimentos; dejando de comer, la anoréxica reduce al máximo los riesgos de la carnalidad. El ayuno voluntario con sus efectos de emaciación sobre el cuerpo la sustrae al deseo de los demás y le otorga, al mismo tiempo, la fantasía del dominio sobre sí misma. Su motivación es la de espiritualizar el cuerpo, negando su dimensión carnal.

La pérdida de peso tiene un sentido distinto que el de la esbeltez. El más evidente es la delgadez: las anoréxicas no pretenden ser esbeltas, sino delgadas, hasta el punto de parecer descarnadas. La anoréxica percibe la carne, la carne femenina, como impuesta por el mundo exterior y, en los casos extremos, como algo degenerado, sucio y desagradable. (McLeod, 1981, p. 137).

La anorexia es el síntoma que traduce por excelencia la negación de la corporalidad, que postula el ascetismo. El asceta renuncia a escuchar sus propias necesidades y deseos para guiarse exclusivamente por normas o ideales externos, como el buen soldado que tiene un elevado motivo por el que morir, pero ninguno por el que vivir. Renegando de su corporalidad dimitte de su humanidad; pero esto no le perturba, al contrario, le conforta y confirma: siendo un ser casi espiritual, ha alcanzado un plano superior. El ascetismo se convierte así en una forma de *narcisismo meritocrático* (Villegas y Mallor, 2012) que combina dos elementos: el desprecio del mundo y la certeza de la elección divina.

La respuesta a la importancia que podía tener para Ellen la espiritualidad o incorporeidad debería ser descubierta en interacción con la dialéctica de su existencia personal. Podría tener algo que ver, probablemente, con su deseo de absoluto: “*aut Caesar aut nihil*”, que era su lema de juventud: “ser como César, o nada”. O con su fantasía de muerte prematura, como señal de elección divina: “los favoritos de los dioses mueren jóvenes”. Podría reducirse probablemente, en última instancia, al deseo universal de todo existente de llegar a ser un ser-en-si-para-si, en una imposible autoposesión total y absoluta, para evitar llegar un ser para-los-demás,



compulsión anuló en ella cualquier otro ámbito de interés e iniciativa. Su rebelión iba dirigida contra cualquier forma de control, si bien terminó dependiendo totalmente del entorno hasta que se suicidó a los 33 años, último acto de afirmación e independencia.

Parafraseando aquel dicho popular de Ellen West podría decirse que: “entre todos la mataron y ella sola se murió” (Lester, 1971). No la mataron la anorexia, ni los ayunos, ni los laxantes, ni las caminatas extenuantes, ni la mortífera combinación de morfina y “Luminal” (fenobarbital), sino la depresión (Lang, 1987). Una depresión originada por un fracaso en la proyección del propio yo, reducido a su dimensión o apariencia corporal:

*Como mi único criterio de acción era averiguar si una cosa me engordaba o adelgazaba, pronto perdieron las cosas su significado intrínseco. Ya nada me interesaba. Mis pensamientos estaban fijados únicamente en mi cuerpo, en mi comida, en mis laxantes. Mi interior estaba tan íntimamente fusionado con mi cuerpo, que ambos formaban una sola unidad, constituyendo juntos mi yo individual, nervioso e ilógico.*

Cuando el cuerpo demostró su incapacidad para resolver el dilema existencial planteado por la aporía a la que había llegado el conflicto entre su mundo ideal, configurado en términos revolucionarios, como expresión de su espíritu rebelde y libre, y el mundo social y familiar burgués en el que fue absorbido al contraer matrimonio con su primo Karl, cesó en su estéril lucha y se autoinmoló. Esta es la alternativa que Ellen West escogió, fiel a su narcisismo, antes de volverse “vieja, gorda y fea”.

## Mitwelt

### Eco, La Ninfa Sin Voz Propia

Eco, nombre metafórico otorgado a una paciente de 46 años, llega a terapia de grupo con un diagnóstico de “depresión mayor recurrente”, por el que ha obtenido un grado de invalidez total (100%), que le da derecho a la percepción de una pensión y con un historial de tres ingresos de urgencia en hospital psiquiátrico por otros tantos intentos de suicidio. Durante años ha estado hipermedicada, probando varios cócteles de psicofármacos, hasta doce pastillas distintas diarias, sin hallar mejora, sino más bien una acumulación de interminables efectos secundarios consecutivos.

Acude inicialmente al grupo con una clara actitud reticente, a causa de una mala experiencia en otra terapia grupal anterior, que define como sectaria. La terapeuta del grupo la confrontó, etiquetándola de misteriosa, por su inhibición en hablar o participar, ante lo cual Eco se levantó y abandonó la sesión. Su psicólogo individual la convenció para probar en otro grupo.

El mundo de Eco es un mundo de relaciones. Ella se constituye y se define por sus relaciones (nieta, hija, hermana, tía, prima, amiga, esposa, nuera, cuñada, secretaria, colega...). Por eso su depresión está relacionada con la disolución pro-

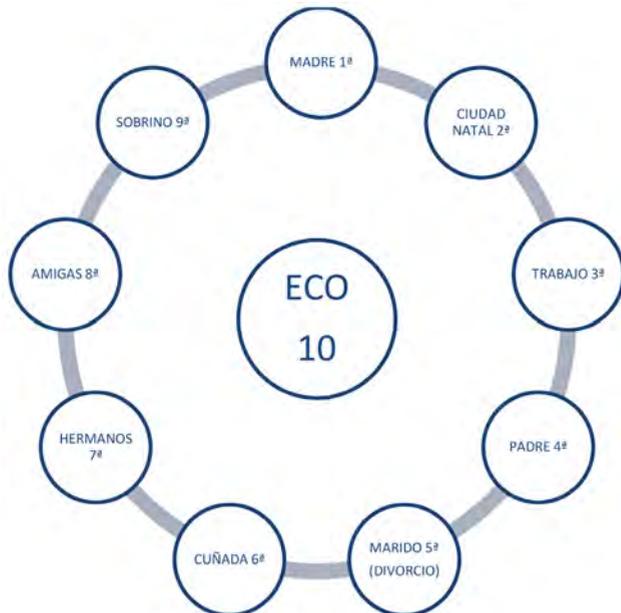
gresiva del *Mitwelt* (el mundo de las relaciones con los demás). La muerte social, equivale para ella a la muerte ontológica. De ahí los sucesivos intentos de suicidio. No basta con ir superando las distintas pérdidas con sus correspondientes duelos, si no que su existencia ya no tiene sentido ni proyección una vez se ha extinguido el mundo donde se proyectaba.

Este mundo estaba formado por distintos submundos relacionales representados en la siguiente gráfica, que puede imaginarse como un sistema solar compuesto por el sol y varios planetas donde proyecta su luz, o como en el sueño de José, recogido en el capítulo 37 del Génesis, en el que mientras él y sus hermanos están segando en el campo, su gavilla se erige en el medio y las de sus hermanos se colocan en círculo a su alrededor para reverenciarle.

Un primer submundo, que podemos denominar familiar, está formado por la familia nuclear: padres, hermanos, abuelos, tíos, primos y sobrinos, a los que habrá que añadir más tarde suegros y cuñadas que se irán desgajando progresivamente del núcleo central a causa de muertes o alejamientos, hasta desaparecer casi por completo. El segundo por el mundo social (vecindario, estamentos profesionales y comerciales) y cultural de su ciudad natal, una pequeña ciudad del Pirineo central, con un glorioso pasado histórico. El tercero por el mundo laboral, particularmente importante en su juventud, hasta los treinta años, donde sufrió durante el primer año una situación de acoso sexual por parte de su jefe inmediato. El cuarto por la pareja con quien se irá a vivir lejos de su ciudad natal, cuyo matrimonio terminará en divorcio. El quinto, por las amistades, algunas provenientes de la infancia o del colegio, otras iniciadas más tarde, ya en la vida laboral.

En la figura 3 no sólo se reproduce el sistema relacional de Eco, formado por los distintos submundos o satélites, descritos hasta ahora, que giran a su alrededor, sino también el orden cronológico en que cada uno de estos submundos o algunos de sus miembros van desapareciendo, hasta dejarla sola con la sensación de vacío o aislamiento existencial, en el que repetidamente se harán presentes ideas e intentos fracasados de suicidio.

Figura 3  
*El Mundo Relacional de Eco*





### La Formación de una Red Social

Eco interpreta que ya desde su tierna infancia supo atraerse la benevolencia de los demás, sobre todo los mayores, a causa de su comportamiento servicial, responsable y complaciente. En el ambiente familiar, sin embargo, su comportamiento era más bien retraído, puesto que notaba una actitud de rechazo en contraposición a sus hermanos, que eran preferidos por la abuela y los tíos, mientras que el padre mostraba preferencia por el mayor y la madre por el menor de los hermanos. El abuelo paterno, en cambio, era mucho más cariñoso con ella, pero no tomaba iniciativas al margen de las decisiones de la abuela. Los padres estaban ocupados en su trabajo o en el cuidado de la casa o de los abuelos paternos con quienes convivían. Los abuelos maternos, como se ha comentado anteriormente, habían muerto mucho antes de que ella naciera, por lo que no llegó a conocerlos.

Con esa actitud de niña responsable se hizo cargo de su hermano menor, ya desde pequeño; le hacía compañía hasta que se dormía por las noches y se lo llevaba a jugar con sus amigas para que no se quedara solo en casa. Las relaciones con el hermano mayor, con el que se llevan solo quince meses, por el contrario, eran muy conflictivas: él le tenía unos celos descontrolados, había intentado ahogarla en la cuna, más adelante la acorralaba, la amenazaba, la había mordido, le había clavado un lápiz en la frente; ella se defendía a arañazos. La relación todavía empeoró más al contraer éste matrimonio, a causa de la cuñada que mantenía con ella una actitud claramente hostil, hasta el punto de no dejarle nunca tomar a la niña, la hija de ellos, en sus brazos. Para ella este hermano está muerto; no lo nombra casi nunca y evita hasta pronunciar su nombre. Si habla de su hermano lo hace en singular, refiriéndose siempre a Miguel, el pequeño, con quien tuvo esta relación maternal durante muchos años, al igual que más tarde con su sobrino, David, el hijo de éste (señalado con una flecha de guioncitos en el genograma, figura 4).

Los padres se ocuparon poco de ella, puesto que veían que se espabilaba sola. Si lloraba, lo atribuían a que “tenía una esponja en el pescuezo”. La madre le enseñó a leer desde muy pequeña, con tres o cuatro años, de modo que cuando ingresó en la escuela ya sabía leer y las cuatro reglas aritméticas. Sin embargo, ella se sentía desamparada y llegó a desarrollar terrores nocturnos, como forma de expresar sus miedos, y aun ahora habla en voz alta por las noches y tiene pesadillas con frecuencia. Con el tiempo las relaciones con la madre fueron evolucionando, llegando a convertirse en “amigas” confidentes. A medida que iba creciendo, el padre fue adquiriendo un papel cada vez más protector hacia ella; como cuando intervino para que se cortara en seco una situación de acoso sexual, que Eco sufrió por parte de su jefe inmediato en el inicio de su vida laboral. Siempre la aconsejó y la apoyó discretamente en todo. Algunos años antes de morir, preocupado por cómo iba evolucionando su matrimonio, mostró un interés especial por ella, llamándola casi cada día y reconociéndola como la más inteligente de los hermanos, razón por la cual no entendía que se dejara comer por su marido en una relación de dominio / sumisión, aunque murió creyendo que todavía tenía arreglo su matrimonio. A su

muerte, Eco se sintió literalmente “desamparada”.

Desde su perspectiva actual, el hecho de ser la mediana a quien nadie hacía caso, la hizo espabilar, sacar recursos para atraer la atención de los demás y convertirse en la reina de la fiesta en sociedad y en el trabajo. Tal vez por ello, Eco, construyó un imperio relacional con las amigas, ya en el colegio de monjas, los compañeros del trabajo, los vecinos, los profesores, la gente de la calle, hasta el punto de que su madre le había dicho “*a ti las amistades te matarán o te salvarán*”. Desarrolló el arte de hacerse necesaria para los demás, sustituyendo el mundo familiar por el social, dado que no podía confiar en el primero.

Una muestra de ello la constituye su posición en el trabajo. Ya de joven, con dieciocho años entró a trabajar en un banco. Enseguida pasó a ocupar un puesto de secretaria de relaciones humanas, lo que la situó en la encrucijada de todos los problemas del personal de la empresa, que la utilizaban como “pañó de lágrimas”, piensa ella a causa de su gran capacidad de escucha empática. Los empleados del banco acudían a recursos humanos para hablar de sus problemas laborales, pero terminaban compartiendo con ella sus problemas personales, hasta el punto de que, a pesar de su juventud, se veía actuando más de psicóloga que de secretaria. El difícil manejo de la empatía le llevaba a implicarse emocionalmente con sus colegas del banco, llegando a padecer problemas de insomnio y momentos de angustia a causa del impacto que las historias de sus compañeros causaban en ella. Después de ocho años de ocupar este cargo, tuvo que pedir el traslado por indicación médica, pues entraba en colapso.

Eco (E): *Estuve en este cargo más de ocho años. Y encima, cuando murió mi madre (a mis 23 años), lo pasé muy mal y llegó un punto en el que yo ya confundía las cosas. No sabía diferenciar entre mis problemas y los de los otros. Cuando salía del banco me iba con los problemas de doscientas cincuenta personas encima. Para mí era muy duro, y tuve que pedir que me sacaran de allí.*

Terapeuta (T): *Te implicas mucho emocionalmente y eso te hace sufrir. Porque tú simpatizas, no empatizas, o sea...*

E.: *Yo ya no sé lo que hago; llega un punto en que confundo... Me pongo en el lugar del otro... Y esto es lo que me hace daño, claro...*

T.: *una cosa es comprender lo que le pasa al otro y otra cosa es meterse en su piel y sentir lo que siente la otra persona. Eso no es empatizar, es simpatizar.*

Estas mismas actitudes se reproducen (o transfieren) en el grupo de terapia, donde enumera una serie de compañeros, hasta cuatro, con los que se ha sentido identificada.

E.: *Sí, sí, sí... y esto me perjudica mucho. Quiero decir, porque no me pasa solo aquí; me pasa con otra gente que conozco, con amistades, me pongo a llorar con sus historias, porque se me escapan las lágrimas.*

## El Mundo de las Amistades

En ese contexto, donde era casi la única chica que ocupaba un cargo de relevancia social en los servicios centrales del banco, fue tejiendo una red de contactos sociales y de amistad, particularmente con las chicas que se iban incorporando al trabajo, que ha perdurado en el tiempo y que ha llegado hasta el momento actual de su vida, 28 años más tarde, formando una piña, el grupo de “las cinco”. Algunas de estas amigas, particularmente una de ellas, ha ejercido sobre ella un papel protector, salvándola en los momentos más críticos de su vida, hasta el punto que muchos creían que eran hermanas, cumpliendo así la profecía de su madre de que las amistades (no la familia) la salvarían.

T.: *En tu caso hay muchas relaciones cruzadas, y estás muy pendiente de lo que pasa en estas relaciones...*

E.: *Porque me afectan mucho y no quisiera que me pasase esto... este es el problema*

T.: *La pregunta es ¿qué hay en esto que te afecta tanto... o sea qué es lo que está en juego..., por qué significan tanto estas relaciones?*

E.: *Imagino que porque no tengo familia ¿no? (se emociona). Con mi amiga Marta hemos crecido juntas como hermanas: cuando estaba medio muerta, ella y su marido me rescataron y me llevaron al hospital y mi amiga Pilar me vio tan fatal que vino para per estar 3 días conmigo.*

T.: *De alguna manera han venido a suplir la familia; pero está claro que no tienen el mismo tipo de vínculo que tendría la familia.*

E.: *Que una amiga que te vea mal y se desplace expresamente para cuidarte, para mí es mi familia*

Entre las habilidades para tejer y mantener la red social están las estrategias de llamar a los demás, interesarse por ellos, alegrarse por sus progresos, hacer favores, mediar entre ellos, crear ocasiones de encuentro, colaborar en la organización de eventos festivos, etc. Y sobre todo una total disponibilidad para los demás.

E.: *Estar allá siempre y si hay que hacer algo, pues se hace, y los demás pasando siempre por delante de ti y llamándote y diciéndote ‘mira, a mí me pasa esto’ y tu dando la cara por los demás, por todas partes, para solucionar los problemas, relegando los tuyos. Tapaba los míos con los de los demás. Porque para mí se está convirtiendo, realmente en un problema, todo. Yo soy la gilipollas. Para mis amigas todavía soy eso. Me dicen que soy el Google de su vida.*

Una de estas estrategias se pone de manifiesto en el grupo de terapia, a propósito del cumpleaños reciente de una de sus miembros a la que ella llamó para felicitar; y ante la sorpresa de ésta por el detalle, Eco hizo el siguiente comentario:

E.: *Yo de los aniversarios, me acuerdo muchísimo... Pero mucho, mucho; del de todo el mundo, ¿eh?... Hay gente que se queda parada y pregunta: “¿Cómo puede ser que te acuerdes?”. No sé, me lo dices una vez, y ya me basta. Supongo que es porque considero que es importante para la persona.*

## La Formación de la Pareja

En la trayectoria del recorrido vital de Eco, juega un papel muy importante, entre otros, la constitución y fracaso de su matrimonio, por lo que implicó de cambios en su vida. Lo dejó todo: familia, amistades, ciudad natal, ambiente social, trabajo para venir a vivir a Barcelona con el que había de convertirse en su esposo, dado que él tenía en la ciudad grandes oportunidades de progresar profesionalmente, mientras que ella en su ciudad de origen, no. Recordando los inicios de esta relación, Eco cuenta cómo se conocieron:

*E.: En marzo, hará 20 años que lo conocí. Fue en la boda de una amiga. Era una época en que yo vivía con mi padre. Estaba feliz, me sentía libre, alegre: tenía chicos que me iban detrás; pero yo pasaba de todo. En la boda fui como la vedette. No sé por qué había una atracción tan increíble hacia mí por parte de la gente joven que había en la fiesta. Sin hacer nada, me convertí en la reina del mambo. Ya el día anterior fuimos a cenar todos los invitados a la boda entre los que estaba él; yo no hice nada especial; me limité a pasármelo bien y hablando con él le dije dónde trabajaba. El día siguiente a la boda se dedicó a buscarme. No sabía mis apellidos, pero recordó el nombre del banco donde trabajaba y me localizó por teléfono. En el banco me preguntaron qué había hecho en la boda, porque muchos chicos preguntaban por mí; yo respondí, en broma, que “me limité” a hacer clientes, la gente venía a mí, había cola.*

*Uno de esos días me quedé a comer en el restaurante, estaba con otros compañeros de trabajo. No sé por qué intuí que él estaba allí en el pueblo. Tras las cortinas de la ventana vi pasar una cazadora marrón. No sé si es la intuición, pero luego supe que era él. Fuimos a cenar una noche, solos y al cabo de unas semanas me invitó a casa de un amigo en la playa. Yo no estaba enamorada, sino más bien deslumbrada: me llevaba en bandeja, ramos de flores, detalles. Se cuidó de enterarse por una compañera de la fecha de mi cumpleaños y se presentó por la tarde en la granja donde lo celebraba con mis amigas sin yo saberlo con un ramo enorme de rosas rojas; me regaló aquel mismo día unos pendientes de oro con una perla. Nunca nadie me había tratado antes con tanta atención. De esta manera me fue conquistando.*

Después de un tiempo de tira y afloja, que duró unos dos años en que se encontraban los fines de semana, ella decidió dejar su familia, su trabajo, sus amistades y su ciudad natal para casarse y venirse a vivir con él a Barcelona. Ahora se plantea si realmente estaba enamorada cuando accedió a casarse o si, más bien, se dejó seducir, porque ella antes se sentía libre, “iba a su bola”, no era una persona que se planteara la pareja como una opción. Había tenido rollos, pero con chicos de fuera de su ciudad natal, nadie se había enterado. No quería compromisos. De él le gustó además de su atractivo físico, era alto, metro noventa, rubio, ojos verdes y fuerte, “un armario”, aunque no era su tipo, que se mostrara cariñoso y detallista con ella.

