

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

NUEVA MISCELÁNEA

Epoca II, Volumen XXII - 1er. trimestre 2011



**85**



# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYÓN COBOS, MAR GÓMEZ MASANA, URSULA OBERST, JOSÉ LUIS MARTORELL YPIENS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMÓN ROSAL CORTÉS.

**Comité Editorial:** ALEJANDRO ÁVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSÉ NAVARRO GÓNGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, ÁLVARO QUIÑONES, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

**Coordinación Editorial:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

---

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen XXI - Nº 85 - 1er. trimestre 2011**

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, venticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

---

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

---

**Portada:** Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Autoedición:** Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

**Impresión:** OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>MITOS, SUEÑOS Y REALIDADES DEL PSICOTERAPEUTA .....</b>	<b>5</b>
Richard G. Erskine	
<b>PODER, AUTORIDAD Y RELACIÓN TERAPÉUTICA .....</b>	<b>17</b>
José E. Roguez Otero	
<b>EL MODELO DE VALENCIA DE HIPNOSIS DESPIERTA: MODELO ATRACTIVO Y EFICIENTE .....</b>	<b>31</b>
Jose Fernández	
<b>ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO: RETROSPECTIVAS PARA EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA .....</b>	<b>47</b>
Leonor Irarrázaval	
<b>EXPERIMENTO BREVE PARA MEDIR EL CAMBIO EMOCIONAL EN GRUPO DE DUELO .....</b>	<b>61</b>
Marisa Magaña Loarte, Marta Villacieros Durbán, Carlos Bermejo Higuera y Rosa Carabias Maza	
<b>MUEREN LOS “ISMOS”, VUELVE LA PERSONA. ENTREVISTA A GIAMPIERO ARCIERO .....</b>	<b>69</b>
David Trujillo Trujillo, Eduardo Cabrera Casimiro y Giampiero Arciero	
<b>ENTREVISTA CON MANUEL VILLEGAS SOBRE “EL ERROR DE PROMETEO. PSICO(PATO)LOGÍA DEL DESARROLLO MORAL” .....</b>	<b>111</b>
Guillem Feixas	



## EDITORIAL

Inicia esta monografía con el artículo de Richard G. Erskine, titulado “mitos, sueños y realidades del psicoterapeuta”, donde explora los mitos personales de los psicoterapeutas, como representaciones de su motivación para formar parte de la profesión. Las realidades de la terapia exigen una implicación terapéutica que es inter-subjetiva: una terapia que se centra en la experiencia del cliente, al tiempo que hace posible que el terapeuta utilice muchos atributos personales.

En “Poder, autoridad y relación terapéutica”, José E. Roguez Otero estudia el concepto, desde un punto de vista histórico y multidisciplinar, de poder y autoridad, así como la relación que tienen con el desarrollo de la relación terapéutica en el ámbito sanitario en general y en el de la Salud Mental en particular. Una buena relación facilita el cumplimiento terapéutico, reduce las recaídas, su gravedad y mejora el funcionamiento psicosocial. Para lograrla es necesario evitar el rechazo ante el poder del profesional e incrementar, desde el punto de vista del usuario, el prestigio y el estatus de autoridad asociado al conocimiento y trabajo del mismo.

Aunque tradicionalmente la hipnosis se ha asociado a relajación, José Fernández en su artículo, titulado “El modelo de Valencia de hipnosis despierta: modelo atractivo y eficiente” argumenta que tal asociación tiene que ver con una concepción de la hipnosis ya superada. Así, los métodos de inducción de hipnosis pueden buscar la relajación o la activación, indistintamente, siendo la variable clave a la hora de elegir entre unos u otros su utilidad terapéutica. Se explica el protocolo de aplicación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (MVHD) como método terapéutico eficiente de conectar los unos con las otras.

Leonor Irrázaval afronta en su artículo titulado “Espectro esquizofrénico: retrospectivas para el futuro de la psicoterapia” tres temas principales, relativos al 1) diagnóstico, 2) las metodologías para su estudio, y 3) la psicoterapia de la esquizofrenia. Con respecto a los futuros sistemas de diagnóstico, propone la inclusión de la subjetividad y la intersubjetividad. Las clasificaciones diagnósticas requieren revisión a la luz de aproximaciones que apunten a una mayor comprensión de la esquizofrenia. Las metodologías cualitativas, tales como el método fenomenológico y el método autobiográfico, permiten abordar la comprensión significativa de estos fenómenos, más allá de su sintomatología aparente. Los enfoques psicoterapéuticos de la esquizofrenia deben centrarse en fomentar en

los pacientes la comprensión y el conocimiento de sí mismos, así como el establecimiento de una base comunicativa común entre el paciente y el terapeuta.

En los grupos de duelo, uno de los factores fundamentales es el trabajo con las emociones, ya que constituyen un lugar privilegiado para la expresión y el alivio de las mismas. Marisa Magaña, Marta Villacieros, Carlos Bermejo y Rosa Carabias plantean un estudio piloto, titulado “Experimento breve para medir el cambio emocional en grupo de duelo”, para recoger la posible variación emocional tras una sesión de grupo de duelo, utilizando una imagen facial neutra como base de la medida. Los resultados obtenidos sugieren que la atribución de emociones a una imagen neutra se puede utilizar en grupos de duelo para medir distribución y cambio emocional.

“Mueren los “ismos”, vuelve la persona”, es el título de la entrevista llevada a cabo a Giampiero Arciero por David Trujillo y Eduardo Cabrera. Giampiero Arciero se halla entre quienes se consideran continuadores de la obra de Vittorio Guidano, el modelo post-racionalista. Las cuestiones planteadas en esta larga entrevista por sus autores, se nutren de una revisión exhaustiva de artículos, cursos y libros del entrevistado, pero también del diálogo de otras voces que han contribuido a enriquecer las conversaciones reflejadas en este trabajo.

Cierra la monografía una entrevista de Guillem Feixas a Manuel Villegas sobre el libro recientemente publicado por éste último, titulado “El error de Prometeo: Psico(pato)logía del desarrollo moral”, donde se repasan algunas cuestiones cruciales para una mejor comprensión del mismo.

# MITOS, SUEÑOS Y REALIDADES DEL PSICOTERAPEUTA

Richard G. Erskine, Ph.D.

*This keynote speech from the Second World Congress for Psychotherapy begins with Carl Jung's definition of myth as a vivid description of emotional experience and explores psychotherapists' personal myths as representing their motivation to be involved in the profession.*

*The concept of dreams provides a metaphor for understanding diverse theories and appreciating the autobiographical nature of theory.*

*Sophocles' Oedipus Rex is used to contrast Sigmund Freud's drive theory with a relational perspective of psychotherapy that includes a respectful inquiry into the client's phenomenological experience, history, system of coping and vulnerability. The realities of therapy call for a therapeutic involvement that is inter-subjective: a therapy that is centered on the client's experience while also allowing for the therapist's use of many personal attributes.*

*Keywords: Myths, dreams, phenomenological experience, psychotherapy, autobiography*

---

## Mitos, sueños y realidades de psicoterapeuta

Cuando el Profesor Dr. Alfred Pritz me pidió que preparase este discurso de apertura sobre el tema “Mitos, sueños y realidades” para el 2º Congreso Mundial de Psicoterapia, me acordé de la autobiografía de Carl Jung (1961) “Recuerdos, sueños y reflexiones”. Volví a leer el relato de Jung sobre su vida en el que insiste en hablar de lo que él llama su “mito personal” (p.3). Un mito personal es como un cuadro impresionista: no como una foto hecha con una cámara fotográfica, no una representación exacta de la verdad, sino más bien como una vívida descripción de la experiencia emocional. Jung dice: “La única pregunta es si lo que digo es mi fábula, mi verdad personal” (p.3). Lo importante es “expresar mi mito personal”, no la exactitud de los hechos (p.3). El mito refleja la visión fenomenológica de la persona y su expresión individual subjetiva de la vida, teñida por el afecto y varias perspectivas del desarrollo. Es la historia tal y como la vivimos dentro de nuestras propias mentes, no necesariamente una historia de hechos que puede ser verificada por otra persona. Esa experiencia personal o fenomenológica de la vida sólo puede

ser expresada por historias. El mito personal son esas historias que contamos, ya sea a nosotros mismos o los demás. Como Jung llegó a decir en su autobiografía “se trata de los acontecimientos interiores” (p.3). Nuestro mito personal se compone de la construcción de significados existenciales, las reacciones, las conclusiones y las decisiones que cada uno de nosotros hacemos a lo largo del camino de la vida (Erskine & Moursund, 1997).

### **Los Mitos del psicoterapeuta**

¿Por qué somos psicoterapeutas? ¿Qué historia subjetiva nos contamos a nosotros mismo del por qué entramos en esta profesión? En mis grupos de supervisión casos periódicamente nos centramos en estas preguntas. Sobre todo en la fase intermedia de un proceso de supervisión, se examinan las motivaciones del terapeuta para estar en la profesión y / o para adoptar una postura terapéutica en concreto. Es importante que nos preguntemos por qué nos especializamos en determinados “tipos” de clientes y evitamos clientes con otras características o por qué estamos a favor de una determinada teoría o corriente psicoterapéutica. A veces descubro en el psicoterapeuta maduro con el que estoy hablando, el compromiso de una niña o niño pequeño por tratar a una madre deprimida, por salvar a un padre alcohólico o por reparar el matrimonio de sus padres. A menudo no tenemos conocimiento de estas motivaciones, porque las decisiones de la infancia se han perdido para la conciencia: se han convertido en inconscientes. Sin embargo, estos intentos desesperados de la infancia por tener impacto en la vida familiar temprana a menudo afectan a la manera que los terapeutas tienen de hacer psicoterapia.