## Crisis y Separación de la Pareja

Las muestras de cariño o afecto se fueron diluyendo progresivamente ya desde el principio de casados. Incluso él se fue descuidando físicamente. Los detalles en forma de regalos, sorpresas, etc., duraron más tiempo.

E.: *Posiblemente influido por su madre, dado que, desde que nos casamos, yo no trabajaba y no aportaba económicamente nada a la economía doméstica, fue restringiendo no solo sus regalos, sino también mi libertad para disponer del dinero o comprarme cosas. Y así me fui creyendo poco a poco que todo lo que yo hacía estaba mal. Este fue el principio del fin.*

T.: *¿Y ese cambio cómo fue?*

E.: *O me engañó mucho, o es que ya era así... Su tía me dijo un día que antes ya era así, que cuando me conoció hizo un cambio. Aquel cambio duró un tiempo y después volvió a su origen. Que yo no lo conocía, claro. Porque yo había conocido otra persona. Fue él quien me vino a buscar, no yo... Alberto cuando conseguía algo, le costase lo que le costase, una vez lo tenía, lo desechaba. Y actuaba así con todo con las personas, con los coches, con todo. Era todo una ilusión enorme, pero en cuanto lo conseguía, ya estaba, ya perdía la gracia. A por otra cosa. Ya tengo el juguete, lo tiro o lo arrincono, ya no me sirve... Como los críos.*

*Según él, me había querido mucho. Ahora ya no me importa, ahora me da igual, pero hasta que no he llegado a este punto de no acordarme de él, me ha costado muchísimo. Bueno, llegué a decirle que preferiría poder llevarle flores a la tumba, que vivir así. Y no le deseo la muerte a nadie, pero bueno, en aquel momento, sí. Simbólicamente para mí habría sido mejor que se muriera, porque yo estaba pasando un duelo muy largo y eterno y encima continuaba viéndolo. Para mí aquello era muy duro.*

## Aborto

Hacia el quinto año de matrimonio, la pareja se plantea tener un hijo. Según la opinión del ginecólogo, Eco podía tener dificultades en quedar embarazada a causa de una endometriosis, pero no imposibilitada, puesto que sus trompas no estaban afectadas. En efecto, no tuvo problema en quedar rápidamente embarazada al poco tiempo, aunque el proceso se vio interrumpido a los dos meses y medio de embarazo a causa de un aborto espontáneo. Esta pérdida fue vivida como la muerte de un recién nacido, llegando a desarrollar una depresión postparto y ser ingresada en el hospital, donde explica que hasta el celador se dio cuenta de lo derrotada que estaba e intentaba animarla haciéndola correr con el carrito por los pasillos del hospital.

E.: *Hasta aquel momento estábamos bien y a mí me hacía ilusión tener un hijo. Pero ahí empezó a torcerse la cosa, porque a partir de esta experiencia empecé a cogerle pánico a las relaciones sexuales, a volver a quedarme embarazada, por miedo a perderlo, a volver a pasar por todo esto, otra vez. Me alejaba y me mostraba cada vez más reacia a todo*

*contacto sexual, cosa que él me recriminaba con frecuencia... Pero el problema que tenía conmigo es que él me continuaba viendo monísima, guapísima, pero yo ponía el freno, yo no quería acostarme con él... Esta era mi forma de castigarlo. Como yo me sentía anulada, me sentía mala, la forma que tenía de defenderme o de rechazarlo, pero es que tampoco me apetecía ¿eh? Si estás mal con una persona, ¿qué quieres que te diga? Al menos a mí no me apetecía irme a la cama con él...*

## **Infidelidad**

Sea por esta u otras razones, él se fue relacionando con otras mujeres. Tenía otra, una compañera de trabajo. Eco lo descubrió, al cabo de diez años de matrimonio, porque él se dejó un mensaje abierto en el teléfono. Descubrir la infidelidad fue el motivo de la ruptura, *“lo eché de mi habitación y después de casa (me quedé en la casa, no volví a mi ciudad natal), pero continué dependiendo emocionalmente de él”*. Lo continuaba queriendo, como si estuviera obsesionada, se quedó descolocada durante dos años intentaron volver, pero finalmente en el día de su cumpleaños, él le pidió el divorcio.

*E.: Necesitaba comprender, pero él no me dio ninguna explicación. Tampoco lo ha explicado a nadie. Yo estoy enganchada a querer comprender. Soy como Mourinho: “¿Por qué, por qué?...” Todo esto me hizo sentir muy pequeña y no sabía cómo enfrentarme al mundo. Estaba muy desorientada, no sabía por dónde tirar... En aquel momento (2004) todavía vivía mi padre, pero duró bien poco: murió el 14 de marzo, mi ex me pidió el divorcio dos meses más tarde, el 14 de mayo, y el día 7 de agosto murió mi cuñada (la esposa de Miguel, el hermano pequeño), la madre de mi sobrino.*

*Y cuando mi marido, a finales de año, se fue definitivamente de casa yo ya caí en picado. El médico que me visitó me dijo: “si no encontramos a alguien que te cuide, tendré que ingresarte”. Porque yo ya no valía para nada. Necesitaba a alguien que me cuidara, Sí, sí, totalmente. Yo era incapaz, no sabía qué tenía, qué me pasaba. No tiraba; no podía hacerme cargo de nada. Tomé consciencia de que no valía para nada. De que no servía para nada, que era una mierda. Y además, su madre, mi suegra, la forma en que me trató... pues acabó de darme el puntillazo... Entonces mi hermano pequeño, Miguel, me dijo: “Ven a mi casa, que yo te cuidaré”. Y en 15 días me repuse muchísimo, me recuperé también gracias a mi sobrino, de 12 años que tenía por aquel entonces; yo todavía alucino de lo que llegó a hacer por mi ¿no?*

## **A Quien Dios No Da Hijos... David, el Sobrino Ahijado**

Otra relación de gran significación en la vida de Eco es, precisamente, la de su sobrino, David. Este vínculo se establece ya desde el momento de su concepción. Su madre, Mónica, quedó embarazada muy joven, a los 19 años, de Miguel, el

hermano pequeño de Eco, que solo tenía 20. De inmediato Eco, que en la ocasión tenía 25 años, se vio implicada en este proceso. La primera cuestión que les planteó a su hermano y su futura cuñada es si deseaban al hijo o no. La respuesta está en el nombre que le pusieron al niño: David, “el deseado”. A partir de ahí se hizo cargo de todo, desde apoyar a su hermano y cuñada, a la que incluso acompañaba a las pruebas médicas, a hacer las ecografías y a comprar vestidos de embarazada o ropita para la cuna, hasta mediar en la comunicación con los padres, asistirle en el parto, ayudarla en la crianza. “Yo no podría querer más a un hijo mío que lo que he querido a mi sobrino David”.

Más adelante le hizo de madre hasta el punto que mucha gente se pensaba que lo era, en lugar de tía. Cuando esto sucedía, él no lo desmentía; pero tampoco lo confirmaba. Esta suplencia se hizo mucho más activa después que Mónica, la madre de David, con una larga historia de drogodependencia, marchara de casa dejando al niño con 6 años. Y todavía se hizo más presente desde que murió, después de ingerir la dosis de pastillas que estaba tomando en una comida donde había bebido alcohol. Con anterioridad, Mónica había intentado el suicidio tirándose por el balcón, si bien la caída fue amortiguada por el capó de un coche y no llegó a matarse, pero quedó muy destrozada. En aquella ocasión había hecho explícita su intención de suicidarse, dejando escritas cartas a su hijo, David, a su esposo Miguel y a su familia.

Este sobrino tenía una relación muy afectiva con su tía, hasta el punto que Eco acudía muchas veces a visitarlo de sorpresa, para poder sentir la alegría y el afecto del chico al lanzarse a su cuello y abrazarla. Hasta en los regalos, David valoraba más la sorpresa que el regalo mismo. Miguel, su hermano, el padre de David, con frecuencia le pedía que volviera al pueblo para ayudar emocionalmente al chico, hablar con los profesores, ayudarle en los aprendizajes, etc., y ella actuaba como madrina que asume el rol de madre en ausencia o deficiencia de ésta.

Sin embargo, esta relación tan afectuosa y satisfactoria para Eco, se ha diluido estos dos últimos años, desde que David, cumplidos los dieciocho se vino a Barcelona a estudiar en la Universidad y últimamente se ha ido a Finlandia para hacer un Erasmus. Ya no le llama, ya no se lanza afectuoso en sus brazos, ya no la lleva con su grupo de amigos, ni la incluye en su página de Facebook. Se ha esfumado, tal vez porque su tía, al intentar suicidarse repetidamente, le ha fallado como le falló su madre; ha dejado de ser un punto fuerte donde apoyarse. Y como le dijo David a propósito de la muerte de su madre: “es inútil darle vueltas, ya no se puede hacer nada”.

### **Ocaso y Disolución de un Mundo de Relaciones**

La historia de Eco es la de la construcción un castillo de naipes que se monta pacientemente, pero que luego se desploma inexorablemente en un instante con un soplo, o la de una telaraña que se teje con cuidado, pero que se destruye de un escobazo. El mundo relacional descrito en la gráfica inicial ya incluye el orden

en que sucesivamente va apagándose los satélites que reflejaban su luz a causa de muertes, abandonos, pérdidas, separaciones, alejamientos. Una historia de duelos acumulados con los que llega a terapia, después de tres intentos de suicidio.

### **La Familia Se Desmorona**

La primera de las pérdidas es la de su madre, que murió tempranamente en 1987. Eco lo cuenta con sus propias palabras:

Mi madre faltó cuando todos éramos muy jóvenes. Yo tenía 23 años, mi hermano mayor, Diego, uno más que yo, 24 y el menor, Miguel, tenía 18 recién cumplidos. El mayor, estaba estudiando en Barcelona, y Miguel y yo continuábamos en el pueblo. Miguel no quiso de ningún modo bajar a estudiar a Barcelona para no dejarme a mi sola con mi padre, que encima estaba enfermo. Es que era un drama lo que había en mi casa. Y ni mi tía, ni mis primas... allí no se acercaba nadie, no se acercaba ni Dios. Ni preguntaban si nos hacía falta algo. Mi padre no se podía levantar de la cama. Había que llevarlo días alternos a curarlo al hospital.

Cuando se murió mi madre, todos pensaban que era mi padre, quien había muerto. Eso fue el mes de febrero y mi padre estuvo un mes y medio ingresado en el hospital. Tuvo una diverticulitis, con dos operaciones a vida o muerte. La segunda vez no lo pudieron cerrar. El estómago era una llaga. En un año llevaba tres operaciones. En agosto lo tuvieron que volver a operar para reconstruirle todo el intestino, y ponerle una malla, y todo eso lo vivimos nosotros. Mi hermano mayor, no. Eso lo vivimos Miguel y yo. Miguel se pasó todo el verano, bueno, todo el tiempo que mi padre estuvo ingresado, en el hospital, estudiando la asignatura que le quedó de COU, para poder examinarse en septiembre. Porque yo trabajaba, falté un montón de días al trabajo ese año, y me lo quitaron de vacaciones. Mi padre estuvo nueve horas en el quirófano. Nos dijeron: “despediros porque no sabemos si saldrá”. A los tres días de salir mi padre del hospital, se murió mi mejor amiga, y a los quince días se murió mi madre. ¿Cómo se come eso? Se te junta todo, es muy duro.

Además, te quedas solo, tres personas en un piso. Un chico de 18 años, cuando tú cada día a las 8 de la mañana tienes que irte a trabajar, y lo dejas con tu padre enfermo. ¡Y suerte tuvimos de la vecina! Y encima, la vecina me cuenta que mi tía le dijo, que sobre todo cuidásemos mucho a mi padre. Y que ella fuese a comprar a la tienda de abajo y que no subiese para ver a su hermano.

Entre medio de la muerte de la madre (1987) y la del padre (2004), Eco se casó con Alberto con el consiguiente abandono de su ciudad natal, alejamiento de la familia y de las amistades y pérdida del trabajo, que nunca más recuperó, aunque hizo algunas breves incursiones como dependienta en tiendas de ropa o de diseño gráfico. Todas esas pérdidas personales, profesionales, relacionales y proyectuales

hay que cargarlas en el saldo negativo de sus cuentas vivenciales.

Al poco de la muerte del padre (2004) se produjo la ruptura definitiva de su matrimonio con la obtención del divorcio. Eco se sintió como un juguete roto, abandonada y tirada por su expareja. A estas pérdidas hay que sumar en el mismo año la muerte de su cuñada, la madre de su sobrino y ahijado, David, dos años después del intento de suicidio fallido.

Las relaciones con el hermano mayor, estaban heridas de muerte ya desde la infancia, pero las que mantenía con su hermano menor, Miguel, y su sobrino, David, se reforzaron con la muerte de la madre de éste, su cuñada Mónica. Sin embargo, los acontecimientos posteriores, a partir de los estudios universitarios de David en Barcelona y la falta de asistencia de su familia en sus intentos de suicidio, acabaron de completar el círculo de pérdidas familiares que Eco interpretó como una orfandad impuesta.

### **Las Amistades Se Difuminan**

El mundo de las relaciones sociales y de las amistades con el tiempo fue experimentando su propia evolución y deterioro. Ya con 23 años sufrió una pérdida muy sensible, la de la muerte de su mejor amiga de infancia, de un ataque al corazón. No vio a su amiga ni muerta ni enterrada, la seguía llamando porque no aceptaba su muerte. Hasta que no visitó su tumba, no se lo creyó.

Luego, con el paso de los años, cada una de las amistades ha seguido su propio camino. Algunas se casaron y tuvieron hijos, otras no; pero se quedaron a vivir en su ciudad natal. Ella, por el contrario, a los treinta años, al casarse, se vino a vivir a Barcelona. Al cabo de un año de la separación y por la insistencia de parientes y amigos que aseguraban que la ayudarían a rehacer su vida se fue a vivir a su ciudad natal y permaneció allí 3 años, alternando varios trabajos, pero al final volvió a Barcelona, porque notaba cómo poco a poco se iba haciendo un vacío a su alrededor, porque tras diez años de ausencia, los vínculos de pertenencia ya se habían roto y no había modo de recomponerlos: había perdido su lugar en el mundo.

Algunas de estas amistades han jugado en momentos críticos un papel salvador, pero gradualmente la han ido dejando sola o, al menos, eso es de lo que se queja, puesto que nunca la llaman o tal vez se fían de que ya llamará ella y si lo hace aprovechan para explicarle sus historias, sin darle opción a que ella explique la suya. Esta característica es la que permite introducir en el diálogo terapéutico la analogía con la ninfa Eco, que resume muy bien el significado de su posición existencial en este mundo.

*T.: Tú eres como un eco en quien encuentran resonancia todas las voces de los demás, pero tú careces de voz propia... Eco era la ninfa que se enamoró de Narciso, pero que se quedó sin discurso. Solo podía repetir lo que decían los otros. Cuando a ti te preguntan ¿qué tal?, ¿cómo va? ” y respondes “va...” es una invitación a que hablen los demás, relegándote a ti misma al papel de eco de sus discursos.*

E.: *Es que llega un momento en que ya no sabes qué decir.*

T.: *Pero no sabes qué decir, porque ¿no tienes un discurso propio? o porque ¿no sabes cómo lo van a recibir los demás?, ¿qué reacción va a provocar en ellos? Por ejemplo, con tu sobrino ya no sabes qué decir, porque no sabes cómo reaccionará. No porque no tengas nada que decir, sino que no te atreves. Porque si reacciona de una forma despectiva, o pasa de ti, no te hace caso, acabas sin hablar; te quedas muda, sin voz. Los demás tienen el poder de quitarte la voz. ¿Cómo es que tienen este poder?*

E.: *A veces me da miedo explicar lo mío... A mí nadie me ha preguntado por qué me ha pasado lo que me ha pasado.*

T.: *Nosotros queríamos preguntártelo, ¿cómo es que llegaste a este punto?*

E.: *Porque tenía la sensación de que no tenía nada, no tenía nada por lo que luchar, no sabía encontrar un camino, no sabía qué estaba haciendo aquí si realmente quería hacer algo, llegar a alguna parte. Estaba cansada. Una acumulación de muchos años y de muchas cosas.*

T.: *Una acumulación y una consecuencia de muchas cosas.*

### **Los Intentos de Suicidio**

En ese contexto existencial se comprende el surgimiento de la depresión y el planteamiento del suicidio. La depresión responde al hundimiento de un mundo. Cuando el suelo se hunde bajo tus pies, no puedes ya sostenerte y te caes. Las fuerzas te abandonan, porque solo pueden ejercitarse con el apoyo de un centro de gravedad. Sin él, todo se vuelve etéreo y huidizo, nada tiene peso ni sustancia.

El mundo de Eco es un mundo de relaciones. Eco existe en el *pour autrui* (en la relación con el otro), como diría Sartre, que distingue entre el “*être pour soi*” y el “*être pour autrui*”: ser para sí mismo o ser para el otro. Cuando ese otro desaparece, yo dejo de existir y si dejo de existir ya me puedo morir. El suicidio aparece como una consecuencia lógica.

Los intentos de suicidio se perpetraron en tres ocasiones. En el primero, hace dos años, estuvo 35 días internada en un hospital psiquiátrico. Vio mucha gente muy mal allí dentro. Esa época la recuerda muy negativa pues no iba a visitarla nadie, ni siquiera sus hermanos o su sobrino David, a quien tanto había cuidado. La dejaron tirada y le dijeron que si estaba en el hospital era porque ella lo había querido así. Al salir fue a vivir con una tía suya en un pueblo de la costa, pero cuando volvió a su casa, recayó de inmediato y la ingresaron de nuevo en el psiquiátrico. Allí encontró una amiga que había hecho en su primer ingreso. Recuerda que ella y su amiga, los días de visita, se sentaban solas en una mesa del bar del hospital, esperando inútilmente que alguien viniera a verlas.

El tercer y último ingreso lo sufrió 7 meses antes de iniciar el grupo de terapia, en agosto 2009. Cuando salió del hospital esta última vez, se prometió a sí misma que no la volverían a ingresar nunca más, pues lo había pasado muy mal. Fue una experiencia muy dura.