El Dr. James Chu, presidente de la Sociedad Internacional para el Estudio sobre la Disociación, escribió recientemente acerca de la ingenuidad con la que se entra en la profesión. Él dijo:

*“Sentí que sólo podría ser suficientemente bueno para mis pacientes, ofreciendo un cuidado amable y reflexivo, entonces ellos responderían con un crecimiento positivo en la curación”* (p.7, 1977).

¡Un ideal maravilloso! Y luego pasó a hablar de sus clientes con trastorno de identidad disociativa y cómo algunos de ellos se volvían aun más fragmentados con su terapia amable, reflexiva y bondadosa. Su mito personal chocó con la realidad a la que se enfrentaba con algunos de sus pacientes.

Cada uno de nosotros resultó atraído y se mantiene en esta profesión sobre la base de la historia personal. Sigmund Freud, en 1927, escribió acerca de aquello que le impulsó en su juventud.

*“En mi juventud sentí una imperiosa necesidad por comprender algo, algo de las realidades del mundo en que vivimos y, tal vez, aportar algo a sus soluciones”.*

Desde luego, muchos se han beneficiado de su descubrimiento sobre estos misterios.

Los mitos son como metáforas. Proporcionan una comunicación expresiva que pone de relieve nuestras perspectivas emocionales y de desarrollo. Los mitos personales son lo que hace que cada uno de nosotros sea único. Los mitos personales son la base de la gran literatura, la poesía y el teatro del mundo. Los mitos personales son también la base para la teoría de la psicoterapia. Al contar nuestros mitos personales – nuestra propia historia – estamos continuamente mostrándonos a nosotros mismos, y si los expresamos con autenticidad, también nos estamos mostrando a los demás. Me gustaría compartir una historia – uno de mis mitos personales:

Cuando tenía doce años me gustaba escuchar un programa de radio el domingo por la noche llamado “Inner Sanctum”. El programa por lo general ofrecía historias de miedo y de fantasmas o cuentos sobre criaturas provenientes de otros planetas. Una noche de diciembre, antes de Navidad, el drama de la radio iba sobre un niño de doce años (tal vez, por eso me identifique con él), que había salido de compras para adquirir un regalo para su madre. Tenía una cantidad limitada de dinero y se esforzó por comprar un regalo para su madre y también algo para si mismo. Encontró un regalo adecuado para su madre y se sentía afortunado porque aun le sobraba dinero. Estaba contento por disponer de algo de dinero. Estuvo mirando los escaparates y vio un juguete que le gustaba. Sin embargo, las tiendas estaban cerradas, así que no tuvo oportunidad de gastar su dinero. Pensó que ya volvería a la tienda después de Navidad. Había comenzado a nevar. La nieve era pesada y húmeda, había cada vez más viento. Decidió que cogería el autobús a casa, en lugar de soportar la larga y fría caminata. Se dirigió a la parada de autobús, que estaba llena de gente intentando subir al autobús con sus regalos de Navidad. Había un hombre mayor en la parada de autobús, un sin-techo, pidiendo de persona en persona que le compraran un billete de autobús para pasar la noche en el calor del autobús en lugar de dormir en la húmeda nieve.

Cada uno de los adultos se negaron a comprarle al viejo sin-techo un billete. El niño estaba perplejo. Tenía la esperanza de utilizar el dinero que le había sobrado para comprar el preciado juguete cuando abriera la tienda después de Navidad. Pero, también quería que alguien le comprar un billete de autobús al hombre mayor. Nadie ayudaba al sin-techo. En el último momento el chaval decidió comprar él mismo el billete al viejo. El muchacho de doce años de edad subió al autobús y se dirigió a un asiento del fondo. El viejo fue el último en subir y recorrió todo el pasillo de autobús diciendo a cada persona “Dios te bendiga, Dios te bendiga, Dios te bendiga”. Cuando llegó junto al niño, el anciano le miró a los ojos y le dijo: “Dios está contigo”. El hombre sin hogar continuó caminando a través de la estructura de acero del autobús y desapareció. ¡El niño estaba fascinado!

Y perplejo. Al poco de recorrido el autobús pasó junto a una iglesia que tenía expuesto un belén con el Niño, María y José, los ángeles y los pastores. Cuando el niño llegó a su casa, entró corriendo diciendo “Mamá, dime una cosa, ¿Es Cristo realmente un bebé como el que está en el pesebre delante de la iglesia en Navidad? o ¿Podría ser un anciano en el autobús?”.

Esa historia perdura en mi mente y suscita preguntas: ¿Quién es el cliente que tengo sentado delante? ¿Quién es el colega con quien estoy hablando? ¿Quiénes son en realidad esas personas aparentemente mayores y sin-techo que me encuentro? Ese mito, esa historia me acompaña mientras me acerco a mis clientes y, con un poco de suerte, también a cada una de las personas con las que me encuentro. ¡Mi terapia está profundamente marcada por este mito personal! Espero que cada pregunta y expresión de presencia y de sintonía afectiva exprese un respeto positivo e incondicional. (Rogers, 1951). En el proceso de crecimiento cada niño reflexiona sobre la siguiente pregunta, cómo actuaba yo a la edad de doce años, “¿Qué hace una persona como yo en un mundo como éste con personas como éstas?” Esta pregunta existencial plantea tres dilemas: ¿Quién soy yo? ¿Quién eres tú? y ¿Cuál es la calidad de vida? (Erskine & Moursand, 1997 / 1988). Cuando estas tres preguntas son flexibles y susceptibles de nuevas influencias, cuando las respuestas son continuamente actualizadas por la experiencia y el cambio, van formando nuestra historia personal en curso – una historia que incluye nuestros recuerdos, nuestras experiencias agradables, nuestros ideales, aquellas cosas que nos han herido, aquellas que nos han frustrado y las filosofías que nos sirven de principios rectores: lo que Alfred Adler llamó “El estilo de vida” (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

Cuando estas decisiones y mitos acerca de uno mismo, de los demás y de la calidad de vida quedan fijas, cuando son rígidas, cuando nos aferramos a ellos como si de un prejuicio se tratase, forman los que Fritz Perls (1957) o Eric Berne (1972) han dado en llamar “guión de vida”. Los guiones de vida están compuestos por los mitos y las creencias que limitan la espontaneidad e inhiben la flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de la salud y las relaciones con las personas. (Erskine 1980, Erskine & Moursund, 1997 / 1988). Considero que forma parte de la tarea de un terapeuta ayudar a que el cliente pueda contar su propia historia de vida, de modo que puede separar y resolver los guiones de vida que le resultan limitantes e inhibidores, de aquellos otros que conforman la narrativa única de la experiencia personal de cada individuo. Carl Jung (1961) describió de manera preciosa este proceso terapéutico como ‘desenterrar’ el guión de vida personal del cliente.

*“El paciente que acude a nosotros tiene una historia que no ha sido contada y que, por regla general, nadie conoce. En mi opinión, la terapia únicamente puede empezar una vez que se ha investigado la historia personal completa. Es el secreto del paciente, la roca contra la que se hace*

*añicos. Y, si conozco su historia secreta, tengo la clave para su tratamiento. La tarea del médico consiste en averiguar cómo obtener este conocimiento”.*

Aquí Jung habla de las realidades de la psicoterapia –lo que realmente hacemos en la práctica clínica.

### **Los sueños del psicoterapeuta**

Antes de pasar a las realidades del psicoterapeuta, examinemos los sueños del psicoterapeuta. No nuestros sueños nocturnos, sino más bien nuestros “sueños diurnos o imaginaciones”, la base de nuestras teorías. Por un momento, pensemos que todas nuestras teorías constituyen los “sueños” de nuestra profesión de psicoterapeuta. La proliferación de conceptos teóricos e ideas que han marcado los últimos cien años de psicoterapia puede que señalen la utilidad de conceptualizar todas estas teorías en psicoterapia, no tanto como una descripción fiel de la realidad o de la naturaleza humana, sino más bien quizás como algo mucho más útil, como un sueño colectivo, como un *Zeitgeist* psicológico (del alemán: espíritu de la época). Me encanta jugar con teorías. Me resulta estimulante aprenderlas y aplicar los conceptos en la práctica clínica. Me gusta enseñar, pero cuando trato de convertir cualquier terapia en “verdad” me meto en problemas. Sin embargo, cuando pienso en las teorías como sueños, ya no discuto con ellas. Quedo liberado de la búsqueda de la “verdad” y de una descripción real de la naturaleza humana. No estoy tratando de probar una teoría contra la otra. Cuando un cliente nos revela sus sueños, no discutimos con él sobre las representaciones simbólicas de la realidad que aparecen en el sueño ni tampoco sobre la posibilidad de demostrar la validez de estos símbolos a través de la investigación. En lugar de eso, examinamos el significado del sueño dentro del contexto de la experiencia de la vida del cliente.

Cuando examinamos la teoría como sueños, en lugar de verla como verdad, descubrimos importantes símbolos sobre lo que está ocurriendo, tanto a nivel consciente como inconsciente, en nuestros clientes y en nosotros mismos. Durante el siglo pasado los escritores de teorías de la psicoterapia han discutido acerca de cual de las teorías era una representación verdadera de la naturaleza humana. Nosotros discutimos sobre los supuestos de lo que constituye las dificultades humanas y qué métodos alivian el sufrimiento y la confusión. La actual combinación ecléctica de teorías, algunas contradictorias entre sí, adopta una perspectiva centrada en el paciente cuando consideramos las teorías como los sueños de su autor.

En la Interpretación de los Sueños, Sigmund Freud (1913), señaló que los sueños eran expresiones ocultas de deseos por satisfacer, determinados por la vida en vigilia del soñador y estrechamente relacionados con sus implicaciones y problemas actuales. Diez años más tarde, en *Más allá del principio del placer*, Sigmund Freud (1923 / 1961) cambió de idea y afirmó que los sueños desenmas-

caraban impresiones traumáticas. Jung sostuvo frente a las premisas de Freud: los sueños no son ni deseos por satisfacer ni traumas. Según Jung, los sueños informan al soñador sobre el estado inconsciente de su vida interior y exterior. Los sueños contienen pistas que pueden ayudar al soñador a encontrar el camino para resolver sus problemas (Weiss, 1950). Con frecuencia integro estas tres ideas teóricas: dos de Freud y una de Jung, como una forma de examinar las teorías de la psicoterapia: la solución a un problema de la vida actual que ofrece la oportunidad de entendernos a nosotros mismos y a nuestros clientes, una satisfacción de deseos, y, tal vez, una expresión de nuestros propios recuerdos traumáticos enterrados en nuestra teoría. A menudo incluyo en esta perspectiva integradora el concepto de Fritz Perls del sueño como una expresión existencial (1973). Esta perspectiva post-moderna diluye la estricta línea divisoria entre lo que es real y no-real, lo que se puede demostrar a través de la investigación y lo que es una co-construcción útil de la experiencia fenomenológica –supone un desafío para la teoría como “constructora de la realidad”.

Para escribir este discurso tuve que soñar, que imaginar. Tuve que conceptualizar, que teorizar. Las teorías pueden ser vistas como nuestros sueños profesionales colectivos. Sigmund Freud (1927) escribió en *The Problem of Lay Analysis*, “Todo filósofo, poeta, historiador y biógrafo desarrolla su propia psicología sobre la base de presunciones individuales” (p.48). Si tiene razón, entonces, tal vez, toda presunción teórica debería ser vista como parcialmente autobiográfica.

He tenido el privilegio de conocer a varios autores que han escrito sobre teoría en psicoterapia y he leído las biografías de otros tantos: algunos de estos escritores y profesores eran personas excepcionales, que aportaron su perspectiva única sobre teoría y métodos en psicoterapia. En muchos de sus escritos he encontrado su propia autobiografía personal incrustada en la teoría que habían expuesto. Esto no merma la importancia de esa teoría, sino que ciertamente la humaniza. El hecho de ver la teoría en psicoterapia desde su origen autobiográfico disminuye la necesidad de discutir si esta teoría es “verdadera” o demostrable. Cada autor describe la experiencia subjetiva de su vida personal / profesional.

Mi “sueño” de una psicoterapia efectiva es conseguir que la relación entre cliente y terapeuta sea central –con el fin de proporcionar un espacio inter-subjetivo que permita el diálogo terapéutico. Winnicott (1965) se refirió a este espacio como el entorno facilitador, el dominio en que se produce el “juego” de la psicoterapia. La implicación terapéutica consiste en la oscilación entre dos procesos: descentramiento y autoconciencia. Yo suelo invertir más tiempo en descentrarme de mi mismo. Es decir, en hacer que mis propios pensamientos, mis perspectivas o mis teorías favoritas pasen a ser no-importantes. Trato de convertirme en un recipiente vacío para ser llenado por la perspectiva fenomenológica del cliente. Alternativamente, casi de modo simultáneo, me permito asociar libremente – para explorar los diferentes aspectos de mi propia vida, mi terapia personal, supervisión,

trabajo con clientes anteriores y todas las diversas teorías que he estudiado y leído. Puedo pensar en las palabras de una canción, una metáfora de la historia o la ciencia, o en un versículo de la Biblia. Pienso que la oscilación entre estar descentrado y la libre asociación con aquello que el cliente va presentando, permite la creación de una perspectiva teórica diferente para cada cliente. Cuando estoy con un cliente intento que el proceso interpersonal sea más importante que cualquier teoría. Esto permite un intercambio creativo en el proceso psicoterapéutico. Esta es la implicación terapéutica descrita en *Más allá de la empatía: una terapia de contacto-en-relación* (Erskine, Moursund, & Trautmann, 1999).

Me gustaría compartir mi propia perspectiva sobre la historia de Sófocles de Edipo Rey como un ejemplo de cómo la propia historia personal influye en el uso de la teoría en psicoterapia. Sigmund Freud (1923, 1924), utilizó la historia de la mitología griega de Edipo Rey como un modelo para describir sus teorías energéticas y estructurales: los impulsos de la libido y la agresión, y la influencia del *id* y del *super-ego* sobre el *ego* (Greenberg & Mitchell, 1983). La interpretación de Freud hace hincapié en que un joven asesina a su padre y consume sexualmente el matrimonio con su madre. A partir de la influencia de la propia experiencia personal y profesional de Freud (Elenberger, 1970; Levenson, 1983; Masson, 1984), esta interpretación fue utilizada para ilustrar la profunda experiencia humana respecto a la agresión y la sexualidad (Mitchell, 1988).

Una perspectiva relacional de la historia de Sófocles modifica de manera significativa nuestra comprensión de la naturaleza humana y las dinámicas interpersonales. Al leer a este escritor griego antiguo (citado en Mullahy, 1948), en su trilogía estoy leyendo sobre las relaciones humanas; el desbaratamiento del contacto interpersonal; relaciones que han salido mal; e intentos desesperados de compensación y reparación. Edipo Rey es una tragedia de relaciones fallidas. Sófocles relata una historia en la cual dos jóvenes se convierten en padres angustiados por la predicción del oráculo de Delfos que predice que un niño matará a su padre y se casará con su madre. En lugar de buscar ayuda para solucionar sus temores, los padres encargan a un sirviente que mate al niño. El sirviente en lugar de matarlo directamente, lo cuelga de un árbol por un pie y lo abandona para dejarlo morir. Un viejo y bondadoso pastor rescata al niño, Edipo, y lo cría como si fuera su propio hijo. Pero cuando este niño se convierte en un hombre, anhela seguir su propio camino en el mundo. Debido a su pie hinchado, Edipo camina por la vida con una cojera, un símbolo de la trágica herida causada por la ruptura en el apego de los padres.

En un cruce Edipo se encuentra con un extraño y el segundo elemento de la tragedia se despliega: el extraño, el padre de Edipo, no reconoce a su hijo. Los dos hombres, desconocidos entre sí, luchan y Edipo mata a su padre, sin llegar a darse cuenta de la relación parental. Posteriormente Edipo visita Tebas y levanta una maldición que pesaba sobre la ciudad y es erigido nuevo rey, y se casa con la mujer

del rey muerto. Durante muchos años Edipo no tiene ni idea de que el hombre que mató en el cruce era su padre, el rey de Tebas.

Esta no es una historia de agresión hacia el propio padre y de lujuria frente a la madre. Es una tragedia sobre abandono por parte de los padres, el intento de matar a un niño, y la añoranza de un niño por obtener afecto. Es la historia de una madre que no puede reconocer que este joven era “mi bebé, al que yo abandoné”. Años después, cuando surge una nueva plaga en la ciudad, a Edipo le explican el hecho del abandono por parte de sus padres y él se da cuenta de que el hombre al que mató en el cruce era su padre, el rey. Edipo está tan conmocionado que se arranca los propios ojos, simbolizando la ceguera en la familia, la incapacidad de ver la importancia de las relaciones y el apego. Cuando nos fijamos en el mito de Edipo Rey desde una perspectiva relacional en lugar de hacerlo desde la teoría de los impulsos, esto modifica nuestra comprensión como terapeutas y supone un reto respecto a la misma naturaleza en que queremos ejercer una psicoterapia efectiva.

Cada punto de vista teórico brinda una visión alternativa sobre la psicodinámica de los clientes. Cuando pensamos en todas nuestras teorías como si de sueños se tratase, entonces nos enfrentamos con lo que realmente hacemos con los clientes.

### **Las realidades del psicoterapeuta**

Las realidades del psicoterapeuta requieren que desarrollemos un alto nivel de habilidades interpersonales para poder abordar interacciones complejas con los clientes y que, a veces, son dolorosas, para combinar empatía y sintonía con la comprensión y el apoyo hacia el cambio. Si nos posicionamos en un enfoque psicoterapéutico centrado en el cliente nos enfrentamos a preguntas como “¿Qué sé de esta persona? ¿Qué necesita este cliente de mí, ahora? ¿Qué le puedo proporcionar?” Las respuestas a estas preguntas son mejores, si no se formulan desde la teoría, sino desde aquello sé directamente de cada cliente.

Parafraseando la cita anterior de Carl Jung, la tarea del psicoterapeuta consiste en descubrir la historia completa de la persona: aquello que él o ella ya conoce y esa otra historia que es secreta, que es un secreto incluso para el cliente. El descubrimiento del secreto del cliente se ve facilitado a través de preguntas. La formulación de preguntas es una manera genuina de investigar sobre la experiencia psicológica de la otra persona.

La formulación de preguntas o entrevista abarca múltiples aspectos: incluye una conversación respetuosa sobre el proceso fenomenológico del cliente, la experiencia histórica y transferencial, el estilo de afrontamiento defensivo, y la vulnerabilidad psicológica. La investigación fenomenológica siempre parte del supuesto “Yo no sé nada sobre la experiencia de este cliente.” Cuando asumo este supuesto, ninguna de mis teorías, ninguna de mis experiencias pasadas, ni siquiera mis observaciones me dicen suficiente sobre lo que es estar en la piel de esta persona. Para abordar una investigación fenomenológica, utilizo preguntas o

formulaciones que se centran en la experiencia interna del cliente: ¿Qué se siente al estar aquí hablando conmigo? ¿Qué sientes cuando me explicas esa historia? Describa lo que está sucediendo en su cuerpo. ¿Qué sentido le da usted a eso?