E.: *Llegó un punto en que yo ya no quería vivir. Mi vida ya no tenía sentido. Yo perdí el norte totalmente, el sentido del amor, de todo. O sea. . . sentía en mi interior que ni yo misma tenía sentimientos, ni los demás los tenían hacia mí, pero es que tampoco me sentía capaz de tener sentimientos. Estaba como muerta por dentro. Nada me importaba. A veces me doy miedo. Estaba bloqueada, no podía ni llorar... Ahora lloro, reacciono a las cosas llorando, pero en aquel entonces no podía. Era el fruto de muchas cosas, de muchos años atrás. Pienso que había un bloqueo de tantas cosas, un cúmulo de mil cosas. Yo era como la columna que lo sostenía todo, a la que se le podía apalear y se lo tragaba todo. Pero luego eso se enquistaba y se te queda ahí metido... No me quejaba de que yo hubiera dado mucho, si no de que no viniera nadie a verme “¿por qué no vienen? ¿Por qué no están aquí conmigo?”. Para llegar a la conclusión: “esto es que no me quieren”, no que yo había querido mucho y que había dado mucho. Esto no lo pensaba, sino que no me quería nadie.*

T.: *Bueno, pero tal vez el concepto de amar sí que lo tenías en función de dar y recibir.*

E.: *Sí, pero de dar cariño, dar besos y abrazos, y de mostrar constantemente que estás queriendo aquellas personas.*

T.: *Y en los momentos en que tú sentías que necesitabas que alguien estuviera a tu lado o simplemente te apoyara y no lo ha hecho, ¿qué sentías?*

E.: *Pena. Pena hacia mí misma. Rabia, no; pena. Sencillamente la lectura de que tú estás implorando desesperadamente y no sepan darte un abrazo; esto no puedo entenderlo. Yo si veo a alguien llorando desesperadamente no puedo dejar de acogerlo y abrazarlo, aunque no sepa o no quiera decir lo que le pasa, que no está capacitado en aquel momento para explicar lo que le pasa... pero aquella persona necesita un consuelo; necesita alguien a su lado, alguien que le dé la mano, que le abrace, que sepa que no está sola... Entonces yo lo único que pido es que alguien me quiera por lo que soy, no por lo que hago.*

T.: *Tú lo que necesitas es que la gente te quiera por lo que eres, no por lo que haces. Pero en el momento en que detectas que nadie te quiere por lo que eres, en aquel momento...*

E.: *... pasan estas cosas (en referencia a los intentos de suicidio) ... Más claro...*

T.: *Ya, por tanto, quiere decir que hay un punto en que necesitas a los demás.*

E.: *Evidentemente necesito a los demás, por eso tengo amistades y siempre las he necesitado. Ya desde pequeña buscaba en casa de los vecinos, porque estaba siempre de puerta en puerta. ¿Qué buscaba, cariño, compañía? Algo buscaba, porque si no, no me habría puesto enferma cuando tuve que irme de aquella casa.*

T.: *Visto desde ahora, ¿qué crees que buscabas?*

E.: *Supongo que buscaba cariño, que me hiciesen caso... Hay una cosa que me llama la atención. Ya en la adolescencia en un juego entre amigos, varios de ellos coincidieron en escribir, en secreto y por separado, sobre mí: "que amaba demasiado". Con el tiempo aquel juego me ha hecho pensar que ya en aquella edad, con catorce o quince años, había personas que se daban cuenta de que daba más de lo que podía dar.*

T.: *Eso es. Entonces, ¿crees que podríamos empezar a intentar entender todo esto?*

E.: *Deberíamos, porque si no me moriré, y nada habrá tenido sentido...*

Si ahora Eco viene a terapia es porque después del tercer intento tocó fondo: nadie acudió en su auxilio. Entendió que estaba sola y que tenía que hacerse cargo de su vida.

### **Falta de Amor Ontológico y Narcisismo**

Eco carece de entidad, no tiene voz ni discurso propios, se limita a reflejar la de los otros. Se enamora de Narciso que solo se ve a sí mismo y, rechazada por él, se refugia en la penumbra de una cueva, donde languidece hasta morir. Este dejarse morir es el equivalente del suicidio.

Los intentos de suicidio (siempre con pastillas), Eco los vivió como un dormir, sentía paz, y cree haber encontrado la energía de sus muertos. *"La muerte es como si te pusieras a dormir, por eso no te preocupa. Cuando uno intenta suicidarse solo piensa en uno mismo, no en los demás..."*

El problema de Eco es la falta de amor ontológico. Parte de un déficit originario: "no debería haber nacido"; es "un aborto", según la abuela paterna: "cualquier día la encontrarán muerta". No se ha sentido legitimada en su existencia, sino en la sumisión o complacencia de los demás. Cuando falta el amor ontológico, aparecen formas de narcisismo que intentan dar motivo de valor o amor a uno mismo, sustitutivas del amor originario, como el narcisismo aristocrático, meritocrático o plutocrático.

Eco, teje una red de relaciones sociales en las que se expande y refleja. Se regula sacionómicamente con éxito, hasta que se van apagando uno tras otro, cada uno de los satélites a los que iluminaba. Con su reflejo, ellos confirmaban su luz. Por eso es tan importante tener donde reflejarse. La suya es una crisis del narcisismo plutocrático: "tanto tengo, tanto valgo" (Villegas y Mallor, 2012, 2015). Si no tengo alguien a quien querer, mi vida carece de sentido.

### **El Giro Terapéutico**

El proceso terapéutico proporciona a Eco la oportunidad de aprender del gran error de su vida, que en sus propias palabras es el de haberlo dado todo, haber confiado demasiado, haber puesto su vida en manos del otro.

T.: *Estabas diciendo que nadie te había preguntado sobre la separación.*

E.: *No recuerdo que nadie nos haya preguntado, ¿qué os ha pasado, ¿cómo*

*ha sido, de dónde viene?*

T.: *Pues te lo preguntamos nosotros ahora, si es que todavía tiene sentido para ti.*

E.: *Supongo que sí, porque me sentí engañada.*

T.: *Te sentiste engañada, ¿de qué manera?*

E.: *Pues que mientras duró el noviazgo, él estaba en Barcelona, yo estaba en mi ciudad natal. Cuando yo lo dejé todo, amigos, familia, trabajo, lo hice para estar con él.*

T.: *Empecemos por ahí. Tú lo dejas todo por él. ¿Por qué lo haces?*

E.: *Porque le quiero. Sí... Pero después de me doy cuenta de que él no me quería tanto, pienso yo. La decisión de venir a vivir a Barcelona fue para no cortarle las alas a él. Él tenía muchas posibilidades de prosperar. Yo no.*

T.: *Había una situación de desigualdad.*

E.: *Exacto.*

T.: *En la que él tenía una posición de ventaja o privilegio.*

E.: *Exacto.*

T.: *Tú renunciabas a la tuya por la de él.*

E.: *Exacto.*

T.: *Y esto ahora como lo ves.*

E.: *Como una gilipollez; porque no tenía que haberlo hecho. El peso de todo recayó en mí. Si me equivocaba, no podía pedirle nada a cambio. Aquí me volví loca. Encontré trabajos de contabilidad, pero no sabía llevarla.*

T.: *¿Esa falta de apoyo fue en toda la relación, ya desde el inicio?*

E.: *Si.*

T.: *¿Y no lo habías detectado antes?*

E.: *No. Este fue mi gran fallo.*

T.: *Entonces, ¿qué pudiste aprender de esto?*

E.: *¿Qué aprendí? Que no lo supe ver. ¿Por qué no lo supe ver? Porque estaba muy ciega. No supe ver lo que se me venía encima.*

T.: *No te tomaste en cuenta tú misma.*

E.: *No. Confié demasiado. Lo di todo para no recibir nada. Como siempre. Siempre lo mismo.*

T.: *Eso quiere decir que tú has delegado demasiado tu poder en los demás.*

E.: *Me han relegado. No es que yo haya delegado, es me han relegado.*

T.: *Ellos te han relegado y tú has delegado. Si ahora pudieras rehacer la situación, ¿qué harías distinto?*

E.: *Estaría sentada en un banco en mi pueblo hablando con mis amigas. Lo tengo muy claro. Por mucho que lo hubiera querido. Es el error mayor que he hecho en mi vida y me arrepentiré siempre.*

Pero no se trata solo de no volver a hacerlo, sino de aprender que esta “gran capacidad de amor o donación” en el fondo no era otra cosa que un intento de ver reverberar sus propios rayos de luz en la mirada, en la sonrisa, en la acogida, en

el abrazo o en el deseo del otro. Es cierto que “no das para recibir” (*do ut des*), como reivindica repetidamente ante los compañeros del grupo, sino para reflejarse (*videor, ergo sum*: “soy vista, luego existo; me ven, me llaman, me tiene en cuenta, me visitan en el hospital, me desean, me necesitan; me añaden en sus contactos de facebook), y el día en que no le llega su propio reflejo se queda sin luz, oscurece y languidece, como Eco, hasta morir.

Ya en el último periodo de su terapia, Eco ha establecido una relación amorosa con un hombre casado, propietario de una cadena de supermercados, lo que le hace de nuevo consciente de su capacidad de iluminar, o más bien “deslumbrar” con su luz, que ve reflejada en el deseo sexual del otro:

E.: *Bueno y todo esto me da vidilla... Y yo me siento bien, me siento como una reina... es muy importante para mí en estos momentos sentirme así ¿no? O sea, como la mejor del mundo... Y aprovechar estos momentos..., y ya está. Que luego no puede ser, pues otro duelo y volveremos a empezar.*

T.: *Lo importante no es solo que te dé vidilla, sino que eso te haga sentir que tú tienes un valor que no necesariamente depende de que el otro te lo haga ver...*

E.: *No, claro...*

T.: *De hecho, al final el bienestar de cada uno depende de su proceso personal, de estar bien con uno mismo*

E.: *Per,o él me hace sentir bien, la verdad es ésta...*

T.: *Sí, claro, a nadie amarga un dulce...pues estupendo; pero si solamente comes dulces, enfermas de diabetes...*

E.: *Cuando a una persona se le iluminan los ojos, se le alegra la cara cada vez que te ve y se le dibuja una sonrisa en los labios, dices: pues, muy bien ¿no?*

T.: *Cierto, esto también te estimula a salir de la cueva.*

E.: *Esto es el que yo siempre pienso, bueno mientras él esté... pues esto es lo que a mí me da ganas de arreglarme cada día, de salir, de ir a dar una vuelta... Pero esto me ha costado un montón; pero ya está. Es que yo tampoco me daba por aludida, me hacía el longuis, pero es que también tenía mucho miedo...a que me vuelvan a hacer daño...*

La regulación siconómica complaciente y vinculante, dependiente y oblativa a la vez, que ha presidido su historia ha obstaculizado el pasaje hacia la autonomía. Por suerte todavía ha podido recuperar un poco de “vidilla”. Lo importante es que ésta evolucione hacia la vida, una vida a la que se le reconozca un valor propio.

## Eigenwelt

### Heidi, la Niña que Llegó a Mujer

Heidi, nombre metafórico aplicado a una paciente de 54 años, acude a un grupo de terapia con un cuadro de sintomatología compleja, caracterizada por reacción

depresiva, fobia social, agorafobia y diversas formas de somatización, que en el periodo inicial de la terapia van agravándose con nuevos síntomas (fibromialgia, síndrome de hipersensibilidad química múltiple, etc.), y con la sensación subjetiva “de tener un cuerpo que la lastra, a pesar de tener la mente clara a veces, y confusa otras”. La demanda literal de la paciente en la entrevista de acogida era “dolor e insomnio”, alegando síntomas físicos como dolor y fatiga; síntomas afectivos como ansiedad e irritabilidad, y “colapso” por “querer hacer más de lo que puede hacer”, refiriéndose a las limitaciones físicas, corporales, ante las “demandas mentales” de actividad.

### **Genograma e Historia de Vida**

Heidi, originaria del norte de la península, es la mayor de dos hermanos, ella y Paco, catorce meses menor. El padre “abandonó a la novia rica de siempre en el pueblo” para casarse con la que sería la madre de Heidi, aspecto que siempre fue criticado por la abuela y madre paternas; fue un “estigma” familiar. La madre de Heidi quedó pronto embarazada de ella. Al poco tiempo, cuando Heidi tenía apenas tres años, el padre emigró a Suiza por motivos políticos y laborales, y posteriormente se le unió la madre, dejando a sus dos hijos con los abuelos maternos. Como Heidi en las montañas, creció en un medio natural durante los primeros años de su infancia:

“Mi niñez es mi refugio siempre, los silencios, la no comunicación, la sensibilidad, el dolor... en éste refugio también hay dolor... Mis “nostalgias” están siempre en el pueblo en mi niñez, pero me marcaron para siempre, allí tenía tantos refugios: mis abuelos “la abuela” “el abuelo”, mi castaño, los montes, el bosque, las estrellas, los árboles. Cómo me gusta trepar a los árboles, soy la mejor, cómo me gusta; ni tan siquiera los niños me ganan [...]

Cuando te subes a un árbol y te quedas ahí rato es impresionante cómo cambia todo, es como entrar en otro mundo: el ruido cambia, las hojas hacen música, las hormigas hacen su camino. Si estás muy quieta y calladita los pájaros se posan, o les cantas a los pájaros y les contestas y te vuelven a contestar y estableces una conversación y se vuelven a otro lugar a volar”.

Más tarde, la historia se torció; tuvo que dejar su refugio en la montaña para ir a vivir a una ciudad en el extranjero con sus padres, y quienes tenían que continuar, o mejor dicho, reemprender tras haberla abandonado, la tarea de fundamentar su existencia. En lugar de eso pervirtieron su misión, abusando sexualmente de ella. En relación a esta experiencia comentará más tarde en terapia:

“Pero sobre todo, pues te arrancan de un sitio donde todo era idílico... Porque cuando era pequeña, cuando estaba en el pueblo, era todo muy bucólico... Pero luego, aparte de eso, como estaban los abuelos, sobre todo mi abuela, que me daba tanto mimo... Es que a veces aún siento sus brazos, sus abrazos. Eso queda para siempre; ese sentir... y lo suplía todo... Todo lo que necesitaba lo tenía y no me hacía falta nada más. También era la

edad, quizás. No te das cuenta de esa necesidad de... Estaban los abuelos, pues bueno, ya está. Ya era suficiente.

Y bueno, el que me llevaran allí, pues, fue terrible, fue extraño. Creo que dentro de su ignorancia ellos intentaron formar una familia, los cuatro, pero no supieron hacerlo, porque era desde la autoridad. Sí, era todo autoritario; había que hacer lo que decían y cómo lo decían; por eso hacíamos trastadas con mi hermano, porque teníamos que desahogarnos por algún lado”.

Durante ese tiempo de convivencia familiar en Suiza fue cuando se produjeron los abusos sexuales por parte del padre. Esta situación se prolongó durante años hasta que, al llegar a la pubertad, la situación se hizo insostenible.

“Estos ataques fueron continuos durante dos años, yo no gritaba hacia fuera, aceptaba la sumisión como un acto donde él también me hacía sentir importante, cómplice muda, era su preferida... No había otra alternativa para mí, formaba parte del momento. Esto hizo que mi comunicación con lo demás fuera errónea, debido al trauma vivido... Mi madre, cansada de encontrar la cama revuelta, cada vez que regresaba a casa, cargada con la compra del mercado, negoció con mi padre lo que sería mejor para mí”.

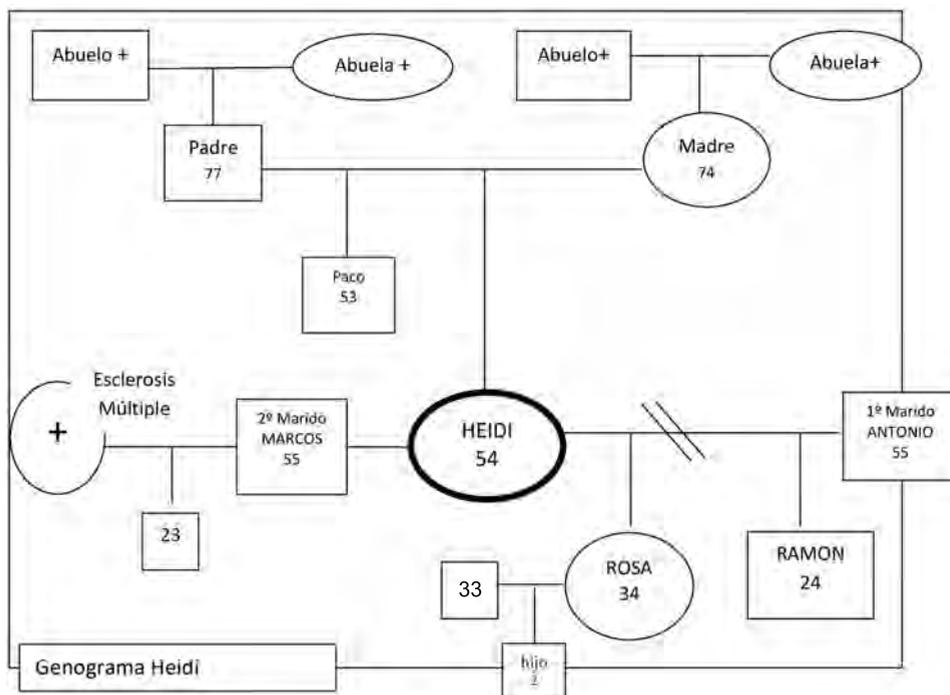
Así fue cómo esos padres abandonistas y dimisionarios decidieron volverla con doce años a su tierra natal e internarla en un colegio, delegando, de nuevo, la educación de la niña en manos ajenas.

Permaneció en el internado hasta la mayoría de edad, momento en que deliberadamente quedó embarazada para “huir” de aquella angustiada situación con su novio, a la postre marido, Antonio y, una vez más, otro elemento maltratador en su vida, con quien tuvo dos hijos, Rosa, actualmente de 34, casada y con un hijo ya de 2 años (su nieto) y Ramón de 24 (discapacitado psíquico). Diecisiete años después se separan, quedándose ella con la custodia de los hijos. Profesionalmente llegó a responsable de cocina, hasta que la fibromialgia ya no le permitió seguir trabajando, obteniendo más de un 75% de invalidez. Su actividad principal, en la actualidad, es cuidar de su hijo Ramón, quien se desenvuelve razonablemente bien en el mercado laboral adaptado.

En el momento de iniciar la terapia de grupo (primavera de 2012) vive con su segunda pareja Marcos, viudo y con un hijo de un primer matrimonio, a quien califica del “amor de su vida”. La relación se inició cuando la enfermedad de Heidi aún no había dado ningún síntoma, pero se hizo más estrecha a medida que la salud de Heidi fue empeorando. La primera mujer de Marcos falleció por enfermedad neurodegenerativa (esclerosis múltiple), siendo él su cuidador principal hasta el final.

En la figura 5 se reproduce el genograma de Heidi, donde aparecen las relaciones más significativas en su mundo familiar. Le acompaña el cronograma, que recoge sucintamente la secuencia de los acontecimientos vitales más importantes hasta el inicio de la terapia.

Figura 5  
Genograma de Heidi



### Cronograma

- 1958. Nace en un pueblo del Principado de Asturias (14 meses después nace su hermano, Paco).
- 1962 los padres emigran a Suiza y dejan a los hijos con los abuelos maternos.
- Hasta los 8 años está con sus abuelos en el pueblo.
- De los 8 a los 12 en Suiza con sus padres.
- A los 12 es enviada a un internado en Asturias donde permanece hasta los 18 mientras sus padres continúan en Suiza con el hijo, su hermano. Ella volvía cada año a Suiza para las vacaciones de Navidad y verano, hasta que marchó a Colombia.
- A los 18 deja el internado y se va con el novio, Antonio (son casi coetáneos 7/8 meses mayor él).
- Queda embarazada de su hija a los 19.
- Se casa (1977).
- Nace Rosa (1978).
- Van a Colombia (1979/1980) (estarán 10 años). Allí trabaja en una tienda con una señora de Barcelona. Pierde el miedo al público; las clientas la adoran.

- Nace su hijo Ramón (1988). Problemas perinatales: autismo (ahora tiene 24).
- Vuelven a España (1989/1990). El motivo fundamental es cuidar al niño.
- Se separan en el 94 (17 años casados) (El marido se va con una prima suya).
- Desde el 2005 está con una nueva pareja, Marcos (viudo, con un hijo propio). Se siente muy cuidada por él. Hace tres años conviven en Barcelona.
- Diagnosticada de agorafobia, depresión, fibromialgia, dolor crónico, invalidez 76%, síndrome sensibilidad química múltiple. Los primeros ataques de ansiedad ya en Suiza y después en Colombia.
- A finales de marzo de 2012 inicia terapia de grupo que termina en junio 2015.

### El Relato Autobiográfico

Pero dejemos que sea Heidi quien recomponga con sus propias palabras su historia de vida:

#### *Infancia y Adolescencia*

H.: *Hasta los 8 años estuve con mis abuelos. Luego a los 8 me llevaron a Suiza mis padres. Y luego pues, por decisión de ellos me trajeron a España otra vez, a los 12. Tuve una infancia bastante movida.*

T.: *Una infancia internacional.*

H.: *(sonríe) Más o menos... Sí, pero bueno también me trajo, me aportó cosas nuevas... y ver otras cosas también fuera que eran tan diferentes...*

T.: *¿Y cómo te sentiste allí?*

H.: *Extraña. De repente pasar de un ambiente muy protector por parte de mis abuelos a un ambiente que para mí era hostil, extraño y hostil. Porque bueno, en todos los aspectos, nivel familiar y luego a nivel escolar...*

T.: *Y eso influyó para que te mandaran otra vez a España.*

H.: *Sí. Creo que fue un poco como un castigo. Porque no me enviaron con mis abuelos, me enviaron a un colegio interna, donde estuve hasta los 18 años.*

A propósito de su estancia en Suiza, Heidi aprovecha para hablar de la calidad de la relación con su familia, padres y hermano, en ese periodo de los ocho a los doce años, después de haber pasado una infancia idílica con los abuelos maternos.

En referencia a los padres comenta

H.: *Yo no los conocía, es que, no había convivido casi con ellos... y tampoco ellos se habían esforzado mucho. Entonces...*

T.: *¿Con los dos, tanto con tu madre como con tu padre notabas esa falta de cariño?*

H.: *Sí, sí con los dos. Totalmente. No eran cariñosos... Tampoco con mi hermano*

T.: *¿Y tú con tu hermano te llevas bien, tienes buena relación con él?*

H.: *Mucho, mucho, mucho. Tenemos un vínculo muy fuerte. Aunque él esté allí y yo aquí... Nos queremos mucho. Nos hablamos casi cada día.*

### **Matrimonio con la Primera Pareja**

Continuando el diálogo y, a instancias de los terapeutas, Heidi retoma el tema de su matrimonio y primera pareja

T.: *¿Y luego cuando saliste del internado...?*

H.: *Pues... empecé a estudiar informática, en aquella época perforista. Pero bueno, le daba más importancia en aquel entonces al sentirme ya fuera del colegio. Porque al salir del colegio, te encuentras sola... estaba en un piso compartido. Me sentía, pues algo especial... Tener dijéramos mi vida. No la sabía administrar tampoco, porque nadie me había enseñado... Tampoco tenía referencias. Y era, bueno, diversión total: y pues con el primer chico que salí, me quede embarazada de mi hija con 19 años. Mis padres hicieron todo lo posible para llevarme a Suiza, incluso para que abortara.*

T.: *¿Tus padres no querían que tuvieras al niño?*

H.: *No, no... Más que nada por ellos, o sea por lo que dirán y por muchas cosas más. En aquel momento yo tampoco era consciente de lo que llevaba dentro. Pero sí decidí, me dejé influenciar más por parte de los padres de mi marido..., su madre sobre todo es muy religiosa, muy convencional.*

T.: *¿Os casasteis?*

H.: *Si, mis padres nos pagaban el apartamento, yo ya no seguí estudiando, yo atendía a la niña.*

T.: *¿Tú eras feliz en aquella época?*

H.: *Sentía que tenía algo mío que nunca había tenido..., mi hija y eso me hacía muy feliz. Porque, el depositar todo lo que anhelabas dar a alguien y no podías porque te falta cariño por parte de tus padres, de tus familiares... Porque ellos lo veían de otra manera, que lo tuvieras todo, los caprichos, que te pagaran todo, pero eso no era suficiente, me faltaba el acercamiento, no había confianza. Yo, todavía hoy, los conozco muy poco...*

La historia de su matrimonio empezó, sin embargo, a torcerse desde casi ya el primer momento, terminando en separación al cabo de unos años:

T.: *Estabas hablando entonces de que con 19 años habías tenido a tu niña y estabas viviendo con el padre de tu hija. ¿Cómo iba la relación con tu marido?*

H.: *Mal; ya al empezar, cuando empezamos a vivir juntos..., ya la primera noche fue diferente. Era una máscara lo que tenía, se quitó la máscara...*

T.: *¿Y cómo lo notaste, qué veías en él?*

H.: *(Suspira) Hechos y acciones. Violencia psíquica... Aquí mando yo y aquí soy yo, y aquí ordeno yo.*

T.: *¿Y no habías notado nada de estos rasgos antes?*

H.: *No, yo estaba ensimismada; ¿qué puedes ver de malo?, no sé, nada...*

T.: *Estabas... me voy a inventar una palabra, estabas "enelmismada"...*

H.: *Si..., "enelmismada", estaba claro, enamorada. Él me quería para él y lo consiguió y cuando me tuvo, es como cuando quieres conseguir algo y luego ya lo dejas allí, ya está, ya lo has conseguido...*

T.: *¿Y tu marido quería tener la hija, o era más bien su madre?*

H.: *No, él no, porque luego en muchas ocasiones me dijo que le había estropeado la vida. Él es un poco mayor que yo. Pero bueno, había vivido más que yo y había estado en el mundo más que yo y sabía manejar la situación, sabía dónde se movía y yo no, yo era muy inocente.*

T.: *¿De quién te aisló o de qué te aisló?*

H.: *Pues de todo y de todos. Por parte de su padre, la mayoría de la familia vive en Colombia y nos fuimos a Colombia con la niña. Allí estuvimos 10 años, lo pasé fatal, lo pasé muy mal... porque... luego al cabo de los años y todo esto, me di cuenta que se fue allí porque él estaba realmente enamorado de una prima suya, que vivía allí y esa historia continuó en paralelo.*

Esta dinámica relacional llevó con el tiempo, después de 17 años de matrimonio y de la aparición de una tercera persona, a la separación de la pareja. Sin embargo la separación no modificó las cosas sino que acentuó el maltrato tanto físico a través del hijo como sobre todo psicológico:

T.: *¿Pero cuándo te separaste de tu marido?*

H.: *Pues en el 94. Aunque bueno, separarnos, separarnos..., pues no, psicológicamente yo seguí muy unida a él hasta hace poco... porque me seguía manipulando, es un manipulador nato.*

T.: *¿Cómo era el maltrato psicológico? ¿Se basaba en qué?*

H.: *Me daba maltrato psicológico silencioso, de ese que nadie se podía enterar. Sabía hacerlo muy bien, sin que se notara. Y últimamente a través de mi hijo, una manipulación a través de Ramón, porque sabe que estoy muy unida a él. De que lo maltrataba a él, no me di cuenta hasta hace 3 años, que ya no ve a Ramón. Le pegaba, lo manipulaba en contra mía, pero una barbaridad. Y qué se le puede hacer a un hijo que tiene la mentalidad de 7 o 8 años..., aunque haya cumplido los veinte...*

T.: *¿Pero te amenazaba de qué forma?*

H.: *Bueno pues que a mí me iba hacer no sé qué, me iba hacer no sé cuánto, que yo era una puta... Y bueno pues, manipulaciones, improprios y...*

### **Dependencia Afectiva en la Primera Relación de Pareja**

La aparición del maltrato en la relación de pareja, Heidi la explica en función de la fuerte dependencia que desarrolló hacia Antonio, el primer marido, a causa de su falta de referentes internos.

T.: *¿Y cómo es que has mantenido este tipo de relación durante tanto tiempo?*

H.: *Era la dependencia, tenía una dependencia muy fuerte de él, a nivel afectivo, no económico. Por qué yo siempre he trabajado, siempre me he*

*defendido muy bien a nivel económico. Nunca tuve que pedirle dinero a él para comprarme algo, porque yo ganaba mi dinero. No tenía esa necesidad.*

*T.: ¿Y de qué tenías necesidad de él?*

*H.: Pues es algo inexplicable: cuando dependes de alguien emocionalmente... Crecí con él, me hice con él, era como, como su perrito...*

*T.: Ya, la voz de su amo... Vivías a través de él... ¿Tú sabías lo que querías y lo que no querías?*

*H.: No, no lo sabía. Yo era muy inestable. Bueno... yo iba en función de él, quizás también era cómodo. A parte, él era el que decidía para todo. En ese sentido nunca lo había pensado, a lo mejor también por comodidad. Claro es que ahora empiezo a ver las cosas desde otro punto de vista.*

*T.: Puede ser una comodidad que viene del hecho de que, al no desarrollar un criterio propio, se toma uno de prestado. Es como el prêt à porter, o el vestido a medida... Si voy y encuentro un vestido hecho pues me lo pongo y ya está...*

*Y en cuanto a la educación: ¿tú te encargaste de la educación de tus hijos siempre; no te ayudó él nada en la educación?*

*H.: Mis hijos los he educado yo. Él no, para nada, al contrario. Siempre lo he dicho: he sido niña, madre y luego mujer. Aprendí a ser mujer hace muy poco. No sabía serlo.*

*T.: Niña, madre... y entonces ¿con él qué eras?*

*H.: Nada.*

*T.: Cuando dices mujer, quieres decir persona o quieres decir...*

*H.: Persona también, claro..., adulta, y poder decidir por mí misma, saber lo que quiero, saber amar....*

A través de esta relación Heidi esperaba compensar sus déficits de autoestima, pero lo que consiguió fue aumentar la dependencia y someterse al maltrato. Hasta que con un largo trabajo terapéutico no logró desvincularse de esa regulación socio-nómica compensatoria, todo su deambular por los servicios médicos o psiquiátricos fue un confirmar una visión de sí misma como enferma, cada vez más enferma.

### **El Proceso Terapéutico**

La dificultad para poder hablar de su experiencia del pasado preside el proceso de terapia de Heidi en el grupo durante muchos meses. A pesar de tener la oportunidad de hacerlo en alguna sesión individual, Heidi se reserva a la espera de alguna ocasión que ella considere adecuada para revelar el secreto del que no puede hablar por falta de confianza, sentimiento de culpa y vergüenza. En una sesión posterior, casi un año después el tema de conversación es precisamente la necesidad de hablar y la dificultad para hacerlo.

*H.: A mi hay cosas que me han pasado que me hubiera gustado hablar con alguien con quien tuviera confianza, que yo supiera que esta persona me está escuchando y pudiera darme su opinión... Yo no estoy diciendo que*

*tenga todavía ese problema. Lo he tenido, y he estado, desde pequeña, con problemas. Y... no se ha solucionado, es decir, yo siempre decía, me hice yo a mí misma, porque nadie me daba una solución, nadie me ha dado las herramientas... Hay cosas que necesitas ayuda, o sea... Y llega un momento en que dices... a ver, ¿con quién puedo hablar yo esto?... Yo ya he tenido como cinco o seis psicólogos. Y no he solucionado nada, porque no me transmitían confianza. Nunca había compartido estas cosas con nadie, porque te vuelves reservada... Te cuesta transmitir lo que tienes, tienes miedo porque son cosas que no suceden normalmente, y cuando sucedieron, te han hecho sentir mal y te han hecho sentir culpable... y entonces tienes miedo a transmitirlo y a la opinión que tengan de ti, a la idea que se formen de ti y al juicio... Y cuando llevas una culpa encima y todo este peso encima, es muy difícil transmitirlo a nadie, porque, a parte, las personas que te han hecho daño siguen vivas y les sigues teniendo miedo... Cuando son personas tan cercanas... que están ahí todavía... Llega un punto en que necesitaría que me vieran de otra manera. Que vieran que yo he evolucionado..., que me vieran como una persona, como lo que soy ahora. No que me sigan viendo como ellos me veían antes. O lo que habían hecho de mí... Pero, por ejemplo... la persona que más daño me ha hecho en mi vida, no ha cambiado nada. Físicamente no puede, pero mentalmente sí, y lo malo es que cuando estoy delante de él, se me desmorona todo, y entonces digo, a ver, Heidi, ¿qué has estado haciendo hasta ahora? Entonces digo relájate, piensa en todo lo que has hecho, piensa quién eres, que tú vales mucho, o sea, claro que sí que hablo conmigo misma y no pasa nada, es él, pero me afecta, porque claro, tiene un trato con tus hijos, tiene un trato con tu marido y es diferente con todos ellos, ¿me entiendes? Y entonces...*

La prosecución del diálogo, centrado ya sobre el maltrato de los padres, elude sistemáticamente el tema del abuso sexual, aunque le es aplicable totalmente, orientando la atención de la audiencia sobre el autoritarismo del padre y la rebeldía de la hija.

T.: *¿Y a qué te refieres ahora?*

H.: *A poder hablar de lo que pasó, de las cosas que pasaron... por qué pasaron, por qué lo hicieron..., por qué motivos.*

T.: *En ese caso, ¿con quién tendrías que hablar?*

H.: *Con mis padres; mi padre sobre todo. Mi padre fue el más culpable de todos.*

T.: *Tu padre. Parece que es un tema que te remueve especialmente, hablar de él.*

H.: *Todavía me cuesta. Es que, claro... luego con la perspectiva del tiempo, dices ¿pero por qué? Es doloroso... doloroso. Pues ahí, dentro de ese hogar, se han violado todos mis derechos, como persona y como niña.*

T.: *¿Tenías consciencia de alguno de tus derechos?*

H.: *A ver... no consciencia en sí, porque, al fin y al cabo, era una niña, pero me imagino que cuando alguno de esos derechos se violaba, sabía diferenciar lo que estaba bien y lo que estaba mal, porque había vivido lo bueno y había pasado lo malo y... entonces claro, sabía diferenciar una cosa de la otra.*

T.: *Pero luego, cuando el maltrato lo recibiste tú, ¿cómo lo vivías?*

H.: *Estás en un círculo tan cerrado, que te sometes; y vas adquiriendo una dependencia. Y esa dependencia hace que obedezcas, porque no hay nada más.*

T.: *Ahí también es dónde te cuestionas si te acomodaste...*

H.: *Sí. Y como vida en familia es lo que conocí. No conocía otra, porque esa, según ellos, era la que valía; eran los padres.*

### ***El Reconocimiento del Abuso***

Esa oportunidad llegará en una sesión posterior. En el grupo se está hablando del perdón y a este propósito comenta el terapeuta:

T.: *La gente antes, en el lecho de muerte, pedían confesión, se sinceraban, era el momento de hacerlo.*

H.: *Para mí sería que mi padre en su lecho de muerte me pidiera perdón*

T.: *¿Y qué tendría que decir para pedir perdón, realmente?*

H.: *Que se ha equivocado en muchas cosas, en querer someterme, en reproches, en que nada lo hago bien.*

T.: *¿Tu padre se podría arrepentir de algo?*

H.: *De los abusos. Es que nunca he hablado con él de esto. Para él no han ocurrido... Tenía que someterme de alguna manera. Y fue la única que encontraron.*

T.: *De someterte.*

H.: *Sí, que me iban a domar. Y es lo que nunca consiguieron, nunca hubiera estado a su lado.*

T.: *¿Cuando hablas de abusos...?*

H.: *Abusos sexuales. Para mí me han herido más psicológicamente que las marcas que me dejaba en las piernas.*

T.: *¿Y tu madre no sabía nada?*

H.: *Sí que lo sabía. ¿Cómo no lo iba a saber una madre? Ella los sábados iba al mercado, se llevaba a mi hermano y me dejaba sola con él*

T.: *Dejaba el camino libre. Era cómplice.*

H.: *Totalmente, totalmente*

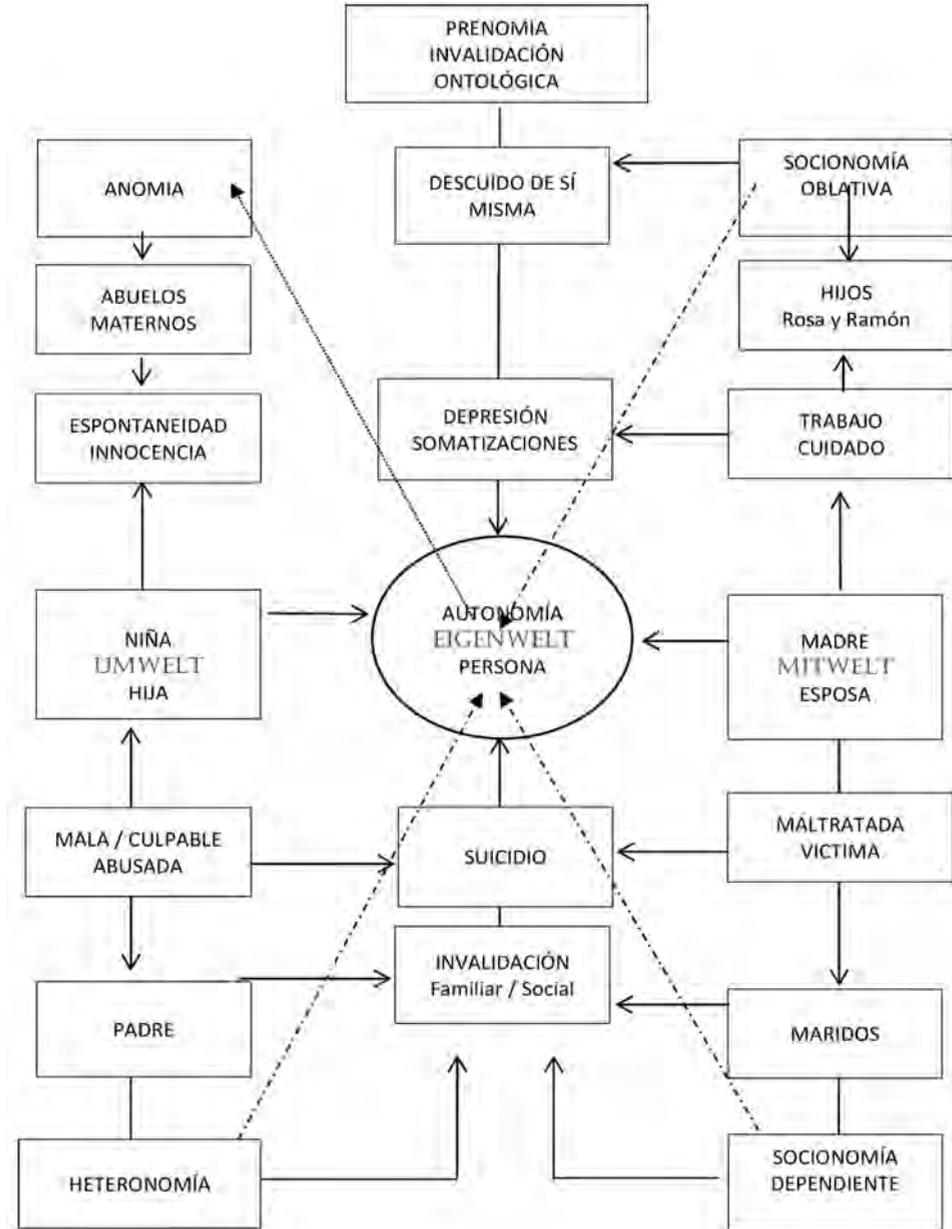
T.: *¿Y eso, cómo se perdona?*

H.: *Se perdona porque tienes que seguir; tienes que llegar a sentirte limpia y sentirte libre.*

**Macroestructura del Discurso de Heidi**

A partir de ese relato autobiográfico es posible aventurarse a diseñar una representación gráfica (figura 6) de la organización macroestructural del discurso de Heidi en función de su posición en el mundo y del grado de desarrollo e integración los sistemas de regulación moral.