Las formulaciones respetuosas le permiten a la persona contar su propia historia personal; la narrativa de su propia vida. Una entrevista empática le proporciona al cliente la oportunidad de expresar quién es un oyente dispuesto. El propósito de este tipo de entrevista es sobre todo que el cliente descubra aspectos sobre sí mismo que anteriormente le eran desconocidos o sobre los que no había hablado. La entrevista está centrada en el descubrimiento del cliente de su propio proceso interno, no se trata por tanto de adquirir información sobre hechos propiamente dichos. Los procesos fenomenológicos a menudo reflejan expectativas y, al mismo tiempo, aspectos de su historia. La formulación de preguntas sobre la historia del cliente se refiere a su experiencia en relación a acontecimientos relevantes de su vida: ¿Quién hizo qué? ¿Quién dijo qué? ¿Cómo le afectó aquello? ¿Prevé usted que voy a actuar igual?

En estrecha relación con una entrevista sobre la historia del cliente podemos retomar las preguntas sobre fenomenología, tales como, ¿Qué siente usted cuando recuerda que su padre le trataba de esa manera? Con frecuencia esto conduce a descubrir la manera de afrontar del cliente y nos revela su sistema de defensas psicológicas. A continuación puede ser que volvamos a una entrevista fenomenológica o histórica que se centre en las decisiones, conclusiones y reacciones de supervivencia que la persona aportó en las fases anteriores de su desarrollo. Esta entrevista es acerca de las creencias que forman el guión de vida. Una formulación eficaz a menudo lleva al cliente a tomar conciencia de cómo llegó a las conclusiones a cerca de “¿Quién soy yo?” o “¿Quiénes son esas otras personas?” Ejemplos de tales conclusiones son: “No soy digno de ser amado”, “Hay algo que no funciona en mí”, “No se puede confiar en la gente”, “Los demás van primero”. Estas decisiones y conclusiones pueden haber ayudado al cliente a afrontar situaciones difíciles en una etapa anterior de su vida. Sin embargo, estas conclusiones pueden convertirse en creencias rígidas que impiden a la persona responder libremente y ser consciente de las necesidades relacionales.

La vulnerabilidad psicológica del cliente es la cuarta área de investigación. La vulnerabilidad es ese sentido precioso que todos nosotros tenemos de estar en contacto con nuestras necesidades, con nuestras propias sensaciones sin que tengan que ser defendidas. Es esa capacidad de saber que en esta relación necesito seguridad y validación, como sucede cada día de mi vida. En esta relación terapéutica necesito ser capaz de confiar en el terapeuta, pero a veces, también necesito una experiencia compartida. Necesito saber que en ocasiones este terapeuta también ha sufrido como yo he sufrido de modo que pueda sentir esa conexión humana. También en la terapia, como en toda relación humana, existe la necesidad de auto-definición, la necesidad de causar un impacto en el otro y la necesidad de

que el otro se acerque y haga algo por mí. También la necesidad de expresar gratitud y afecto es esencial en cualquier relación. Cuando estas ocho necesidades relacionales se abordan, la persona se siente valorada, cuidada y amada (Erskine, 1998).

Hace casi cuarenta años, Harry Guntrip escribió una maravillosa descripción de las realidades del psicoterapeuta:

*“Es responsabilidad del psicoterapeuta descubrir qué tipo de relación parental necesita el paciente para mejorar... El niño crece y se convierte en una persona afectada porque no es amada por sí mismo como una persona por derecho propio, y como un adulto enfermo llega al psicoterapeuta convencido de antemano que este “señor profesional” no tiene ningún verdadero interés o preocupación por él. Es posible que en el curso de la terapia el paciente sienta que el psicoterapeuta es la persona que por primera vez le ofrece el tipo de amor que necesita. Esto implica tomárselo en serio como persona con sus dificultades, respetarle como individuo de derecho propio incluso con sus ansiedades, tratarle como alguien con el derecho de ser comprendido y no simplemente culpabilizado, descalificado, presionado y moldeado para adaptarse a la conveniencia de otras personas, considerándole como un ser humano valioso con una naturaleza propia, que necesita un entorno humano favorable para crecer, mostrándole contacto humano genuino, verdadera compasión, creyendo en él de modo que en el transcurso del tiempo el pueda llegar a ser capaz de creer en sí mismo. Todos estos son ingredientes del verdadero amor parental (ágape no eros) y si el psicoterapeuta no puede amar a sus paciente de esa manera, sería mejor que renunciase a la psicoterapia”* (Hazell, 1994, pp. 10 & 11).

¿Cómo llevamos a la práctica lo que describe Harry Guntrip? Los amamos a través de la investigación fenomenológica, a través de nuestra comprensión hacia su proceso defensivo, valorando su vulnerabilidad. Conectamos con ellos a través de la sintonía afectiva: cuando están tristes les ofrecemos compasión, cuando están enfadados, nos tomamos en serio su ira, cuando tienen miedo, creamos un entorno que ofrezca contención psicológica que les rodee de protección, y cuando se sienten alegres, les ofrecemos vitalidad. Esas son las realidades de nuestro proceso terapéutico para que nuestros sueños se hagan realidad, porque compartimos nuestra presencia personal en un espacio inter-subjetivo entre cliente y terapeuta.

*Esta conferencia de presentación del Segundo Congreso Mundial de Psicoterapia comienza con la definición de Carl Jung sobre el mito como una vivida descripción de la experiencia emocional y explora los mitos personales de los psicoterapeutas como representaciones de su motivación para formar parte de la profesión.*

*El concepto de los sueños proporciona una metáfora para la comprensión de diversas teorías, subrayando el carácter autobiográfico de la teoría.*

*El Edipo de Sófocles se utiliza para contrastar la teoría pulsional de Sigmund Freud con una perspectiva relacional de la psicoterapia, que incluye una investigación respetuosa de la experiencia fenomenológica, la historia, el sistema de adaptación y la vulnerabilidad del cliente. Las realidades de la terapia exigen una implicación terapéutica que es inter-subjetiva: una terapia que se centra en la experiencia del cliente al tiempo que hace posible que el terapeuta utilice muchos atributos personales.*

*Palabras clave: Mitos, sueños, experiencia fenomenológica, psicoterapia, autobiografía*

## **Nota Editorial:**

El presente artículo apareció con el título “The Psychotherapist’s Myths, Dreams, and Realities” en *The International Journal of Psychotherapy*, 2001, Vol. 6, No. 2, 133 - 140. Agradecemos el permiso para su publicación

## **Referencias bibliográficas**

- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Atheneum.
- Berne, E. (1972). *What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny*. New York: Grove Press.
- Chu, J.A. (1997). Why we do this work. *International Society for the Study of Dissociation News*, October, 7.
- Ellenberger, H. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erskine, R.G. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic, and physiological. *Transactional Analysis Journal*, 10, 102-106.
- Erskine, R.G. (1998). Attunement and involvement: Therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 235-244.
- Erskine, R.G. & Moursund, J.C. (1997 / 1988). *Integrative Psychotherapy in Action*. Highland, NY: Gestalt Journal Press. Originally published in 1988, Newbury Park: Sage Publications.
- Erskine, R., Moursund, J., & Trautmann, R. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*. Philadelphia, PA: Bruner / Mazel.
- Freud, S. (1900). “The interpretation of dreams”, in James Starchey, Ed., *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol.5. London: Hogarth Press, 1953-74
- Freud, S. (1920). “Beyond the Pleasure Principle”, in James Starchey, Ed., *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 18. London: Hogarth Press, 1953-74, pp.3-64
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol.19. London: Hogarth Press, 1953-1974, pp. 1-66
- Freud, S. (1924). The dissolution of the Oedipus complex. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol.19. London: Hogarth Press, 1953-1974, pp. 171-179
- Freud, S. (1927). *The Problem of Lay-Analysis*. New York: Brentano’s, Publishers.
- Freud, S. (1927). “Sigmund Freud: Conflict and Culture”. Exhibition, The Jewish Museum, New York, NY. April 18 – September 9, 1999.

- Hazell, J. (Ed.), (1994). *Personal Relations Therapy: The Collected Papers of H.J.S. Guntrip*. Northcode, N.J.: Jason Aronson.
- Jung, C.G. (1961). *Memories, Dreams, Reflections*. New York: Random House.
- Masson, J. (1984). *The Assault on Truth*. New York: Farrar, Strauss & Giroux.
- Mitchell, S.R. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mullahy, P. (1948). *Oedipus: Myth and Complex. Oedipus Rex*. Translated by Sir Richard Jebb. New York: Hermitage Press.
- Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavioral Books.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Weiss, E. (1950). *Principles of Psychodynamics*. New York: Grune Stratton.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York: International Universities Press.

# PODER, AUTORIDAD Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

José E. Roguez Otero  
jos\_edu\_rod@yahoo.es

*This article explores the concept, from a historical and multidisciplinary perspective, of power and authority, and the relationship with the development of the therapeutic relationship in health-care in general and Mental Health in particular. A good working relationship facilitates compliance, reduces the risk of relapse, the severity of them and improves psychosocial functioning. To achieve this it is necessary to prevent the rejection of professional power, and increase, from the user's point of view, the prestige and authority associated with their knowledge and their professional work.*

*Keywords: Therapeutic alliance. Authority. Power. Therapeutic relationship.*

---

## INTRODUCCIÓN

Los trabajadores de las instituciones sanitarias están investidos por el poder proveniente de las mismas. Este poder otorga capacidad para decidir sobre cuestiones referidas a tratamientos, periodos de convalecencia, fechas de altas, acceso a pruebas complementarias o regímenes terapéuticos entre otras cuestiones.

En épocas anteriores, a ese poder se le añadía una autoridad relativa a su conocimiento especializado. Diversas instituciones, entre ellas las sanitarias, gozaban de un prestigio, el cual se transmitía al personal vinculado a la misma. El estatus de autoridad facilitaba el trato con el usuario y promovía un adecuado cumplimiento terapéutico. El final del siglo XX y el comienzo del XXI viven unas corrientes ideológicas, políticas, sociales y culturales que facilitan el desprestigio de las instituciones. Esto conlleva que el sujeto perteneciente a las mismas no se beneficie, en términos de autoridad, de su pertenencia a ellas y que el estatus de competencia y prestigio se base principalmente en sus actuaciones personales o a lo comentado respecto a las mismas. Este cambio configura una nueva relación profesional – usuario en la que nada se da por supuesto.