Figura 6  
Macroestructura del discurso de Heidi



La macroestructura del discurso de Heidi muestra la dificultad para llegar a ser una persona autónoma, a la vez que la imposibilidad de desarrollar un mundo propio (*Eigenwelt*) en el contexto relacional en que se ha desarrollado su vida. En sus propias palabras, primero fue niña, después madre y después mujer. Existe un déficit evolutivo, que arranca ya de la primera infancia, que afecta a la validación ontológica: “no debería haber nacido”. Hija de un pecado de origen, en la familia paterna estaban empeñados en que fuera abortada; pero aunque estigmatizada, nació hija de la vida.

T.: *¿Entonces, según dices, no te tocaba haber nacido?*

H.: *Si pudiéramos haberlo visto desde ese punto de vista, hubiéramos sido más felices todos.*

T.: *Tú hubieras sido afeliz, porque no habrías nacido. Tampoco infeliz, afeliz*

H.: *Esa célula no se forma y ya no estoy aquí (ríe un poco). Piensa que la abuela y la bisabuela (paternas) iban al río a hacer cosas para que yo no naciera. A mi madre le tiraban piedras a la puerta cada día, la apedreaban, la insultaban, le hacían la zancadilla para que tropezara, para que abortara.*

T.: *Vaya que fue un embarazo, no sé si deseado o no, pero sí conflictivo.*

H.: *Sí. No sé si mi madre..., no se lo he preguntado, si en algún momento del embarazo deseó no tenerme, eh... no lo sé, no lo sé...*

T.: *Pues tienes que darle gracias a la vida*

H.: *Sí, siempre, siempre, y me considero una luchadora*

T.: *La vida quiso que nacieras y ahí estás.*

H.: *Y darle gracias a eso, me considero una luchadora pero, total, sí, porque he tenido que luchar siempre por vivir. Y bueno... también creo que, luego ya cuando vas creciendo y eres adulto las cosas las van marcando... los caminos que hay tantos, los vas escogiendo tú mismo, no los escogen los demás (...)*

Sus padres, pronto la dejaron al cuidado de los abuelos, que la trataron con amor y la educaron en la espontaneidad, entre los cuatro y ocho años, pero no pudieron suplir la ausencia de los padres en la primera infancia, sobre todo porque su acción tutorial se vio interrumpida cuando éstos se la llevaron a Suiza a los ocho años.

*“Había veces en que los niños decían para herirme: “Ah, porque tú no tienes padres... tus padres no te quieren... están fuera”... Había un momento que deseaba que llegara un coche por allí, que vinieran mis padres a buscarnos... Siempre he deseado un padre de verdad; sí, un padre y una madre, para poder presumir delante de los niños del pueblo; así ya no podrían decir que no tengo padres, que solo tengo abuelos”.*

Este descuido marcó un déficit prenómico de nutrición afectiva, falta de estima ontológica, que probablemente ha arrastrado en toda su vida sentimental,

*“por eso en cuanto veía una miajita así de cariño ¡huuu..!, me enganchaba como una lapa, y siempre acababa escaldada. Pero no lo sabía ver. Yo no tenía la intuición esa de... Soy muy inocente, soy como una niña y me da*

*rabia también ser una niña”.*

El reencuentro con los padres se enmarcó en una relación autoritaria y de abuso sexual, hasta el punto de llegar a sentirse mala y culpable por ello, de modo que la regulación heteronómica ha tenido en ella una función de sometimiento.

*“El recuerdo está ahí toda la vida, esto no lo puedo olvidar. Me gustaría que mi padre me pidiese perdón, sí. Sería una manera de reconocer que me ha hecho daño... Me estaba haciendo daño porque era la manera de someterme, porque contestaba, porque no callaba, porque no consentía, porque no estaba de acuerdo, porque era contestaria... Era un castigo. Era la forma de someterme... Yo no sabía por qué era mala. Me decían que porque no obedecía, porque no era buena hija, porque no les quería. Me estaban obligando a quererles, cuando yo no los veía como padres”.*

Invalidada en sus orígenes y sometida a la sujeción paterna, a los 18 años entra en el mundo de las relaciones sociales (*Mitwelt*) a través de la relación amorosa con Antonio, que deriva en una relación de dependencia invalidante.

*“Yo pensaba que, teniendo un bebé y teniendo un marido, iba a ser todo diferente y no fue. Porque me daba maltrato psicológico silencioso, de ese que nadie se podía enterar y yo siempre era la mala para todos, y la rebelde, y fue terrible.... El trato de él conmigo no era de igual a igual, a mí me ha visto siempre inferior y como tal me trataba. O sea él sabía mis debilidades, mis puntos flojos y mis problemas emocionales, y entonces, jugaba con todo eso.*

T.: *¿Cómo te veías tú sin él en aquella época?*

H.: *Que no sería capaz de funcionar en el mundo sin él... Es más, cuando nos dejó estuve sin funcionar mucho tiempo. No podía; me quedé que no sabía por dónde tirar. No sabía qué hacer, no sabía adónde ir, ni de vacaciones... No sabía nada... No entendía nada.*

T.: *No entendías nada. Simplemente te sentías perdida.*

H.: *No, no; me sentía mala. Muy mala. Yo era muy mala. Porque yo era mala. Para mi familia, para todos. Porque me dejó esa persona, tan buena tan trabajador, tan luchador...*

T.: *¿Qué hacías para ser mala?*

H.: *Pues según ellos que yo lo trataba mal; que no le hacía caso, no era una buena mujer; no era lo suficientemente sumisa, no era lo suficientemente trabajadora en casa. No era suficientemente mujer.*

T.: *Ahí hay algo más que hacer las cosas mal. En ese juicio hay una invalidación. Una negación de valor. No solamente no hacer las cosas bien, sino, no valer.*

H.: *Exacto; no valía. No valía para nada.*

A esta invalidación constante del marido hay que añadir la del padre e incluso la de la madre que confluyen no solo en la infancia, sino también durante toda la edad adulta

T.: *Eso te lo hacía sentir tu marido o...*

H.: *Eso fueron las palabras de mi padre. Cuando nos separamos. Porque claro, de cara a la familia tuvo que irse, porque era insostenible la vida en casa.*

T.: *¿Y tu padre te dijo que no valías nada cuando tu ex te dejó?*

H.: *Bueno, para él nunca he valido nada, y pues en aquel momento, menos...*

T.: *¿Y tu madre?*

H.: *Igual, igual... Incluso, mi madre me dijo respecto a Ramón: “¿Cómo es que has tenido otro hijo?”, “mira lo que has traído de Colombia”.*

T.: *O sea, te echaban en cara que Ramón naciera con alguna deficiencia.*

H.: *Incluso llegaron a justificar que Antonio se fuera de casa, porque ¿cómo se puede aguantar un niño así en casa? ¿Cómo puede estar una persona así que trabaja tanto? Yo tenía a Ramón y tenía a Rosa y trabajaba. Yo he trabajado siempre y he estado siempre por mis hijos.*

Esta invalidación ha continuado con el segundo marido a través de la enfermedad. Inicialmente Heidi y Marcos mantuvieron una relación sin convivencia, cada uno en su casa, que es como le gustaba a ella. Pero cuando fue progresando su enfermedad, el dejó su domicilio y se fue a vivir con ella, convirtiéndose gradualmente en su enfermero, contribuyendo así a confundir el amor con la dependencia

Heidi intenta abrirse camino por sí sola, y únicamente cede cuando se hace cargo de ella un hombre. Se regula prenómicamente, asumiendo la tarea de cubrir sus necesidades y las de los suyos, “hasta que el cuerpo aguante”. Por eso somatiza hasta el extremo, sobre todo muscularmente, los conflictos existenciales. La suya es una crisis del narcisismo meritocrático: “Tanto hago, tanto valgo”.

Pero todo en su vida se conjura para impedir su emancipación como persona adulta: el sometimiento y abuso de los padres; el internamiento en un colegio de monjas durante su adolescencia, la relación de dependencia, maltrato y sujeción con el primer marido, la necesidad de dedicar su vida al cuidado de su hijo y al sustento de la familia, las enfermedades somáticas y psíquicas. Solo quedan preservadas de esta invalidación el paréntesis de su infancia con los abuelos, los éxitos deportivos en el internado, la realización profesional como cocinera y la autonomía económica laboral, fruto de su esfuerzo personal.

### ***Intentos de Suicidio***

En este contexto de invalidación nuclear constante, de culpabilización, de dependencia y sometimiento aparecen las ideas y los intentos de suicidio ya desde la infancia y adolescencia.

T.: *Y el hecho de que te castigaran ¿cómo lo vivías?*

H.: *Muy mal, muy sola, muy injusto. Me sentía sola en esos momentos me sentía abandonada por mis papas y por mis abuelos, porque dejaron que me fuera con ellos. Hubo un momento en que me bajé a la piscina y no quería salir, me quería dejar hundir, con la boca abierta. Y el socorrista*

*me sacó; me tuvo que hacer el boca a boca.*

A esta invalidación ontológica le ha seguido la física, debido a la fibromialgia y demás síntomas somáticos:

*Estaba en un momento desesperado de mi vida, y al verme ya sin poder trabajar que ha sido el desahogo que he tenido siempre a todos estos problemas... que ha sido el darle amor a mis hijos y el trabajar... Al no poder, al verme incapacitada para trabajar, dejar mis cosas, dejar mi trabajo, mi negocio, estaba en un momento límite ya. Por mucho que Marcos estuviese a mi lado, que mi hija estuviese a mi lado, que me quisieran, en esos momentos no es suficiente, eso no lo tienes como en cuenta, no: eres egoísta en ese sentido.*

... y la psicológica después, el hundirse anímicamente, la depresión

H.: *Bueno el problema al principio pues cuando me enfermé, con la depresión, pues... el doctor me dijo lo que más conveniente era que fuera al psiquiatra o psicólogo, porque con la medicación solamente no iba a... porque los ataques de ansiedad ya eran tan crónicos de ir al hospital, a urgencias cada dos por tres, de llamar, de sentir ya ese vacío, el no poder dormir y cuando me quedaba dormida era como si me cayera al vacío, era un querer sin vivir ya... A mí me ataba mi hijo Ramón, me ataba Ramón nada más... aunque intenté muchas veces dejar de vivir... Y eso aún me pasa por la cabeza a veces, y luego me siento fatal, cuando viene ese sentimiento, me siento muy mal*

T.: *¿Y lo has tenido siempre, o...?*

H.: *Desde la adolescencia. Pero, era muy continuo, y siguió hasta el punto de asustarme yo misma, además trabajando en cocina con cuchillos, porque..., son como impulsos, y en ese momento se te lleva..., lo haces y ya está. No es como pensado..., algo meditado y pensado, como ha ocurrido alguna vez...*

En estas últimas palabras Heidi alude a algunos episodios en que hasta había pensado en incluir a su hijo en el intento de suicidio, como cuando fue caminando con él hasta el puerto y no llegó a tirarse al agua porque la detuvo un paseante que la vio muy mal.

*En una ocasión fui con Ramón para... acabar con la vida de los dos. Y... y no lo llevé a cabo, pero lo medité y lo pensé... Caminé hasta el puerto con él... fue una caminata larga... sí, una caminata larga hasta allí... sabía a lo que iba. Y todo el camino con la mente vacía, no pensaba nada, muy extraño...”.*

En otra ocasión posterior, esta vez sola, subió al terrado de su casa, con la intención de tirarse a la calle...

H.: *llegó un punto que tenía muchas lagunas de la depresión, no sé si será por la cantidad de medicación que tenía..., pero era un bienestar, me sentía bien... O sea, ahora recordando en el tiempo y analizándolo... no*

*era felicidad, era bienestar...*

T.: *o sea, era la dulzura de la muerte*

H.: *la dulzura de la muerte... qué frase... sí... exacto... sí... la dulzura de la muerte porque yo me estaba dejando morir. Es más, voy a decir algo que no había dicho hasta ahora (silencio)... Un día... en mi edificio no hay ascensor y empecé a subir para llegar a la terraza, descalza, era invierno y llegué al piso de arriba... Me quería tirar de la terraza porque digo “si me tiro de mi piso me voy a romper una pierna, no me voy a hacer nada más”. Pero no fui capaz de abrir la terraza porque no tenía fuerzas y empecé a bajar sentada los escalones; pero me di cuenta que no tenía las llaves de casa... porque si me voy a tirar dejo las llaves... O sea, lo dejé todo, o sea... iba en pijama, descalza; un pijama así como un chándal finito y estuve esperando hasta que llegó él... Y me dijo: “pero qué mal estás, mira que estás mal ¿eh? Pasa, pasa, pasa”... Como a una niña y recuerdo aquello. Me reñía como una niña, igual. Como si fuera una niña. Y para él era una niña, era una “nina”, además me decía “nineta”.*

T.: *O sea, tú te posicionaste como en un rol de niña con él, es decir, dame todo el cariño que no me dieron mis papás*

H.: *Sí, exactamente: es que al final yo le llamaba lo mismo, le decía papa y él me decía “nina”*

T.: *O sea, como un bebé que no tiene que [H: sí] hacer nada por sí mismo y...*

H.: *Era como un refugio, fue como encontrar un refugio*

T.: *Lo que pasa es que ese padre nutritivo era más bien devorador*

El último intento se produjo de nuevo, como el primero, en una piscina. La sacaron dos compañeras y la ingresaron en un hospital.

H.: *El punto de inflexión fue el año pasado, como por el mes de marzo que fue el último día que yo fui a la piscina. Ese día, precisamente, tenía que venir a sesión. Pero, claro, falté; hasta ahora no había explicado por qué. Me rescataron entre dos compañeras y me llevaron en una ambulancia al hospital. Yo sentía que me daba un ataque de ansiedad muy fuerte, sentía que me ahogaba en la piscina... y me dejaba... quería ahogarme... Yo tenía la voluntad de decir “me dejo ahogar”*

T.: *Y al tocar fondo de la piscina... de alguna manera, ¿tocaste fondo en ti misma?*

H.: *Sí (emocionada) tenía que tocar fondo en mí misma*

T.: *Mmh..., mmh. A esa dulzura de la muerte le viste la amargura*

H.: *Cuando estaba en la piscina me vi yo... y vi a Ramón; no vi a nadie más, no vi a Rosa... me vi yo y a Ramón, a nadie más. Me estaba viendo e intentaba agarrarme a mí... eso no lo entiendo... supongo que estaba intentando agarrarme a la vida...*

T.: *Y la vida solamente era la tuya... O sea, por tanto, tenías que agarrarte a ti misma... Si quiero vivir tengo que ser yo quien emerja del agua. Ahora*

*es como si por primera vez fueses tu madre y tu padre, o sea, ahora eres tú la que asume el rol de cuidarte.*

Ese fue el momento de tocar fondo, ya iniciado el proceso de terapia de grupo, a partir del cual, Heidi fue renaciendo como el Ave Fénix.

### ***La Curación por la Palabra***

La psicoterapia ha sido definida como “la curación por la palabra”. Con frecuencia se escribe, incluso por parte de los mismos pacientes, como un espacio donde poder hablar, desahogándose, identificándola con la función catártica que sin duda tiene, pero en la que evidentemente no se agota. Más bien es el espacio donde la experiencia puede resignificarse y reconstruirse a través del cambio de narrativa, del victimismo a la autonomía.

T.: *Tú decías que justamente necesitabas a alguien con quien hablar...*

H.: *Tuve bastantes psicólogos. A lo largo de mi vida no era la primera vez que iba al psicólogo. Siempre he considerado que el psicólogo es la persona que más te puede ayudar y que más te puede comprender. Pero, no había encontrado a la persona... Pero romper esa barrera sí, fue muy importante para mí. El empezar a entenderme desde el principio para que yo fuera viendo las cosas... vas hablando y vas viendo... Sobre todo el escribir, siempre he escrito, pero lo rompía, yo nunca he dejado que leyeran mis escritos, sentía vergüenza de que los leyeran. Entonces cuando tenía un cuaderno, pues lo rompía, o lo quemaba... Es que yo tampoco no sabía que existía esta terapia...*

T.: *Esta terapia de reconstrucción.*

H.: *No lo sabía que existía, hasta que llegué aquí. Y para mí fue mi salvación. Que gente que me conocía me dice: pero ¿qué te ha pasado?, porque estás muy cambiada, muy bien eh. Digo perfectamente. O sea de víctima, esta parte de victimismo, ya no existe, ya no existe*

T.: *Ajá, eres responsable de tu existencia*

H.: *Exactamente, es lo primero que tienen que sacarte para poder caminar. Dejar de ser víctima, y el verte a ti misma como persona, y claro, el ir de “ay, pobrecita”, el ir de víctima, al sacarte esa etiqueta, te sacas un peso tremendo de encima. Porque somos víctimas, porque queremos serlo, porque nos va bien ir de víctimas...Tengo que mirar al futuro, tengo que vivir, vivir siempre es para adelante no para atrás.*

### ***La Superación de la Dependencia: El Trabajo con la Pareja Actual***

Hasta la aparición de los síntomas, Heidi se definía como una mujer resuelta, activa, ejecutiva y divertida. Con la fibromialgia progresivamente va restringiendo las actividades hasta la situación actual. La demanda explícita se refiere a síntomas físicos relacionados con la fibromialgia, si bien describe aspectos como la confusión, la falta de diálogo real con su pareja reciente, con problemas físicos que también implica inapetencia sexual y alimentaria, e incluso agorafobia, dificultades funcio-

nales (no puede cocinar) y episodios distímicos y depresivos que sugerían aspectos mucho más profundos de dolor y heridas en la esfera emocional y afectiva. Refiere también pérdidas de control, sensaciones disociativas, sensación de culpabilidad y de cobardía, e incluso describía el intenso amor por su pareja actual como “doloroso” físicamente, “ya que nunca había sentido nada igual”. Casualmente, una vez consolidó su amor con Marcos, los síntomas avanzaron a pasos agigantados, añadiéndose nuevos diagnósticos que la incapacitaron severamente, pasando a depender totalmente de él, hasta la ruptura reciente de dicha relación.

En la primera sesión plantea una buena imagen, positiva, muy ligada a Marcos, su pareja, a quien conoció hace unos siete años. Más adelantada la terapia, revela problemas personales y de pareja, empeoramiento de los síntomas psicofísicos con reagudización de las crisis de ansiedad. Avanzado el proceso terapéutico, a medida que aumenta la capacidad de autoafirmación de Heidi, se produce un distanciamiento progresivo de Marcos, sobre todo tras descubrir en él adicciones a drogas y al sexo, hasta tomar la decisión unilateral de poner fin a la relación, por la anulación e invalidación progresivas que había ido sufriendo.

T.: *Hay una cosa interesante a nivel más general, que luego se ha reproducido con tus parejas. ¿Sabes a qué me refiero?*

H.: *Sí, al maltrato... Pero lo interesante para mí es que creo que con Marcos lo he roto, lo he podido ver; y además fue ya este último año, lo vi claro. Pero tengo un escrito de hace ya cuatro años donde Marcos no queda bien parado a nivel de relación. Había una carencia emocional y luego como una dependencia al maltrato que se iba repitiendo el patrón que tenía siempre de sometimiento.*

T.: *Incluso el maltrato es una demostración de que se fijan en mí, que me tiene en cuenta: te castigo a través de someterte y a eso le llamo “amor”.*

H.: *He sido niña y he sido madre, pero no mujer. Ahora soy mujer. Por eso cuando yo empecé a ser yo, discutimos con Marcos hasta que se fue... Lo que me hace sentir bien en ese proceso es que lo hice yo sola, no lo comenté con nadie y es como lo quise hacer, de esta manera.*

T.: *Un proceso personal y propio*

H.: *Sí. Eso me hace sentir muy bien.*

T.: *¿Y la fuerza, de dónde la sacabas? Porque has estado depre, durante mucho tiempo...*

H.: *Cuando estaba depre no tenía fuerza*

T.: *Pero fue dejar a Marcos y aquí todo el mundo vimos un cambio tremendo.*

H.: *Yo salí de la depre antes de dejarlo, Si no, no lo hubiera dejado nunca.*

T.: *Ya, pero ¿qué te hizo dar ese giro?*

H.: *Pues el pensar... “tú siempre te has valido por ti misma, siempre has sacado todo adelante y con lo que tú sabes ahora, con lo que has aprendido, ¿te estás permitiendo todo esto?” Es que empecé a sentir un bienestar dentro de mí... el querer hacer las cosas por mí misma... saber que me*

*estaban manipulando... “Pero bueno... ¿a ti cuándo te ha manipulado alguien? Pues, tu marido, el padre de tus hijos... pero eso fue hace mucho tiempo... ¿y ahora se va a repetir? Pues no, no lo permitas”.*

Recuperado el control de la medicación, que había dejado en manos de Marcos, asume la gestión de los aspectos médicos de forma más autónoma, llegando a descubrir un cierta sobredosificación medicamentosa que la hacía estar “más confusa, dormitando enlentecida”, durante toda esta última etapa.

Después de la ruptura con Marcos el cambio es espectacular, tanto a nivel físico como mental. Heidi abandona las muletas en la que se apoyaba para asistir al grupo de terapia, se desprende de la mascarilla de carbono que la protegía de la aspiración de las sustancias químicas en suspensión y que hacía difícilmente inteligible su discurso, está más comunicativa y participativa, recupera movilidad y agilidad. Las puntuaciones en los tests de depresión han pasado de muy grave a muy leve en el espacio de 5 años.

### **Resiliencia**

El proceso terapéutico de Heidi es una muestra fehaciente del poder de las personas para recuperarse de los traumas sufridos y (re)construir los eslabones perdidos o rotos de la cadena evolutiva en el camino hacia la autonomía. En este proceso tiene un gran valor y trascendencia la recuperación de las partes sanas de la experiencia pasada, en su caso la vinculación segura con los abuelos y las experiencias del propio valor: los deportes, el trabajo como dependienta en Colombia o en los restaurantes que ella misma montó

T.: *Dices que hay cosas en la mochila que todavía tienes que echar*

H.: *Hay cosas que, que duelen, cosas que son inevitables, pero esos momentos los supero mejor que antes.*

T.: *¿Y cómo lo haces?*

H.: *Pues... mmm... me voy a un sitio seguro*

T.: *Un sitio seguro*

H.: *Sí, me voy a un sitio seguro y desde ahí pues pienso que eso ya está atrás, que estoy bien, que estoy siendo querida, que nada me puede hacer ya daño, si yo no quiero; sin desconfianza...*

T.: *¿Este sitio seguro es tu infancia con tus abuelos, libre en la naturaleza...?*

H.: *Sí, esa parte es mi tesoro... es donde me siento segura, a donde tengo que ir cuando, por ejemplo, me dan ataques de ansiedad, mi sitio seguro siempre es ahí... Y luego pues me lo pasé muy bien también en el internado, todo hay que decirlo, tenía amigas... eh, con el deporte lo pasaba pipa, era la mejor, siempre la mejor y yo bueno, pues el ser líder en algo... Ahí yo era, bueno, sensacional, y ni mis padres, ni mis profesores a eso no le daban importancia... O, por ejemplo, leer libros, que tampoco le daban importancia, si no era un libro de texto. Yo en mi adolescencia me tragué un montón de libros, porque ahí yo me metía en las historias y me evadía,*

*ahí es donde yo soñaba... Hubo una época en la que me gustó mucho la poesía, aún guardo un cuaderno en el que yo escribía poesía.*

*T.: Me ha recordado mucho eso que explicas a la Heidi; en el sentido de un ser natural, inocente, puro, sano, que vive en la inmediatez de las sensaciones, de la naturaleza, de... No le sale el mal, porque es incapaz de pensar en él... Y ahora puedes recuperar, de alguna manera, esa época inocente, esa época libre...*

*H.: Sí, me ha servido mucho para salir adelante y salir después, porque toqué fondo totalmente. Me ha ayudado mucho. Y me está ayudando mucho.*

La historia de Heidi, es una historia de resiliencia. Reproduce con las variaciones propias del caso, las características comunes a la mayoría de historias de abuso sexual en la infancia. La presencia del abusador en el entorno próximo de la víctima, en ese caso el padre. La distorsión en la propia experiencia relacionada con el abuso, en este caso la violación como un “castigo” por ser “mala hija”. La construcción de las relaciones amorosas como sometimiento y la transferencia de esta concepción a las relaciones de pareja, dando lugar a una asimetría deficitaria (Villegas y Mallor, 2010) que derivó en maltrato psicológico en el primer matrimonio y en dependencia y sobreprotección en la relación con Marcos, la segunda pareja.

Lo que llama la atención en el caso de Heidi es la intensidad de la sintomatología psicósomática, que acompañaba a la depresión, la dependencia y la agorafobia en la última fase de su relación de pareja, y que remitió rápidamente en cuanto se fue liberando de ella. El significado de este proceso puede entenderse desde la perspectiva del desarrollo moral como un pasaje de la regulación sacionómica a la autónoma (Villegas, 2014). Una regulación no integrada y deficitaria a partir de la experiencia de abuso, basada en la confusión del amor como disolución del yo en el otro, del amor como cuidado que exige la contraparte de la debilidad y la enfermedad, del amor como dejación de la propia voluntad.

El proceso terapéutico ha permitido a Heidi retomar los apoyos de una base segura que conservaba todavía en sus recuerdos de infancia con los abuelos, durante la fase anómica; reconectar con su historia de resiliencia manifestada en su capacidad de trabajo para sustentarse por sí misma; valorar la superación de las dificultades extremas en la crianza de los hijos; asumir con valentía la travesía en solitario del desierto del dolor; ejercer la fortaleza para hacer frente al maltrato en su primera pareja y desprenderse de los falsos apoyos de la sobreprotección en la segunda; desplegar la generosidad consigo misma y con sus relaciones más significativas para liberarse de las cargas emocionales destructivas del pasado a través del perdón. De este modo Heidi ha convertido el proceso psicoterapéutico en un camino hacia una autonomía plena, no solo psicológica, sino también afectiva y funcional: ya no depende de las relaciones tóxicas de pareja, ni de las muletas en que apoyarse para caminar o de la mascarilla para poder respirar.

### A Modo de Conclusión

La casuística particular o los estudios de caso único, no pueden nunca establecer un criterio universalmente válido para extraer conclusiones, pero constituyen un camino abierto a la comprensión del significado profundo de las experiencias patológicas que subyacen al fenómeno estudiado. De la lectura de estos tres casos parecería que se podría extraer la conclusión que los intentos de suicidio solo tienen éxito si afectan simultáneamente a los tres mundos (*Umwelt*, *Mitwelt* y *Eigenwelt*). Este es el caso de Ellen West en quien el conflicto entre el mundo propio (*Eigenwelt*) y el mundo social (*Mitwelt*), se dirime a costa de su naturaleza (*Umwelt*) corporal, derivando hacia la anorexia purgativa primero y el suicidio, después. Por el contrario, ni Eco ni Heidi están enfrentadas con su corporalidad. Eco, aun en sus momentos más bajos, cuida su apariencia y su cuerpo. Heidi, a pesar de su fibromialgia y otros achaques corporales que le afectan, se adapta a sus circunstancias y no rechaza su cuerpo; incluso después de su recuperación surge esplendorosa en su corporalidad.

Pero eso no siempre es necesariamente cierto. Es cierto que Ellen West consigue finalmente suicidarse y no por los medios más estrambóticos ideados con anterioridad, sino por la clásica ingesta de sustancias tóxicas. Pero podría haber sucedido que tanto Heidi, como Eco hubieran tenido éxito casualmente en alguno de sus diversos intentos, según de qué lado hubiera estado el azar. Ellen West no le dejó esta oportunidad al azar. Lo planificó bien, pidió el alta del sanatorio para poder actuar libremente y a sus anchas e, incluso, es posible que obtuviera cierto apoyo de su entorno más próximo (Maltsberger, 1996). En cambio, tanto Heidi como Eco actuaron de manera reactiva a múltiples situaciones o impulsos, sin planificación, dando lugar a imprevistos que interfirieron en su ejecución.

Pero el factor común que une a nuestras pacientes (y esto ya apunta a una posibilidad de extraer conclusiones) es el hundimiento de su proyección existencial, el colapso general en momentos determinados de su vida, de su mundo personal o social sin perspectiva de futuro ni de resignificación del pasado. Haber sobrevivido a estos momentos de colapso abre las puertas a un proceso de terapia en que es posible la resignificación del pasado y la proyección del futuro. Eco, en terapia, ha vuelto a recuperar su voz, su discurso ha sido escuchado, comprendido y validado, y se ha abierto a nuevas experiencias relacionales. Heidi ha encontrado, después de desprenderse de sus relaciones de dependencia y sumisión, de salirse de su posición de victimismo, de liberarse de muletas y mascarillas, el camino hacia la autonomía (Villegas, 2015) y el reencuentro consigo misma. Ellen West escogió otro camino, tal vez porque no tuvo acceso a una psicoterapia, libre de una mirada diagnóstica. En cualquier caso, todas merecen ser consideradas no como casos, sino como personas dignas del máximo respeto.

## Referencias

- Akavia, N. (2008). Writing “The case of Ellen West”: Clinical knowledge and historical representation [Escribiendo “El caso de Ellen West”: Conocimiento clínico y representación histórica]. *Science in Context*, 21(1), 119–144. <https://doi.org/10.1017/S0269889707001585>
- Akavia, N. y Hirschmüller, A. (2007). *Ellen West: Gedichte, prosatexte, tagebücher, krankengeschichte [Ellen West: poemas, textos en prosa, diarios, historia médica]*. Asanger.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*]. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balcells, A. (2017). Seguro de muerte, seguro de vida. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 57-69 <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i106.156>
- Bidart, F. (1990). “Ellen West” en the western night: Collected poems, 1965-1990 [“Ellen West” en la noche del oeste: poemas recopilados, 1965-1990]. Farrar Straus Giroux.
- Binswanger, L. (1945). «El caso Ellen West», en: *Artículos y conferencias escogidas*. Gredos.
- Bordo, S. (1992). Eating Disorders: The feminist challenge to the concept of pathology [Trastornos alimentarios: El desafío feminista al concepto de patología]. En D. Leder (Ed.), *The body in Medical Thought and Practice. Philosophy and Medicine* (vol.43). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-015-7924-7\\_12](https://doi.org/10.1007/978-94-015-7924-7_12)
- Laing, R. D. (1982). *The voice of experience: Experience, science, and psychiatry [La voz de la experiencia: Experiencia, ciencia y psiquiatría]*. Penguin Books.
- Lang, H. (1987). Réflexions sur la structure de l’anorexie mentale d’après le cas exemplaire d’Ellen West [Reflexiones sobre la estructura de la anorexia nerviosa a partir del caso ejemplar de Ellen West]. En P. Fedida (Ed.), *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse* (pp. 47-54). Echo-Centurion.
- Lester, D. (1971). Ellen West’s suicide as a case of psychic homicide [El suicidio de Ellen West como caso de homicidio psíquico]. *Psychoanalytic Review*, 58(2), 251–263.
- Maltsberger, J. T., Clark, D. C. y Motto, J. (1996). The case of Ellen West revisited: A permitted suicide [El caso de Ellen West revisado: un suicidio permitido]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(1), 86–97.
- McLeod, S. (1981). *Anorexique [Anoréxico/a]*. Aubier.
- Minuchin, S. (1984). The triumph of Ellen West [El triunfo de Ellen West]. En S. Minuchin (Ed.), *The family kaleidoscope. Images of violence and healing* (pp. 195-246). Harvard University Press.
- Rogers, C. R. (1989). Ellen West – and loneliness. En H. Kirschenbaum y V. L. Henderson (Eds.), *C. R. Rogers: The Carl Rogers reader* (pp-157-168). Houghton Mifflin (Trabajo original publicado en 1961).
- Sartre, J. P. (1943). *L’être et le néant [Ser y nada]*. Gallimard.
- Ugazio, V. (2018). *Storie permesse, storie proibite Polarità semantiche familiari e psicopatologie [Historias permitidas, historias prohibidas Polaridades semánticas familiares y psicopatologías]*. Bollati Boringhieri.
- Villegas, M. (1981). Ludwig Binswanger: en el centenario de su nacimiento. *Anuario de Psicología*, 24(1), 3-26.
- Villegas, M. (1989). Ellen West: análisis de una existencia frustrada. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 25, 71-94.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 7(21), 17-40.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 8(30/31), 19-92.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 11(42/43), 49-134.
- Villegas, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV): Anorexia purgativa y bulimia o el descontrol de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 15(58/59), 93-143.
- Villegas, M. (2014). Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 25-40.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Herder.
- Villegas M. y Mallor, P. (2010). Consideraciones sobre la terapia de pareja. Un modelo tridimensional. *Revista de Psicoterapia*, 21(81), 37-106.
- Villegas, M y Mallor, P. (2012). El narcisismo y sus modalidades. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 59-108.
- Villegas, M y Mallor, P. (2015). Estima ontológica, estima narcisista. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 3-44.
- Williams, (2014). *El quinto principio*. Herder.



# LA TORRE DEL CASTILLO: GÉNESIS DE UNA ANOREXIA RESTRICTIVA

## THE TOWER OF THE CASTLE: A CASE OF RESTRICTIVE ANOREXIA

**María Martín Santacreu**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7122-3082>

Psicóloga general sanitaria en práctica privada. Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martín Santacreu, M. (2021). La torre del castillo: Génesis de una anorexia restrictiva. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 271-279. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.226>

### Resumen

*En este artículo se plantea la comprensión de las condiciones evolutivas, subyacentes a la aparición de la anorexia de tipo restrictivo durante la adolescencia, en base a la Teoría del Desarrollo Moral (Villegas 2011), a propósito del caso de una paciente que acude a terapia ya en la edad adulta. La consulta terapéutica viene motivada por la propuesta de fecundación asistida para facilitar un embarazo, lo que suscita dilemas específicos de su problemática anoréxica.*

Palabras clave: *anorexia, autonomía, familia, adolescencia, maternidad, fecundación asistida.*

### Abstract

*This article proposes the understanding of the evolutionary conditions underlying the appearance of restrictive anorexia during adolescence, based on the Theory of Moral Development (Villegas 2011), regarding the case of a patient who attends therapy already in adulthood. The therapeutic consultation is motivated by the proposal of assisted fertilization to facilitate a pregnancy, which raises specific dilemmas to her anorexic problem.*

Keywords: *anorexia, autonomy, family, adolescence, motherhood, assisted fertilization.*



Según la última versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) la anorexia nerviosa debe cumplir tres criterios diagnósticos principales:

- a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- c) Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

En este artículo se pretende analizar las causas subyacentes a la emergencia de la anorexia de tipo restrictivo basándonos en la Teoría del Desarrollo Moral propuesta por Villegas (2011, 2013, 2018, 2020), más allá de los criterios descriptivos del caso diagnosticado en la adolescencia, que se corresponden con los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa anteriormente citados.

### **Contextualización del Caso y Demanda**

Berta (30 años) llega a la consulta con una demanda centrada en su futuro proyecto de maternidad. En el contacto telefónico inicial expresa que necesita terapia psicológica perinatal para “poder controlar los efectos que el proceso de in-vitro pueda tener en mi estado de ánimo y en mi cuerpo, ya que pasé por una anorexia en la adolescencia que me ha dejado secuelas”.

Como observamos, aparecen durante el primer contacto elementos que tienen que ver tanto con el control de su “psique” como con el control de su cuerpo que la paciente relaciona directamente con la anorexia diagnosticada a los 14 años. A partir de esta sesión, pasamos a explorar su historia de vida en un proceso de psicoterapia.

### **Historia de Vida y Contexto Familiar**

En la exploración inicial de su historia de vida, nos habla de una familia de origen con unos padres “muy padres”, centrados en la educación y desarrollo de sus dos hijas (ella y su hermana, 5 años mayor).

Tanto la familia materna como la paterna tienen orígenes humildes, con antecedentes de emigración a fin de mejorar su calidad de vida. La familia paterna tiene su origen en un pueblo de Galicia y emigra a Catalunya en busca de trabajo. El padre de Berta, a pesar de no tener estudios, lleva adelante exitosamente una tienda de alimentos que finalmente acaba siendo una cadena comercial, que sigue funcionando en la actualidad. Su dedicación al trabajo implicaba no estar mucho tiempo en casa, siendo la madre, en el día a día, quien se ocupaba de la crianza de las niñas. De su padre destaca el haber sido exigente con él mismo a nivel laboral,

inteligente, muy trabajador. Como figura paterna, Berta subraya la exigencia de su padre con los estudios, el énfasis en el esfuerzo y progreso personal, así como su coherencia al poner consecuencias cuando ellas se comportaban mal, un padre que trabajó “para dárselo todo a sus hijas”.