La relación terapéutica en el ámbito sanitario, se ve claramente afectada por esta nueva configuración social. El uso inadecuado del poder o el bajo o nulo estatus de autoridad, siempre desde el punto de vista del usuario, dificultará la creación de

la alianza terapéutica necesaria para el logro de los objetivos rehabilitadores.

Esto afecta con mayor claridad en el campo de la Salud Mental, donde priman las patologías con escasa conciencia de problema (o de posibilidades de un mejor estado de salud). Lo que facilita, desde el punto de vista del usuario, una reducción de la autoridad estimada en los profesionales o una percepción de un uso inadecuado del poder que le transfiere las instituciones sanitarias y, con ello, una relación terapéutica inefectiva, que se asocia a mayores tasas de incumplimiento terapéutico, recaídas, gravedad de las mismas y un peor rendimiento psicosocial entre los episodios.

## PODER

### Definición de poder y potestas

El poder es un concepto definido repetidamente por las diferentes disciplinas interesadas en su estudio. Así el derecho, las ciencias políticas, la sociología y la psicología, por ejemplo, han aportado diferentes puntos de vista para delimitar o ampliar este concepto. La Real Academia Española [RAE] (2001) define seis aplicaciones de este término.

1. m. Dominio, imperio, facultad y jurisdicción que alguien tiene para mandar o ejecutar algo.
2. m. Gobierno de un país.
3. m. Acto o instrumento en que consta la facultad que alguien da a otra persona para que en lugar suyo y representándole pueda ejecutar algo. U. m. en pl.
4. m. Posesión actual o tenencia de algo. *Los autos están en poder del relator*
5. m. Fuerza, vigor, capacidad, posibilidad, poderío.
6. m. Suprema potestad rectora y coactiva del Estado.

En la definición de la RAE se contemplan varias acepciones que aparecen recurrentemente en los estudios sobre el poder, a saber: fuerza, potencia, coacción y capacidad. En esta línea, Marina (2008) define el poder como la capacidad para realizar algo, la facultad de convertir en acto una posibilidad. Giddens (1984/1995) asegura que el poder es el control ejercido sobre la actividad del otro mediante la utilización estratégica de recursos. Bernard Bass (1985) delimita estos recursos al definirlo como el control de los demás mediante el empleo de recompensas y castigos. Luhmann (1975/1995), finalmente, dice que el poder es la posibilidad de hacer daño.

Dichas definiciones tienen en común la presencia de un poderoso (persona, entidad u organización) que tiene la facultad de mandar y controlar la conducta de otro(s) gracias a la posibilidad de recompensar o castigar su conducta. Esto se aproxima al concepto de potestas romano. Se consideraba que una persona tenía potestas cuando poseía la capacidad legal para hacer cumplir sus decisiones y había un conocimiento social de esta capacidad.

## **El poder como pasión**

La situación jerárquica de poder es una de las grandes pasiones del ser humano, siendo, en ocasiones, el hecho de mandar más deseado que los contenidos perseguidos en lo mandado. Hobbes (1651/2009) asegura que la primera inclinación natural de toda la humanidad es un perpetuo e incansable deseo de conseguir poder y que este deseo sólo cesa con la muerte. Bertrand Russell (1930/2003) dice que las dos mayores pasiones humanas son el afán de poder y el de gloria.

La literatura también ofrece múltiples ejemplos que versan sobre la necesidad y el placer del hombre en el ejercicio del poder. En el Quijote (Cervantes, 1605/1987), éste dice: “si una vez lo probáis, Sancho, comeros heis las manos tras el gobierno, por ser dulcísima cosa el mandar y el ser obedecido” (p. 295).

Marina (2008) no lo conceptualiza como una pasión generalizada e invoca su carácter multimodal y poliédrico. Este autor asegura que el poder fascina a todos por ser una realidad contradictoria que incluye la belleza y el espanto, la visibilidad y el secreto, la miseria y la grandeza, la necesidad y el riesgo. El poder puede tener una cara atractiva, sin ser este un hecho generalizado, pero también encierra el lado oscuro asociado a un uso perverso o desproporcionado del mismo. En palabras de Isabella en la obra de Shakespeare “Medida por medida” (1623/2003): “Es excelente poseer una fuerza gigantesca pero tiránico como gigante usarla” (p. 65).

## **Fuentes del poder**

El poder se logra a través de tres fuentes principales (Galbraith, 1973/1985): el carácter, la propiedad y las organizaciones. Desde el punto de vista que se postula en este escrito, y que más adelante se desarrollará, el carácter apela al concepto de autoridad mientras que la propiedad y las organizaciones se configuran como fuentes principales de poder.

Las personas, a través de la propiedad o de las competencias transferidas puntualmente por las organizaciones, tienen la capacidad para guiar la conducta de otros para conseguir sus propios fines o los de la organización. Esta capacidad se logra a través de la posibilidad de emitir refuerzos o castigos.

El poder, desde este punto de vista, se vincula con el presente (Rivera García, 2002). No es necesario un pasado compartido para que una persona ejerza poder sobre otra, sólo tiene que ser derivado de su propiedad o delegado por una organización. Esta orientación del poder hacia el presente hace que no sea una pertenencia como una riqueza o un bien (Foucault, 1975/1996), sino que está continuamente circulando entre las personas, las situaciones y las circunstancias.

## **La perversión del poder y sus resistencias**

La posibilidad de ejercer el poder puede llevar al individuo a un uso indiscriminado del mismo o a una utilización según la cual éste se convierta en un fin más que en un medio.

Marina (2008) recuerda, en esta línea, un antiguo dicho que señala que en cuanto se tiene un martillo, todos los problemas empiezan a ser clavos. La contrapartida la realiza Robert Kagan (2003), en su análisis de las naciones poderosas y débiles militarmente, al asegurar que éstas últimas apelan necesariamente a la moral (frente al poder de las armas) y que “si no tienen un martillo, no querrán nada que se parezca a un clavo” (p.45).

Zimbardo (1974) realizó un experimento en el que simuló una prisión en los sótanos de la Universidad de Stanford. Estudiantes universitarios participaron en un experimento que consistía en simular la vida penitenciaria en aquellas instancias. Diez sujetos fueron presos, otros once guardias y el propio Zimbardo fue el superintendente de la prisión. A pesar de que todos los sujetos sabían que se trataba de un gran juego de roles, pronto (la primera noche) aparecieron los conflictos entre carceleros y presos. Hubo motines, venganzas y abusos de poder en un experimento que terminó prematuramente al estar comprometidas las garantías éticas exigidas en investigación. Los carceleros hipertrofiaron su posición de poder para lograr un respeto – miedo que no tenían de partida porque los presos sabían que la situación era ficticia y se estaba convirtiendo en abusiva. La posición de los carceleros produjo la consecuente rebelión y hostilidad, comenzando una configuración de escalada simétrica que finalizó con el término del experimento.

Los presos se pusieron en una posición de resistencia al poder en la línea de lo que Foucault (1975/1996) argumentaba al asegurar que donde hay poder hay resistencia. El poder basado en el castigo sólo es efectivo si basta la amenaza, porque la ejecución del mismo supone, además de sumisión, oposición y rebeldía. Tanto la resistencia como el poder se deben considerar desde una postura dimensional y esperar que un empleo inadecuado, desmesurado e inoportuno del mismo produzca cantidades mayores de resistencia.

### **La carrera hacia la legitimación**

Marina (2008) asegura que hay un dogma comúnmente aceptado que sostiene que hay que obedecer a los poderes legítimos y rebelarse contra los ilegítimos. Esto fuerza a todo poder, sea cual sea su origen, a buscar algún tipo de legitimación.

El poder, como se ha comentado, produce resistencias, por lo que es difícil de sostener a largo plazo la realización de conductas que se basen exclusivamente en la provisión de recompensas o, y más en estos casos, en la evitación o escape de castigos. Napoleón (citado en Marina, 2008) aseguraba que “nada importante puede mantenerse sólo mediante las bayonetas” (p. 70). Para que los comportamientos realizados en base a ejercicios de poder se mantengan, tiene que haber una legitimación del mismo. El sujeto subordinado debe encontrar argumentos que potencien la motivación interna para la realización de esos actos frente a la externa e impuesta por el poder.

Esta carrera hacia la legitimación puede observarse en relaciones sociales

simples, en grandes movimientos políticos e incluso en ocupaciones territoriales. Se ha estudiado exhaustivamente el camino del poder hacia la legitimización, sabiendo que su única vía para perdurar, estemos ante sistemas de relaciones autoritarios o democráticos, es la aceptación y el respeto.

El poder busca entonces su legitimización basándose en principios o valores universalmente aceptados (Marina, 2008), siendo éste un concepto variable dependiendo del momento histórico y la cultura de referencia. Históricamente las leyes realizadas por los que sustentan el poder también han tenido que pasar por un proceso de legitimación que les permitiera introducirse y asentarse en la sociedad. En el caso de las leyes es común apelar a la naturaleza, la religión y la historia o costumbre para legitimarlas, si bien Marina (2008) advierte de los peligros de estos procesos al asegurar que no hay disparate que no haya sido legitimado por una costumbre.

### **El poder en lo cotidiano**

Las relaciones de poder están presentes en lo cotidiano, desde las grandes relaciones internacionales hasta las relaciones microsociales y las de pareja.