El origen de la familia materna está en Andalucía y fueron los abuelos quienes emigraron a Catalunya en busca de trabajo. Una vez casada, la madre de Berta se dedicó a la casa y a la crianza de sus hijas. Berta la describe como “una madre muy cuidadora que priorizaba que estuviéramos cómodas por encima de exigirnos”. Añade que su madre era alguien muy preocupada por las formas en lo social: “comportarse bien, tener una buena imagen, ser reservada y no exponerse a ser objeto de comentarios por parte de los demás”. Otro aspecto que destacar es la importancia que da la madre a la unión de la familia, por encima de la propia individualidad, reprimiendo su propia opinión para no “crear conflictos familiares”.

En la descripción de las familias de origen podemos observar una diferencia clara en el estilo relacional de cada familia (Minuchin, 2003). Mientras que en la familia paterna prevalece una tendencia que prioriza el desarrollo individual ante la cohesión o unión familiar, en la familia materna existe una tendencia aglutinada donde la información circula entre los diferentes miembros sin tener en cuenta las diferentes jerarquías.

En cuanto al ámbito laboral, la familia paterna ha progresado socialmente y la mayor parte de las últimas generaciones han llegado a la universidad, mientras que en la familia materna según palabras de Berta: “no se han desarrollado y no han mejorado profesionalmente”. Esto se traduce en que en la familia materna prevalece todavía en la tercera generación ocupar puestos laborales que no requieren estudios superiores. Berta se siente identificada con la familia paterna y los valores de progreso, exigencia, esfuerzo y libertad, mientras que en la familia materna se siente “la oveja negra”.

Con su hermana, Berta expresa haber tenido una relación muy difícil. Ella esperaba su proximidad y estima, pero su hermana la rechazaba, ignoraba y menospreciaba continuamente durante toda su infancia. Explica que su hermana tuvo muchos celos al nacer ella y que esta situación se enquistó y su madre ha admitido que no supo cómo redirigirla. Como consecuencia Berta se sintió muy rechazada y dejada de lado por su hermana, a la vez que indefensa, ya que su madre no actuaba delante de sus desprecios y minimizaba la situación. Esto se ha traducido en sentimientos de rabia desde su infancia que no se sentía legitimada a expresar para “no perder las formas, como decía mi madre”.

La familia, debido a su progreso económico, decidió llevarlas a un colegio “exigente y bastante elitista”. Berta se sintió diferente y con poca sintonía con sus compañeras. En cambio, cuando iba al pueblo del padre en verano explica que se sentía muy a gusto, entendida y libre con sus amigos y amigas de allí, ya que no había pretensiones, ni artificialidad. Recuerda que, al inicio del curso, después de vacaciones, se sentía “la oveja negra” al volver al colegio.

En el relato de su historia aparecen unos constructos familiares (Dallos, 1996) opuestos entre ambas familias de origen que tienen una incidencia en el desarrollo individual de Berta. La exigencia, el esfuerzo y libertad en la familia paterna, frente a la corrección, el no dar de qué hablar y la unión familiar en la materna. A esto se suma la vivencia de sentirse “rechazada” dentro de la familia nuclear, así como “no adecuada” respecto a su grupo de iguales. Ambas situaciones generan sentimientos de soledad y rabia que Berta no puede canalizar por el mandato familiar materno de “no perder las formas”.

### **La Anorexia: Un Intento de Tener Voz Propia**

Al llegar a la preadolescencia, aun cuando existían estos sentimientos respecto al grupo de iguales, formaba parte del grupo de las populares en el colegio. A pesar de no sentirse identificada con las chicas, no quería dejar de formar parte de este grupo. Alrededor de los 14 años las chicas con las que iba comienzan a hablar de ponerse a dieta y adelgazar: “era un entorno donde la apariencia importaba mucho”. Explica que para ella no tenía ningún sentido hacer dieta, pero les seguía el juego para no sentirse desplazada, aunque nunca iniciaba ninguna dieta: “Una de ellas, la cabecilla, me decía: ‘siempre lo dices y nunca haces nada, no sé para qué hablas’, hasta que un día para que me dejaran en paz y vieran que yo sí que tenía voz, decidí que iba a ser la que más en serio se tomaría la dieta y llevé las cosas al límite. Mi forma de defenderme fue la anorexia”.

Berta explica cómo esta reclusión en su cuerpo fue una forma de expresar su malestar: “en casa siempre callando, siempre manteniendo las formas; en el colegio sintiéndome diferente, apartada, poco adecuada... No podía más. Me sentía perdida y frustrada. Me he sentido muy sola desde pequeña”. Así comenzó su reclusión en su torre, donde los demás ya no podían dañarla, pero donde estaba a la vez aislada del mundo. Aquí, tal y como apunta Villegas (2011), la anorexia aparece como una dificultad evolutiva en adquirir criterios interpersonales y el adoptar como mecanismo el recluirse en el cuerpo, haciendo de éste su fortaleza.

Berta en este punto de su vida comienza a restringir alimentos en las tres comidas que hacía en el colegio durante el día (desayuno, almuerzo, merienda). Comenzó a disminuir peso, perdió su menstruación y la alarma no saltó hasta que una compañera del colegio alerta a los profesores de lo que está sucediendo y estos se ponen en contacto con la familia. La familia la lleva al pediatra quien le da la opción de hacer una dieta adecuada a su edad dirigida por la familia o hacer seguimiento con la enfermera y una psicóloga. Berta expresa haber escogido ella misma la segunda opción, ya que no se veía capaz de seguir una pauta dietética.

A pesar de iniciar el tratamiento, el peso siguió disminuyendo hasta que el sufrimiento que ve en su madre al llevarla a urgencias hace que vuelva a comer. “En urgencias me plantearon que si no comía y volvía allí otra vez esto supondría un ingreso. Vi el sufrimiento de mi madre, se puso a llorar... Después me enteré de que estaba tomando antidepresivos y pensé que no podía hacerle esto. Aquí

comencé a comer para no hacerla sufrir más”.

#### Normalización del Síntoma Alimentario

Berta comienza a comer, pero no sale de su torre, ya que el control sobre qué comería, cuándo y bajo qué circunstancias continúa. Así fue como comenzó a gestarse un funcionamiento basado en el control del cuerpo a través de la ingesta: “me autodeterminé a través del control. Comencé a hacerlo dentro de unos límites aceptables, pero que yo marcaba y no dejaba que nadie me dijera nada al respecto”. La familia se adapta a que coma solo lo que ella quiera y ella misma se prepare la comida ya que nunca comía en presencia de otros (“no quería ver sus miradas”). El síntoma se instala como un funcionamiento normalizado en la familia y se instaura un tabú alrededor del tema de la comida que ya no vuelven a tocar.

Esta torre que Berta se construyó la protege de la relación con los demás: su familia y sobre todo con sus iguales. “Yo sentía una rabia que no sabía cómo expresar”. Esta muralla en la vida diaria se traduce en una actitud defensiva hacia cualquier percepción de ataque de los demás, así como una reclusión en el control de su cuerpo (alimentación, sueño, peso, ...). Los demás son percibidos como una amenaza y como ella misma dice: “me debo defender poniendo límites claros, si no la gente se sobrepasa”. Berta expresa sentirse sola en su torre, tener la necesidad de poder expresar lo que le sucede, pero a la vez siente que los demás la decepcionan y que, por lo tanto, no puede bajar sus murallas.

#### **Frustración: Se Refuerzan las Murallas**

Ir a la universidad le permitió contactar con diferentes realidades, salir de la burbuja donde había estado durante su infancia y adolescencia, poder establecer relaciones con personas de un entorno diferente al suyo. Aun así se siente atrapada en una paradoja: “Entre los elitistas y pijos no encajaba durante mi adolescencia, pero entre la gente normal de la universidad era yo la pija y de nuevo era la señalada, la no apropiada”. Esta percepción refuerza su actitud defensiva ante los “ataques de los demás” dado que no soporta ni siquiera la idea que se la pueda criticar. Esta inseguridad que siente en lo social durante la etapa de juventud refuerza el funcionamiento construido durante la adolescencia, fundamentado en la exigencia y el control. Como resultado Berta se focaliza en sus estudios y carrera profesional “para ser la mejor enfermera de quirófano que se pueda ser”.

Recibe del exterior comentarios sobre ser una persona fría, distante, con mucho control emocional y muy fuerte, pero en cambio internamente ella se siente insegura e inestable emocionalmente. Cuando contacta con esta sensación de inseguridad y soledad se da cuenta de que recurre a incrementar las restricciones y el control del peso.

#### **Relación de Pareja**

En la actualidad lleva 8 años de relación y cuatro años casada. Explica que la relación con su marido (de profesión médico) fue algo diferente a lo que le había

sucedido con anteriores parejas cuyo valor prioritario era el aspecto físico.

Cuando lo conoció y la relación se estabilizó, hubo una disminución del control alimentario. Habla de su marido como alguien que la valora y legitima su deseo en todo momento. Nunca juzgó sus “problemas de alimentación” y la animaba a que hiciera y comiera lo que le apeteciera en cada momento. Aun cuando a ella inicialmente no le satisfacía la relación al 100% explica que su marido siempre ha recogido sus necesidades y esto ha permitido que la relación evolucionara.

El dilema actual relacionado con la maternidad se desencadena cuando hace tres años descubren una enfermedad degenerativa en el marido, la cual debe ser controlada exhaustivamente. Este descubrimiento puso en jaque a la pareja, ya que Berta tuvo dudas de si la relación sería viable por los cambios que supuso en sus rutinas y también en sus proyectos vitales.

### **La Posible Maternidad Amenaza la Estabilidad de la Torre**

Dada la gravedad de la enfermedad, les informaron que podría afectar a sus planes de ma-paternidad. Esta situación llevó a Berta y a su marido a plantearse ser padres cuando este hecho vital no tenía una fecha fija en el calendario de la pareja y estaban centrados en poder disfrutar sus años de pareja sin hijos, viajando a destinos exóticos (esta es la mayor afición de Berta), a poder ser un par de veces al año. Se habían planteado ser padres en el futuro, pero esto no era un deseo inminente por parte de ninguno de los dos. Berta pasa el siguiente año “irritable, encerrada, deprimida, sin hablar con nadie” debido a la crisis interna que le supone este cambio de planes en su proyecto de vida. Se plantea dejar la relación, no tanto porque dude de la estima de su marido, si no por no sentirse capaz de tolerar que la vida haya decidido por ella.

Desde el servicio hospitalario que les atiende se les informa de diferentes opciones a considerar en el caso que quisieran intentar ser padres: seguir un proceso natural y hacer un estudio genético a las 12 semanas de embarazo para decidir en ese momento si interrumpirlo, o no, en función de si el embrión tiene el gen de la enfermedad; hacer un proceso in-vitro con células de ambos, donde se hace una selección previa de los embriones que implantarían, los cuales ya no tendrían el gen relacionado con la enfermedad de su marido; o hacer un proceso in-vitro con células de donantes. Para poder hacer este proceso en la sanidad pública no pueden escoger la fecha, ni el momento exacto en que realizarlo, ya que hay una lista de espera para poder acceder.

Después de un proceso largo de decisión, Berta apuesta por continuar el proyecto de pareja y deciden entrar en lista de espera para el proceso de in-vitro (optan por la segunda opción de in-vitro con células propias genéticamente seleccionadas).

Es importante señalar que, aunque Berta expresa “haber decidido seguir adelante con la relación y el proyecto de maternidad”, las circunstancias son interpretadas por parte de Berta como “impuestas” desde el exterior, que ella no decide. De este modo comienza a introducirse en el camino a la maternidad desde

una “imposición, una obligación” donde siente que realmente no está decidiendo, aunque haya escogido una de las opciones posibles.

### **El Conflicto Actual**

A partir de la elección de someterse a un proceso in-vitro, Berta comienza a ver amenazados diferentes ámbitos de su vida de forma anticipada. Se debate entre permanecer dentro de la torre o comenzar a desmontarla para dar cabida a los cambios que esta nueva etapa supone. Dado este dilema decide que antes de exponerse al proceso de in-vitro necesita “gestionar o normalizar su fobia por ser madre”, de ahí su demanda de terapia.

Al desglosar este objetivo (“gestionar o normalizar su fobia por ser madre”), Berta analiza cómo la maternidad podría afectar a diferentes áreas de su vida y expone los siguientes objetivos específicos a trabajar en terapia:

- Imagen corporal: “gestionar o normalizar el cambio físico y que esto no me acabe afectando en el embarazo ni en la crianza del niño/a”. Berta expresa miedo a que el proceso hormonal que deberá seguir altere su figura y se sienta “hinchada” y no pueda compensar con más ejercicio (realiza entrenamientos de “cross-fit” contraindicados con el proceso in-vitro a seguir) o no pueda restringir su dieta como viene haciendo desde la adolescencia.
- Estado de ánimo: que las hormonas la hagan sentirse descontrolada y no pueda mantener a raya a su ansiedad. “No ser yo ni emocionalmente, ni físicamente y que esto me haga perder el control de mi misma”.
- Relaciones: “gestionar o normalizar la rabia y sensación de vacío que tengo respecto a mi entorno (familia y amigas) y respecto a mí, y que no me afecte a emprender la maternidad”. Berta teme que los cambios hormonales no le permitan controlar la rabia interna que siente con los demás y llegue a tener problemas en el trabajo, con la familia o la pareja.
- Necesidades básicas de alimentación y sueño:
  - o que se altere su ritual debido a su “fobia a no dormir” que implica dormir siempre sola, tomar melatonina e infusiones, dormir bajo unas condiciones de temperatura, luz y ruido controladas.
  - o que el proceso de embarazo ponga en riesgo su “demasiado sana” alimentación que pasa por una restricción casi total de los carbohidratos y una ingesta de muy pocos alimentos.
- Carrera profesional: “gestionar como orientarme laboralmente en el proceso de maternidad”. Berta explica que su carrera profesional como enfermera ha sido una prioridad en su vida y no sabe cómo la maternidad cambiará su implicación con el oficio y diferentes investigaciones en las que participa. Debido a su “fobia a dormir” trabaja en el turno de tarde y no sabe si sería capaz de modificar su turno al de mañana, como han hecho la mayoría de sus compañeras en el momento de ser madres.

### **La Maternidad Amenaza la Torre**

Como hemos podido ver, Berta se recluye en la torre amurallada de su cuerpo, al no haber podido integrar las relaciones interpersonales en la adolescencia (Villegas, 2011) y como reacción a un contexto que siente invalidante y poco reconecedor. Véase Hernángoomez (2020) para un análisis de las implicaciones del TCA en el desarrollo individual.

Hasta este momento ha podido permanecer dentro de su torre, aunque haya podido asumir responsabilidades adultas y desarrollarse profesionalmente. Sus cimientos están fundamentados en el control y la exigencia respecto a su cuerpo, sus rutinas y su trabajo, a través de los cuales ella se siente segura y resguardada de las amenazas del mundo exterior.

En este momento vital, la enfermedad de su marido y la maternidad la llevan a un dilema que no sabe cómo resolver y que pone en jaque su funcionamiento interno: ¿Cómo permanecer en la torre cuando la vida la pone cara a cara delante de elementos que ella no controla y que pueden cambiar sus planes vitales (enfermedad del marido)? ¿Cómo permanecer dentro de la torre si para ser madre el habitante de la torre debe cambiar su figura corporal, engordar, y esto amenaza con romper las murallas? ¿Cómo permanecer dentro de la torre si la maternidad supone priorizar inicialmente el cuidado del bebé y modificar sus estrictas rutinas (alimentación, sueño, ejercicio)? ¿Cómo permanecer dentro de la torre si el tener un hijo/a puede modificar su trabajo, tal y como ella lo ha planificado y sobre el cual ha construido su identidad?

Berta se enfrenta en este momento vital al reto del cambio de regulación interna que implicaría desmontar la torre que construyó en reacción al mundo social. Se siente incapaz de enfrentar la maternidad desde una vivencia más ilusionante o placentera porque precisamente este cambio implica modificar la propia estructura (Watzlawich et al., 1992), el propio funcionamiento interno de regulación.

El proceso de cambio implicaría un camino hacia la autonomía y para conseguirlo debería dejar de fundamentar su vida en el control, tanto del cuerpo como de su contexto. Crear otros cimientos vitales que no sean construidos como reacción al entorno, si no en base a las necesidades y deseos del habitante de la torre, es decir, de ella misma. Este es un elemento destacable en la emergencia de la anorexia restrictiva, la determinación de ella misma en contraposición a las relaciones sociales que le provocan un sufrimiento que no puede expresar.

Por lo tanto, está en juego que Berta salga de una posición reactiva para poder elaborar un diálogo entre ella y sus circunstancias vitales. La maternidad pone en jaque su funcionamiento interno y es, a la vez, una oportunidad para poder iniciar un desarrollo personal no reactivo al entorno, si no adaptativo a su crecimiento vital. La maternidad puede ser una oportunidad para comenzar a regularse desde otras estructuras diferentes al control, como podría ser conectar con el deseo de ser madre. Si Berta sale de esta posición reactiva y puede conectar, por ejemplo, con este deseo, las murallas de la torre ya no serían necesarias o sería ella misma

quien vería que para evolucionar en el sentido que ella quiere, éstas deben derrumbarse. Al igual que una ciudad amurallada, como la Barcelona del siglo XIX, debió decidir en un momento de su historia derribar sus murallas para poder continuar creciendo, Berta tiene delante de sí, en este momento vital, un dilema que le hace replantear si puede crecer y expandirse, permaneciendo dentro de su torre con las murallas intactas.

Como dice Villegas (2011): “cuando se habla desde el punto de vista psicológico, la palabra autonomía significa esencialmente capacidad de autodeterminación, es decir, no sólo de actuar o de regirse por sí mismo como un autómatas, sino de decidir según una voluntad intencional en base a la elección de objetivos prefigurados de los que uno es responsable”. Por lo tanto, el reto evolutivo de Berta es, no solo aceptar que su cuerpo pueda cambiar en el proceso de maternidad, sino construirse a sí misma desde ella misma, no como reacción al exterior. Implica determinarse desde ella misma, no desde la frustración y la rabia que ha sentido y siente hacia los demás, sino en relación dialéctica con el mundo que le rodea.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Paidós.
- Hernangómez, L. (2020). *Complejidad de los trastornos alimentarios* [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 1-3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.351>
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo: Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Herder.
- Villegas, M. (2018). La teoría del desarrollo moral en el marco del análisis existencial. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 1-38.
- Villegas, M. (2020). Fenomenología clínica de los siete pecados capitales. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 147-168. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.412>
- Watzlawich, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Herder.



## RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

## LA MENTE OBSESIVA.

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

## The obsessive mind. Obsessive-compulsive disorder treatment

## Francesco Mancini (Editor)

Editorial Declée de Brouwer

Año de publicación: 2021

Páginas: 544

ISBN: 9788433031365



## Manuel Villegas Besora

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

Doctor en Psicología

Universidad de Barcelona. España

*La mente obsesiva* es un libro coral, fruto de la coordinación armoniosa de muchas voces que recitan su partitura bajo la dirección de un director de orquesta, libretista y compositor, Francesco Mancini, que ha sido capaz de dar unidad y coherencia a un trabajo en el que participan 19 autores, además del editor. Este es un mérito especial de esta obra, por cuanto muchas veces las compilaciones temáticas responden a criterios más bien aditivos que integradores. En nuestro caso, el editor consigue el efecto de un conjunto bien articulado y coherente, como de una partitura escrita de principio a fin en una misma clave.