El poder es empleado en las grandes relaciones internacionales teniendo en cuenta las necesidades y/o los intereses asociados a los mercados, la investigación, el desarrollo y las cuestiones referidas a la defensa. Una manifestación pública, directa e inmediata del poder es el que se ejerce en las campañas bélicas. Este primer paso no garantiza el logro de objetivos posteriores enmarcados en el periodo de posguerra. Bertrand de Jouvenel (1955/2000) asegura que la violencia no es el hecho constituyente de una sociedad, y Maquiavelo (1513/2001) sostiene que por más fuertes que sean los ejércitos propios siempre se necesita el favor de los habitantes. En esta misma línea los gobiernos totalitarios tienen el problema de mantener el poder y para ello, por ejemplo, apelan al bien común, controlan los medios de comunicación o aluden a grandes papeles que deben jugar en cuestiones místico – religiosas. Los gobiernos democráticos solventan con mayor facilidad esta cuestión por su forma de constitución, la participación ciudadana y por la autoridad asociada al Estado de Derecho y sus leyes.

En el ámbito microsociales, las relaciones de poder aparecen también como situaciones, habitualmente coyunturales, en el que uno pueda recompensar (material, socialmente o mediante una actividad) o castigar a otro por su conducta. Estas relaciones de poder, pueden derivar hacia una legitimación y perduración de la relación o hacia una resistencia y una tendencia hacia la ruptura. Las dinámicas de poder en la pareja, habitual y deseablemente coyunturales se concretan al tomar decisiones sobre la administración del dinero, las relaciones sexuales, el reparto de las tareas de la casa y en la relación con los hijos (Marina, 2008).

## **El poder en lo sanitario**

Los mecanismos de poder en la relación profesional – usuario se pueden analizar desde el punto de vista de los dos interesados.

Desde el punto de vista del profesional, el poder se ciñe a decisiones cotidianas referidas a los tratamientos, el régimen terapéutico, los horarios de visita, la fecha de alta, el acceso a pruebas complementarias o a otros profesionales, por ejemplo. El poder que sustenta es derivado de su posición y delegado por la institución sanitaria contratante. El ejercicio del poder, en una situación de prestación de servicios, atiende a los beneficios del usuario. Es una situación colaborativa en la que el beneficio del profesional repercute en el usuario y viceversa. El usuario, como regla general, percibe esta situación colaborativa, por lo que el ejercicio de poder es admitido para beneficio propio.

La configuración de la situación es opuesta cuando nos encontramos ante patologías que cursan sin conciencia de problema y en las que el sujeto no ha decidido participar activamente en un proceso de rehabilitación. En estos casos, mayoritariamente asociados a las patologías psiquiátricas, el profesional es considerado como un sujeto investido por el poder por una institución sanitaria en una suerte de juego no colaborativo (competitivo), de tal manera que el beneficio del profesional no es el del usuario y viceversa. En la visión más extrema de esta situación emerge la resistencia contra el poder y la relación terapéutica se ve claramente comprometida. El profesional puede intentar cambiar la visión del usuario mostrando situaciones colaborativas frente a competitivas pero tiene muchas probabilidades de fracasar en el intento. Estos intentos, siempre vistos desde el punto de vista de los usuarios, son análogos a los procesos antes mencionados de búsqueda de legitimación del poder, ya que también se suele apelar al bien común o a valores universalmente aceptados con el objetivo de incrementar la motivación interna de sus actos. En caso de fracaso de la dialéctica, será fundamental la percepción que tenga el sujeto sobre el uso que haga el profesional de ese poder para que se pueda lograr una alianza terapéutica adecuada que facilite la consecución del objetivo marcado.

## **PODER Y AUTORIDAD**

### **Definición de autoridad y auctoritas**

La RAE (2001) define autoridad como:

1. f. Poder que gobierna o ejerce el mando, de hecho o de derecho.
2. f. Potestad, facultad, legitimidad.
3. f. Prestigio y crédito que se reconoce a una persona o institución por su legitimidad o por su calidad y competencia en alguna materia.
4. f. Persona que ejerce o posee cualquier clase de autoridad.
5. f. Solemnidad, aparato.

6. f. Texto, expresión o conjunto de expresiones de un libro o escrito, que se citan o alegan en apoyo de lo que se dice.

Bertrand de Jouvenel (1955/2000) dice que autoridad es la capacidad de hacer aceptar (vs. imponer) las proposiciones que uno formula. Schmitt (1928/1992) relaciona la autoridad con el prestigio y Rivera García (2002) asegura que es una opinión respetada que, sin ser coactiva, es algo más que un consejo. La autoridad, según este punto de vista, implica una relación jerárquica en la que ambos reconocen la pertinencia de la jerarquía. Esta relación se construye gracias a un pasado, una estabilidad, una continuidad y contiene una referencia a la tradición y la permanencia.

Auctoritas es el saber socialmente reconocido. Este saber otorga al sujeto o a la institución la cualidad moral para dar opinión cualificada sobre una cuestión. Para los romanos aumentar la autoridad significaba crecer en una sabiduría anclada en los tiempos pretéritos (Rivera García, 2002). Auctor es aquel cuyo consejo se sigue, diferenciando esta guía de la del mando coactivo, ya que seguir la proposición del auctor no se vivencia como una pérdida de libertad. Según Rivera García (2002), la principal característica de la auctoritas es el indiscutible reconocimiento por aquellos a quienes se les pide obedecer, y no precisa ni de la coacción ni de la persuasión.

La potestas, como ya se ha referido, es el poder socialmente reconocido. La auctoritas es el saber socialmente reconocido. Potestas se relaciona con el presente mientras que la auctoritas vincula al pasado y a una estabilidad y una continuidad. La potestas es derivada de una propiedad o de una institución mientras que la auctoritas se logra con una trayectoria. En tanto el poder ordena y está respaldado si es necesario por la imposición, la autoridad apela y deja de ser tal si impone (Sartori, 2003). Por ello, en ocasiones, el poder se ejerce ante al fracaso de la autoridad (Arendt, 1961/2003; Rivera García, 2002).

### **Evolución de la autoridad. De las instituciones al sujeto**

La autoridad puede estar en varios lugares: en la persona, en las leyes o en las instituciones.

La autoridad reside en la persona que tiene una historia de competencia y/o reconocimiento en un ámbito determinado del conocimiento. Desde posiciones de poder, el sujeto puede llegar a ser considerado una autoridad si maneja adecuadamente los refuerzos y los castigos y sigue dando muestras de competencia en ese campo.

La autoridad llega a las leyes cuando el sujeto reconoce la historia que les precede, sabe de su participación en las mismas y vislumbra el bien común tras ellas. La anomia o la alineación del ciudadano frente al sistema legal, resta autoridad a las leyes y dificulta la sostenibilidad del Estado de Derecho (Rivera García, 2002).

Las instituciones (Universidades, Iglesia y Hospitales, por ejemplo) también

son portadoras de autoridad. Ésta se asocia al prestigio y la historia de muestras de competencia y logros, y se transmite, por cercanía y participación, a los trabajadores de las mismas. El final del siglo XX lega el escepticismo de la lucidez (Marina, 2008) y, con ello, el inicio de un periodo de desprestigio institucional, pérdida de autoridad y cambio en las interacciones con las personas que pertenecen a esas instituciones. La institución ya no otorga la autoridad de antaño y ésta comienza a derivarse principalmente del prestigio y competencia individual. El pertenecer empieza a no ser suficiente y el sujeto tiene que forjarse una historia de competencia y prestigio para que se estime socialmente su saber.

### **Pérdidas de autoridad.**

Desde el final del siglo XX numerosas construcciones culturales, filosóficas, religiosas, políticas y científicas fueron vistas desde el pensamiento posmoderno como ficciones, simulacros o legitimaciones fraudulentas. El periodo de los grandes relatos y de la admiración por los grandes personajes pasó a convertirse en una época caduca nada aplicable a los tiempos contemporáneos.

El desarrollo de los medios de comunicación de masas ha ayudado también a la desmitificación de los sujetos y de las instituciones al poner al descubierto puntos oscuros antes obviados. Los mass media convierten con mayor facilidad en noticia toda aquella información referente a una negligencia, una mala praxis, la mala gestión, el equívoco o la mala intención. El sujeto y las instituciones tienen más posibilidades de aparecer en los medios por esto que por una adecuada ejecución de su profesión o un cumplimiento de objetivos institucionales. Esto hipertrofia una visión, y su consecuente generalización, en la que se priman los fallos frente a las buenas praxis.

El pensamiento posmoderno y el desarrollo de los medios de comunicación de masas, según esta tesis, están en la base de la pérdida de autoridad asociada a las instituciones y la progresiva necesidad del sujeto de forjar la autoridad a través de la historia personal.

### **La autoridad en la vida sanitaria**

El ámbito sanitario no es una excepción en este proceso de pérdida de autoridad. Los profesionales sanitarios en general han sufrido una pérdida de autoridad asociada a la de los hospitales, la ciencia y el conocimiento especializado. Esto deriva en un cuestionamiento de los diagnósticos, los tratamientos, las altas tasas de incumplimiento terapéutico y un cambio en la relación usuario – profesional marcada, en ocasiones, por la desconfianza.

En Salud Mental esto se potencia cuando trata patologías con escasa conciencia de problema. La pérdida progresiva de autoridad configura un entorno rehabilitador complejo, con elevadas tasas de incumplimiento terapéutico, suspicacia y desconfianza. Por ello urge el incremento de la autoridad del profesional a

través de una historia de competencia, efectividad, vivencia de bien común o a través de una buena estrategia propagandística. En los tres primeros casos, el concepto de autoridad se relacionará con el de relación terapéutica.

## **PODER, AUTORIDAD Y RELACIÓN TERAPÉUTICA**

### **Papel de la relación terapéutica en la efectividad**

Las investigaciones que estudian la eficacia diferencial de las psicoterapias concluyen repetidamente que todas son efectivas sin que se presenten grandes diferencias de resultados entre ellas (Luborsky, Singer, y Luborsky, 1975; Smith, Glass, y Miller, 1980; Lambert y Bergin, 1992). Estos resultados potenciaron la investigación sobre los factores comunes en psicoterapia para poder delimitar el “ingrediente activo” que produce que la intervención sea efectiva.