El éxito en este resultado armonioso se debe al hecho de compartir un mismo paradigma comprensivo del fenómeno obsesivo por parte de todos los contribuyentes a la obra. Cinco son los posibles enfoques que de antemano se plantean los autores. El primero es un enfoque neurológico que atribuye el TOC a alteraciones

---

Fecha de recepción: 27 de abril de 2021. Fecha de aceptación: 13 de mayo de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [manuelvillegasbesora@gmail.com](mailto:manuelvillegasbesora@gmail.com)

Dirección postal: Numància, 52, 2ª-2ª. 08029 Barcelona. España

© 2021 Revista de Psicoterapia

bioquímicas funcionales o estructurales del SNC. El segundo, más integrado, lo atribuye a un déficit neuropsicológico, que afecta a las funciones ejecutivas, como por ejemplo las de monitorización. El tercero, se remite a condiciones caracteriales, por ejemplo, el perfeccionismo. El cuarto, entiende el fenómeno obsesivo como la manifestación de aspectos motivacionales o intencionales del sujeto. El quinto, más ecléctico, asume una visión bio-psico-social, donde caben todos los anteriores.

La elección de este libro se decanta claramente por la cuarta opción, no sin antes justificar el descarte de las restantes. Desarrolla una tesis estrictamente psicológica, según la cual en la base de las obsesiones y las compulsiones existiría un miedo exasperado a la culpa y más en concreto, a la culpa deontológica, ligada a la transgresión de normas morales. La tesis es muy específica y según el autor “está en condiciones de dar cuenta de los numerosos interrogantes planteados por la complejidad del TOC, orienta intervenciones terapéuticas de probada eficacia y se inserta en una antigua tradición que ve en las exageradas preocupaciones morales la raíz del trastorno obsesivo”.

Esta toma de posición teórica es particularmente relevante, por cuanto en los tiempos que corren, no es frecuente encontrar posiciones claramente decididas y nítidas que permitan exponer y desarrollar una teoría y una práctica, no solo basadas en la evidencia, sino sobre todo en la coherencia expositiva y en congruencia con las fuentes bibliográficas y académicas en que se sustenta.

La identificación del sentimiento de culpa como elemento constitutivo de la dinámica de los procesos cognitivos implicados en la activación de la sintomatología obsesiva es de particular interés por cuanto plantea un punto de encuentro en el que muchas otras teorías psicológicas pueden coincidir. Probablemente las diferencias entre ellas se manifestarán o producirán en la elección de las estrategias terapéuticas a seguir, pero fácilmente se conseguirá un consenso en el señalamiento de un dinamismo psicológico común. Este podría ser denominado con el término de hiperresponsabilidad, que daría lugar a conductas y pensamientos caracterizados por la prevención, la evitación, las omisiones, las comprobaciones, las compulsiones, los rituales o las abluciones, estrategias reguladoras, características todas ellas de la fenomenología de los trastornos obsesivos.

Para hacer frente a la comprensión y tratamiento de esta problemática el libro se estructura en dos partes, la primera teórica y la segunda, clínica o aplicada. Entre una y otra existe una constante referencialidad. Tanto una como otra, se explican a través de una amplia casuística, que se somete a un análisis constante de su estructura funcional y de su significación moral. Todo ello se acompaña con esquemas clasificatorios, gráficos, diagramas de flujo y otros recursos didácticos que tienen la virtud de hacer meridianamente comprensibles los conceptos implicados.

Muchos de estos ejemplos atraviesan el texto y nos acompañan a lo largo de él de principio a fin, sirviendo de hilo conductor del discurso explicativo con el doble efecto de servir de ilustración de los conceptos referidos, a la vez que consiguen iluminar los propios casos clínicos desde perspectivas poliédricas, potenciando así

una mayor comprensión. De este modo se consigue que los casos sirvan para dar vida a la teoría y que la teoría consiga otorgar significado a la clínica, mostrando las técnicas o las estrategias terapéuticas que tienen efectos en unos casos sí y en otros no, y por qué.

En relación a estos últimos, los autores reconocen que existe un porcentaje de pacientes que no obtienen beneficio de los tratamiento estándar, las EPR, de las terapias cognitivo-conductuales, por lo que continúa existiendo la necesidad de explorar otros tratamientos alternativos o complementarios, entre los que el libro menciona, por ejemplo, el papel de la aceptación o el *mindfulness*, por su acento en la suspensión del juicio y la no reactividad, aunque admite que todavía existe poca evidencia experimental sobre su eficacia.

La edición castellana está cuidadosamente tratada, con particular atención a la exactitud terminológica, gracias a una traducción fiel y fluida que permite una lectura cómoda, como si se hubiese redactado directamente en este idioma. Como quiera, sin embargo, que siempre cabe alguna discrepancia en cuanto a posibles alternativas en el pasaje de un idioma a otro, nos permitimos una discrepancia en un caso muy específico. El traductor ha utilizado un término que no aparece como tal en el diccionario de la RAE: “imagonal” (exposición imagonal, p. 382 y ss.), solo aceptable como un cultismo latinizante en la filosofía medieval, que a nuestro juicio debería traducirse más simplemente por “imaginaria”, o “exposición en imaginación” como contrapuesta a exposición “en vivo”, a las que se pueden añadir la exposición mediante imágenes o realidad virtual.

Cada capítulo va acompañado de un completo elenco bibliográfico, que sostiene las referencias del texto, así como de notas explicativas o aclaratorias a pie de página, en el más puro estilo académico, que otorga solidez y credibilidad a las tesis expuestas por los autores de cada uno de ellos. Esto no debería impedir, sin embargo a nuestro entender, que al final del libro se hubiera podido incluir una bibliografía general por orden alfabético, a fin de facilitar el acceso a una recapitulación de las principales fuentes en que se fundamenta el texto.

El libro constituye un compendio actualizado del trabajo del grupo de la “Scuola di Psicoterapia Cognitiva” y de la “Associazione di Psicologia Cognitiva”, muy activo no solo en su sede romana, sino en toda Italia. Por su lenguaje técnico y su concepción expositiva, está claramente dirigido a estudiosos y profesionales de la psicología y la psiquiatría, aunque podría ser de interés para un público más general con suficiente formación académica. Celebramos su publicación en España, lo que ha de permitir también una difusión más amplia en todos los países de América Latina.

Deseamos que esta obra halle, como se merece, una amplia recepción entre el público profesional de la psicología y la psiquiatría, pudiendo contribuir de este modo a dotar de mayor fundamentación teórica y recursos terapéuticos a la mejora en la comprensión y los tratamientos de esta compleja experiencia psicológica, que conocemos con el nombre técnico de “trastorno obsesivo-compulsivo”.



## RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

## LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

## Building Therapeutic Change

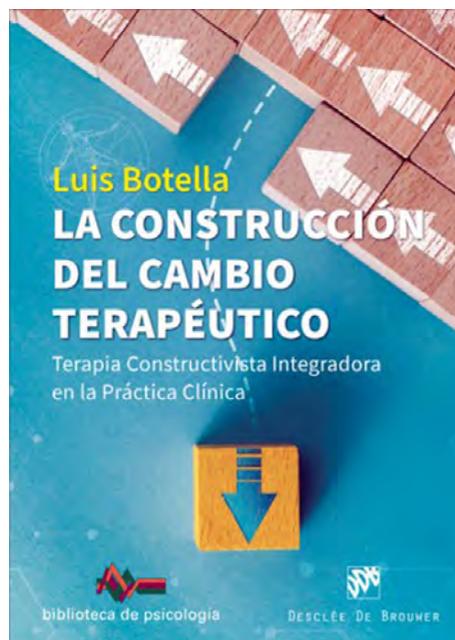
**Autor: Luis Botella**

Editorial: Desclée De Brouwer

Año de publicación: 2020

Páginas: 417

ISBN: 978-84-330-3124-2

**Meritxell Pacheco**ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-1425>

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

El Dr. Botella (Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España) nos ofrece la madurez de sus 30 años de práctica psicoterapéutica, docencia e investigación, y siendo siempre una inspiración para quienes tenemos el privilegio de acompañarle desde las aulas y despachos de la *FPCEE Blanquerna- Universitat Ramon Llull* hasta donde su pasión por el proceso psicoterapéutico, las relaciones y el constructivismo le lleven. Un viaje como el que el propio Dr. Botella nos propone en este libro: hacia el conocimiento de lo más profundo y lo más simple, aunque no menos valioso, de la relación, la teoría y la técnica psicoterapéuticas. Este es un libro que sintetiza ese saber co-construido día a día, siempre reflexionado, y aportando la mirada lúcida de alguien con una forma única de mirar las relaciones humanas en general y el proceso psicoterapéutico en particular.

Fecha de recepción: 20 de mayo de 2021. Fecha de aceptación: 2 de junio de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [meritxellpp@blanquerna.url.edu](mailto:meritxellpp@blanquerna.url.edu)

Dirección postal: Meritxell Pacheco Pérez, C.Cister 34, 08022 Barcelona. España

© 2021 Revista de Psicoterapia

Luis Botella es también un infatigable viajero, amante de la música y la literatura. Y eso se refleja también en su libro, repleto de referencias literarias y musicales, e incluyendo el epílogo “siete consejos y seis viajeros”. Esos siete consejos y la historia apócrifa de los seis viajeros reflejan gran parte de lo que el libro pretende ser, un instrumento para la gestión de las competencias del terapeuta, que cada cual comprenderá y aplicará a su manera. *My way*. ¿El *My way* de Sinatra, o el de *Sex Pistols*, o el de alguna de las más de 100 versiones que existen de esa canción? Pues a eso me refiero, cada cual se aproximará al texto según el bagaje que lleve, según cómo y con quien lo haya co- construido.

Y alguien puede sorprenderse de que empiece la recensión del libro por el final. Quizás es porque no se trata de un epílogo convencional; el epílogo y los apéndices aportados, el primero sobre el constructivismo relacional, y el segundo sobre los últimos avances en integración en psicoterapia, constituyen el mapa con el que emprender el viaje propuesto. El autor propone en el apéndice que el lector haga el uso que prefiera de esta parte final del libro: que la use a modo de introducción a la base teórica y conceptual del libro, a modo de conclusión o reflexiones finales, o como ampliación del contenido del libro. Yo me atrevo a sugerir que quien no tenga un conocimiento previo de la base teórica que el Dr. Botella maneja, empiece por el final. Por otro lado, quienes ya estén previamente en contacto con esa base teórica, pueden meter el mapa en el equipaje y consultarlo en caso de necesidad.

Y yendo, ahora sí, al inicio, Luis Botella presenta el libro como una síntesis de todo su bagaje como psicoterapeuta, docente e investigador a lo largo de los años, y contextualiza la revisión final del manuscrito en el contexto de la pandemia que sigue desolando al mundo. Le imagino revisando el texto durante el confinamiento y esperando poder aportar al mundo un mensaje optimista y de contenido riguroso para poder lidiar con el sufrimiento humano, centrándonos en trabajar con los recursos y las fortalezas, más que sobre los déficits. En el libro, el autor presenta la Terapia Constructivista Integradora (TCI) como un enfoque “centrado en competencias, colaborativo, constructivista relacional e integrador para la gestión de los recursos del terapeuta en la práctica clínica” (Botella, 2020, p. 15). La TCI combina, entre otras cosas, las recomendaciones de la *American Psychological Association*, APA, sobre la práctica basada en la evidencia, con las reflexiones procedentes de innumerables horas de práctica psicoterapéutica, de la investigación en psicoterapia y de la co-construcción con consultantes, compañeros y estudiantes. El Dr. Botella parte de la consideración de la psicoterapia como *reconstrucción colaborativa de la experiencia*, con base teórica en el constructivismo relacional, fundamentada en la investigación de resultados y procesos psicoterapéuticos, y técnicamente integradora.

El primer capítulo del libro, *El rol del cliente en la relación terapéutica: Concepciones básicas, evidencia empírica e implicaciones prácticas*, sitúa al cliente en agente activo del cambio. Partiendo de los principales resultados científicos sobre variables de la relación terapéutica, pone el énfasis en los fundamentos de una construcción colaborativa de la relación terapéutica, en oposición a los discursos

del déficit, del etiquetaje psicopatológico y, en definitiva, de la consideración de la posición jerárquica superior del terapeuta que impera en los modelos objetivistas de los procesos de cambio psicológico humano.

En cuanto al segundo capítulo, *Comprensión sistemática de la demanda del cliente*, el autor presenta una visión ecológica de la demanda de ayuda, que incluye la cosmovisión del cliente y sus valores socioculturales de referencia. En contexto de colaboración terapéutica, el profesional conceptualiza la demanda a partir de la construcción de hipótesis transitivas, que guían las decisiones terapéuticas, y que irán variando en función de lo que cliente y terapeuta vayan co-construyendo. El Dr. Botella expone distintos procedimientos de conceptualización terapéutica y ejemplifica sus argumentos con viñetas clínicas.

En el tercer capítulo, *Conceptualización de casos mediante mapas cognitivos borrosos*, el Dr. Botella explica el origen de los Mapas Cognitivos Borrosos, MCB, como extensión de la lógica binaria, explorando los límites de la claridad y la borrosidad en el uso del lenguaje natural. Enfatizando los procesos conversacionales en la construcción de la intervención terapéutica y huyendo de clásicos posicionamientos binarios que se alejan de la *borrosidad* natural de la construcción de la experiencia, el autor enseña cómo utilizar un Mapa Cognitivo Borroso para conceptualizar y planificar casos. Presenta también el MCB-FRP, Mapa Cognitivo Borroso del proceso de Formación y Resolución de Problemas humanos, como modelo de simulación y toma de decisiones terapéuticas.

El cuarto capítulo, *Planificación del Proceso Psicoterapéutico*, se destina a explorar la relación entre metas, objetivos, estrategias y técnicas que, por supuesto, no es lineal. La clarificación de metas y de estrategias terapéuticas llevarán al diseño de tareas terapéuticas acordadas con el cliente, atendiendo a su singularidad personal y a la de su demanda, así como a los recursos disponibles. El Dr. Botella explica detalladamente este proceso y lo ilustra a partir de conversaciones y decisiones terapéuticas.

En cuanto al quinto capítulo, *El desarrollo de la terapia como acción conjunta*, el autor incide en el desarrollo colaborativo de la terapia, competente y flexible. Presenta numerosas propuestas técnicas, procedentes de distintas orientaciones terapéuticas compatibles con la base constructivista de la TCI, y aporta también varios instrumentos para monitorizar la evolución del proceso psicoterapéutico y de la alianza terapéutica.

Coherentemente con el rigor científico del autor, el sexto y último capítulo, *Evidencia de la eficacia y proceso de la Terapia Constructivista Integradora*, se destina a la demostración de la eficacia de la TCI así como al análisis pormenorizado de sus procesos. En este capítulo se presentan datos procedentes de 239 clientes con gravedad clínica que concluyen la reducción sintomática estadísticamente significativa, así como un mayor bienestar subjetivo y funcionamiento psicosocial general, igualmente estadísticamente significativos, al final de la intervención. Se evidencia también la ya clásica relación entre alianza terapéutica y cambio sintomático.

A modo de conclusión, el libro es un magnífico aporte ya que sintetiza décadas de investigación sobre la eficacia y el proceso psicoterapéutico, presenta una base teórica madura y fundamentada en la evidencia empírica, y además es de lectura amena puesto que incluye numerosas viñetas clínicas, ejemplos prácticos y aportes técnicos que serán inspiradores y útiles para los psicoterapeutas. Cada uno llegará a un lugar distinto con la lectura de este libro, y el camino lo vivirá también a su manera, pero será seguro un trayecto inspirador, optimista y posibilitador.

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 32, Number 119, July, 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

## 40 AÑOS DE UNA REVISTA

40 years of a journal

Lluís Casado Esquiús

(Coordinador)

### EDITORIAL

#### 40 AÑOS DE UNA REVISTA

Lluís Casado Esquiús

#### ÉRASE UNA VEZ... UNA REVISTA

Lluís Casado Esquiús

#### NUEVA VISITA A MORDOR: 40 AÑOS DE POLÉMICAS EN PSICOTERAPIA

José Luis Martorell

#### DOS GENERACIONES EN BUSCA DE PSICOTERAPIA

Ana Gimeno-Bayón, Ramón Rosal, Patricia Pasquín  
y Aleix Moreno

#### PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIA: REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN DESDE LA TERAPIA CONSTRUCTIVISTA INTEGRADORA

Lluís Botella García del Cid

#### PROCESOS DE REACTIVACIÓN Y RECONSOLIDACIÓN DE LAS MEMORIAS IMPLÍCITAS: INTERACCIÓN ENTRE NEUROCIENCIAS Y PSICOTERAPIAS

Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols y  
Jordi Segura

#### APORTACIONES DE LA TECNOLOGÍA A LA PSICOTERAPIA: EL POTENCIAL DE LA REALIDAD VIRTUAL

Guillem Feixas y Jordi Alabèrnia-Segura

#### Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

#### TARTAMUDEZ, TRAUMA Y BLOQUEO: INTRODUCCIÓN AL TRABAJO CON PARTES

Francisco Gómez Holgado

#### EFICACIA DE LA HIPNOSIS CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES: EXPERIENCIA EN UNA SERIE CONSECUTIVA DE 50 PACIENTES

Alexandre Gironell, Juan Manuel Badosa, Albert  
Roig, Raffaella Tuccillo, Giulia Marconi, Marc Muñoz,  
Roser Ribosa, Agustí Camino Vallhonrat, Evá Juan  
Linares, Aina Ripol Puig y Guillem Feixas

#### RETRAIMIENTO RELACIONAL, SINTONÍA CON EL SILENCIO: LA PSICOTERAPIA DEL PROCESO ESQUIZOIDE

Richard G. Erskine

#### REVISIÓN DE TERAPIAS PARA LA BAJA AUTOESTIMA: PERFIL CLÍNICO Y MECANISMOS DE ACCIÓN

Antonio Duro Martín

#### EVALUACIÓN EN PSICOTERAPIA: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ARGENTINA DE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE RESULTADOS Y LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE SESIONES

Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde, Helga  
Schupp y Natalia Paoloni

#### TERAPIA NARRATIVA: RESPONDIENDO AL DUELO Y LA PERDIDA CON EL ÁRBOL DE LA RE-ASOCIACIÓN

Marta Campillo Rodríguez

#### DEVELOPING AND MAINTAINING A HEALTHY FAMILY TODAY

Manuel Moral y Carlos Chimpén-López

#### PATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD (V). DEPRESIÓN Y SUICIDIO: LA CONSTRICCIÓN DEL SER

Manuel Villegas Besora

#### LA TORRE DEL CASTILLO: GÉNESIS DE UNA ANOREXIA RESTRICTIVA

María Martín Santacreu

#### Recensión de libros

#### LA MENTE OBSESIVA. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Manuel Villegas Besora

#### LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

Meritxell Pacheco