Los factores comunes más estudiados son la relación y la alianza terapéutica. El estudio clásico de Lambert (1992) concluye que el 15% del cambio conseguido en psicoterapia es atribuible a las técnicas empleadas y el 30% es debido a la relación terapéutica (15% al efecto placebo y el restante 40% al cambio extraterapéutico). Otros estudios como el de Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (citado en Horvath y Luborsky, 1993) afirman que la alianza terapéutica explica entre el 36 y el 57% de la varianza del resultado final en psicoterapia. Orlinsky, Grawe y Parks (1994), en una revisión de estudios, aseguran que el 66% de los mismos encuentran una correlación entre vínculo terapéutico y resultado final de los tratamientos.

Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) y Frank y Gunderson (1990) señalan, finalmente, la relación directa que hay entre la alianza terapéutica y la aceptación de la farmacología y la adherencia al proceso terapéutico en sujetos con esquizofrenia.

### **Definición de alianza terapéutica**

El estudio de la relación terapéutica y su componente más mencionado, la alianza, ha sido abundante incluso antes de demostrar su importancia en el proceso terapéutico.

El origen del estudio del concepto proviene del psicoanálisis y de los trabajos de Freud (1913), al señalar éste la importancia de que el analista tuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el analizado para poder establecer una relación positiva con la parte más saludable de éste. Hartley (1985) definió la alianza terapéutica como una relación compuesta por una “relación real” y una “relación de trabajo”, de tal manera que la real se refiere al vínculo con el sujeto mientras que la de trabajo se refiere a la capacidad de trabajar en conjunto hacia unos objetivos previstos.

En el movimiento humanista destaca la figura de Rogers (1952/1997), quien aseguraba que las condiciones necesarias y suficientes para que se produjera el

cambio en psicoterapia eran que el terapeuta debía ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente a su cliente. Diversas investigaciones vinculan la empatía percibida por el cliente con algunos aspectos de la alianza terapéutica (Horvath, 1981)

En la modificación de conducta se prima el componente técnico frente a la alianza (Corbella y Botella, 2003). Parten de la base de que el cambio se asocia al aprendizaje o modificación de hábitos y conductas, y para ello señalan, y validan empíricamente, una serie de técnicas para estos fines.

La revolución cognitiva devuelve el interés hacia los factores comunes. La psicoterapia cognitiva, y especialmente el modelo constructivista, considera la alianza un elemento clave en el proceso psicoterapéutico (Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998). Las terapias sistémicas basadas en la teoría de sistemas, la cibernética y los modelos constructivistas siguen esta misma línea.

En este contexto, Bordin (1976) propone un marco general de referencia para el estudio de la alianza terapéutica y sus diferentes componentes. Esta aportación es aceptada por autores de diferentes aproximaciones teóricas y sirve como base para la elaboración de diversos instrumentos de evaluación (Corbella y Botella, 2003). Bordin (1976) definió la alianza como el encaje y la colaboración entre cliente y terapeuta, e identificó tres componentes que la configuran:

1. Vínculo positivo
2. Acuerdo con las tareas
3. Acuerdo con los objetivos

Otra de las definiciones más aceptadas es la Luborsky (1976), que describe dos tipos de alianza en función de la fase de intervención:

- Alianza tipo 1: Al inicio de la terapia, es la vivencia que tiene el sujeto sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta.
- Alianza tipo 2: En fases posteriores y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los problemas y malestar del sujeto.

Según Corbella y Botella (2003), la alianza tipo 1 de Luborsky se puede relacionar con el vínculo positivo de Bordin, mientras que la tipo 2 con el acuerdo sobre las tareas y los objetivos.

Safran y Muran (2000) señalan que para el establecimiento de la alianza es importante la negociación sobre objetivos y tareas y que, tanto terapeuta como cliente, consideren suyos los acuerdos. Esto difiere de concepciones tradicionales que otorgan la responsabilidad en el terapeuta e inciden en la necesidad fundamental de la persuasión para que el sujeto asuma los objetivos y tareas. Comparando la percepción del terapeuta y del cliente, es la visión de éste último la que tiene mayor poder predictivo respecto al resultado final de la terapia (Bachelor, 1991; Horvath y Symonds, 1991; Lambert y Bergin, 1994).

## **Relación entre alianza terapéutica, poder y autoridad**

La visión del cliente es, entonces, fundamental para que haya una buena alianza terapéutica y ésta, a su vez, explica una gran parte de la varianza del resultado final de un tratamiento.

En patologías con conciencia de problema, las cualidades personales del terapeuta y las técnicas de entrevista facilitarán el logro de un vínculo positivo con el usuario (primera característica de la alianza terapéutica según Bordin). El prestigio y la autoridad percibida en el terapeuta pueden facilitar ese vínculo y, sobre todo, serán de amplia utilidad para lograr un buen acuerdo sobre los objetivos y tareas a trabajar (segunda y tercera característica) y, según Luborsky (1976), lograr la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los problemas y malestar del sujeto.

En patologías con escasa conciencia de problema, se complica la elaboración de una adecuada alianza terapéutica. El personal sanitario tiene un poder que debe ejercer de tal manera que éste no soslaye la posibilidad de conseguir una buena alianza. La percepción por parte del usuario de un empleo inadecuado, desproporcionado o injusto del poder provocará desgana, defensividad y hostilidad, factores éstos que dificultan la alianza terapéutica (Gaston, Marmar, Thompson, y Gallagher, 1988). El logro de un vínculo positivo pasa por la percepción general de un buen empleo del poder. El reconocimiento progresivo de autoridad facilitará la sensación de trabajo respecto a tareas y objetivos compartidos. El terapeuta percibido como experto, creíble y competente tendrá, entonces, mayor probabilidad de ser efectivo en los procesos terapéuticos (LaCrosse, 1980).

Por ello el profesional sanitario debe emplear el poder que le es otorgado de tal manera que facilite (o al menos no dificulte) su posición de auctoritas frente al usuario. Esta auctoritas, el prestigio y la competencia asociada, promoverá una alianza terapéutica necesaria para realizar un tratamiento sanitario en general, y en el ámbito de la Salud Mental en particular.

## **CONCLUSIONES**

La pérdida de autoridad asociada al desprestigio de las instituciones configura una nueva relación profesional – usuario en el ámbito sanitario. El logro del prestigio y el estatus de autoridad depende principalmente de la historia de competencia del profesional. Y esta autoridad es importante para construir una alianza terapéutica adecuada.

Es en el ámbito de la Salud Mental en el que las patologías con escasa conciencia de problema están más presentes. En estos casos, el desarrollo de una buena alianza terapéutica es complicada y fundamental para el tratamiento rehabilitador. El prestigio y la autoridad estimada en el profesional ayudan en esta labor pero se pueden ver disminuidas por la visión que tiene el sujeto sobre el empleo que hace el profesional del poder que le otorga la institución. Una visión de

un empleo desproporcionado, injusto o arbitrario del mismo dificulta el desarrollo de una posición de autoridad y, con ello, la creación de una adecuada alianza terapéutica.

En este contexto urge la revisión de las prácticas asociadas al prestigio, el desarrollo de la autoridad y el empleo del poder por parte del profesional, de tal manera que se pueda conjugar el bienestar del usuario sin soslayar la posibilidad de desarrollo de una buena alianza terapéutica.

---

*Este artículo estudia el concepto, desde un punto de vista histórico y multidisciplinar, de poder y autoridad, así como la relación que tienen con el desarrollo de la relación terapéutica en el ámbito sanitario en general y en el de la Salud Mental en particular. Una buena relación profesional – usuario facilita el cumplimiento terapéutico, reduce las recaídas, la gravedad de las mismas y mejora el funcionamiento psicosocial. Para lograrla es necesario evitar el rechazo ante el poder del profesional e incrementar, desde el punto de vista del usuario, el prestigio y el estatus de autoridad asociado al conocimiento y trabajo del mismo.*

Palabras clave: Alianza terapéutica. Autoridad. Poder. Relación terapéutica.

## Referencias bibliográficas

- Arendt, H. (2003). *Entre el pasado y el futuro: ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Península (Orig. 1961).
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534 - 549.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Nueva York: Free Press.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychotherapeutic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252 - 260.
- Cervantes, M. (1987). *Don Quijote de la Mancha*. (Vol. 2). Madrid: Najera (Orig. 1605).
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205 - 221.
- Eaton, T. T., Abeles, N., y Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome. Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25 (4), 536 - 542.
- Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI (Orig. 1975).
- Frank, A. F., y Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228 - 236.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (págs. 122 - 144). Londres: Hogarth Press.
- Galbraith, J. K. (1985). *La anatomía del poder*. Barcelona: Plaza y Janés (Orig. 1973).
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., y Gallagher, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapeutic progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104 - 112.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., y Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 56 (4), 483 - 489.

- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1984).
- Goldfried, M. R., y Davidson, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Wiley and Sons.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales, & A. Frances (eds.), *Psychiatry update annual review* (págs. 532 - 549). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hobbes, T. (2009). *Leviatán: o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. Madrid: Alianza. (Orig. 1651).
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. Vancouver: University British Columbia.
- Horvath, A. O., y Luborsky, L. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561 - 573.
- Horvath, A. O., y Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139 - 149.
- Jouvenel, B. (2000). *La Soberanía*. Granada: Comares. (Orig. 1955).
- Kagan, R. (2003). *Poder y debilidad. Europa y Estados Unidos en el nuevo orden mundial*. Buenos Aires: Taurus (Orig. 2003).
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320 - 327.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross, & M. V. Goldfried (eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (págs. 94 - 129). Nueva York: Basic Books.
- Lambert, M. J., y Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En D. K. Freedheim, H. J. Freudemberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, y P. L. Wachtel (eds.), *History of psychotherapy: a century of change* (págs. 360 - 390). Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin, y S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (págs. 143 - 189). Nueva York: Wiley.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn, *Successful psychotherapy* (págs. 92 - 116). Nueva York: Bruner/Mazel.
- Luborsky, L., Singer, B., y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995 - 1008.
- Luhmann, N. (1995). *Poder*. Barcelona: Anthropos (Orig. 1975).
- Maquiavelo, N. (2001). *El príncipe*. Madrid: Espasa-Calpe (Orig. 1513).
- Marina, J. A. (2008). *La pasión del poder. Teoría y práctica de la dominación*. Barcelona: Anagrama.
- Mauss, M. (2010). Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas. Madrid: Katz (Orig. 1925).
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. En J. D. Safran, y J. C. Muran, *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (págs. 95 - 122). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Orlinky, D., Grawe, K., y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En A. Bergin, y J. S. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (págs. 270 - 378). Nueva York: Wiley and Sons.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed.). Madrid: Espasa-Calpe.
- Rivera García, A. (2002). Crisis de la autoridad: sobre el concepto político de "autoridad" en Hannah Arendt. *Revista de Filosofía*, 26, 87 - 106.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Orig. 1952)
- Rusell, B. (2003). *La conquista de la felicidad*. Barcelona: DeBolsillo (Orig. 1930).
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Sartori, G. (2003). *¿Qué es la democracia?* Madrid: Taurus.
- Schmitt, C. (1992). *Teoría de la Constitución*. Madrid: Alianza (Orig. 1928).
- Shakespeare, W. (1999). *Medida por medida*. Buenos Aires: Norma (Orig. 1623).
- Smith, M. L., Glass, G. V., y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Zimbardo, P. (1974). The psychology of imprisonment. Privation, power and pathology. En Z. Rubin (ed.), *Doing unto others* (págs. 61 - 73). Englewood Cliffs: Prentice Hall.

# Revista de Psicoterapia en Internet

Apreciado suscriptor,

Recientemente, la Revista de Psicoterapia ha lanzado su versión digital a la que puede acceder desde hoy mismo en [www.revistadepsicoterapia.com](http://www.revistadepsicoterapia.com) y desde la que esperamos poder ofrecer un mejor servicio e intentar ayudar a la difusión de nuestros contenidos.

Como suscriptor de la revista en papel, usted tiene libre acceso al fondo editorial de la misma en formato digital (pdf) al que podrá acceder, por artículos separados o por números completos, en la sección “Fondo Editorial” o realizando directamente una búsqueda por palabra clave en el buscador que hemos habilitado en el sitio web.

Sin embargo, para poder descargar los artículos en su ordenador antes deberá activar su cuenta para poder iniciar sesión en el sitio web como usuario registrado. Para hacerlo sólo tiene que entrar en la página de “Suscripciones” y rellenar la casilla inferior de la columna de la izquierda (YA SOY SUSCRIPTOR) con su nombre completo y dirección e-mail para que podamos activar su cuenta y mandarle por correo electrónico su nombre de usuario y contraseña. Con estos dos datos podrá iniciar sesión en el web y descargar tantos archivos como desee dentro del periodo de vigencia de su suscripción.

Por favor, utilice un nombre con el que podamos identificarle como suscriptor de la revista.

Todo el proceso se realizará de manera manual y personalizada por lo que rogamos disculpe la demora mientras no reciba nuestra respuesta en forma de nombre de usuario y contraseña.

No dude en ponerse en contacto con nosotros para resolver cualquier duda.

Atentamente,

Revista de Psicoterapia

# EL MODELO DE VALENCIA DE HIPNOSIS DESPIERTA: MODELO ATRACTIVO Y EFICIENTE

Jose Fernández

Institut de Psicologia Pehuén<sup>1</sup>

E-mail: josef@institutpehuen.es

*Traditionally Hypnosis has been related to relaxation, though that association fosters on a conception of hypnosis already overcome. Thus, induction methods of hypnosis can focus either on relaxation or activation, being therapeutic purposes the ones to take into account in order to choose between them. The importance of both expectations and motivation to explain hypnosis implied processes, as much as people's daily life coping behaviours is explained. The Valencia Model of Waking Hypnosis (VMWH) protocol is exposed as an efficient therapeutic means to link together ones to the others.*

Keywords: *hypnosis, waking hypnosis, Valencia model of waking hypnosis.*

---

## Introducción.

Aunque la palabra hipnosis significa literalmente sueño, actualmente está claro que nada tienen que ver la una con el otro. Y si tradicionalmente las inducciones hipnóticas han consistido en sugerencias de relajación y cerrar los ojos, tal concepción responde precisamente a eso, a una tradición que nace vinculada a un modo de entender qué es la hipnosis, actualmente superada, pero que ha influido sobremedida en toda posterior aproximación a la misma.

Muy relacionada con esa tradición inicial se encuentra también el concepto de trance, el cual postula un estado diferente de conciencia específico de la hipnosis, e incluso necesario para experimentarla *comme il faut*, a tal punto de establecer la equivalencia entre profundidad de trance y profundidad de la hipnosis. Pero la idea de que la hipnosis se puede explicar por un “estado de trance” específico, ha sido duramente rebatida a partir de que Sarbin (1950) lo hiciera en primer lugar. Desde entonces surgieron, todo un conjunto de teorías (Lynn & Kirsch 2005), desafiando el concepto tradicional de hipnosis como un estado, haciendo hincapié en el desempeño de roles, en las expectativas hacia la respuesta que se espera de uno

mientras se está en hipnosis, en las actitudes y motivación hacia la hipnosis (Sarbin, 1997) como ejes centrales explicativos de lo que ocurre bajo hipnosis. Así, Barber y sus colaboradores (Barber, Spanos & Chaves 1974) *obtuvieron de participantes altamente motivados en una tarea, pero no hipnotizados y de participantes hipnotizados respuestas similares a las mismas sugerencias*, concluyéndose que no era necesaria la hipnosis, o cuanto menos no más que la alta motivación, para dar cuenta de la respuesta a las sugerencias. Spanos demostró que la susceptibilidad hipnótica no era un rasgo de la persona, logrando así, junto a sus colaboradores (Gorassini & Spanos 1999) modificar la sugestionabilidad del 50% de los participantes que en un experimento puntuaban como bajos en sugestionabilidad, de modo que al final del experimento puntuaron como altos en esa variable. Entre las dos medidas, todos los sujetos que habían puntuado como bajos en susceptibilidad participaron en un programa dirigido a modificar sus actitudes hacia la hipnosis. Kirsch (1985) formuló la teoría de expectativa de respuesta, extensión de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1954), basada en la idea de que las expectativas pueden generar respuestas involuntarias, afirmando que esta es la base del efecto placebo y sosteniendo que, como los placebos, la hipnosis provoca efectos al cambiar las expectativas de los clientes, pero que **a diferencia del placebo, no requiere del engaño para ser eficaz.**

Kirsch (1985) mantiene que las inducciones hipnóticas son como placebos porque no contienen ningún ingrediente específico. Así, el único componente esencial parece ser que los sujetos crean en el procedimiento.

De hecho, actualmente está bien establecido (Kirsch & Lynn 1999) que cualquier procedimiento en el cual el sujeto crea, puede ser utilizado para inducir hipnosis. “Por ejemplo, las inducciones mesmerianas implicaban *pases* sobre el cuerpo con imanes o directamente con las manos, las inducciones de Charcot consistían en presionar la frente, gongs orientales y luces, mientras que las inducciones actuales normalmente enfatizan la relajación. (...) Las experiencias y las conductas de los sujetos hipnotizados parecen estar relacionadas con sus expectativas. Por ejemplo, los sujetos de Mesmer convulsionaban mientras que los de los hipnotizadores posteriores se relajaban. Finalmente, se ha encontrado que la expectativa de respuesta correlaciona fuertemente con las respuestas a las sugerencias (Kirsch & Lynn 1995). Tales autores consideran que la expectativa de respuesta es parte de la esencia de la hipnosis, y no simplemente una consecuencia”. En concordancia a lo que se acaba de exponer, no es de extrañar que un buen número de autores (Capafons, 1999) suscriban que **hipnosis es todo aquello que se rote y se acepte como tal.**

Así, la concepción que adoptemos sobre lo que es la hipnosis, y que transmitamos a nuestros clientes en terapia, es una cuestión esencial, porque lo que el cliente cree respecto a cuáles son los rituales de inducción “adecuados” y las respuestas que se esperan de él a los mismos, la utilidad que le va a aportar la hipnosis, y los peligros

o efectos secundarios que puedan derivarse de la hipnosis, van a tener consecuencias sobre la respuesta del cliente a la hipnosis, y sobre la potenciación, o no, que la utilización de esta herramienta terapéutica va a tener en la resolución del problema que lo trae a consulta.

Por otro lado, como se ha venido argumentando, no es más consubstancial a la hipnosis un método de inducción con los ojos cerrados y que busque relajación, que cualquier otro. El criterio relevante en este sentido debería ser, entonces, su utilidad terapéutica.

### *¿A qué Llamamos Hipnosis Despierta?*

Así vemos como, los métodos formales de inducción de la hipnosis despierta son diferentes a los de relajación y restricción de la atención, en el sentido en que (Capafons, 2001):

- No se sugiere sueño, restricción de la atención o relajación.
- Se pide a la persona que mantenga los ojos abiertos, y se le sugiere que expanda su atención, que se note activa y con sensación incrementada de auto-control.
- La persona puede hablar fluidamente, caminar, y realizar la mayoría de las tareas cotidianas, mientras experimenta las sugerencias hipnóticas.
- Las sugerencias hipnóticas son, esencialmente, directas y permisivas.

Las **ventajas**, de este método frente a la hipnosis tradicional serían: (Wells, 1924, Capafons 1999):

1. Mayor parsimonia.
2. Menor temor de la persona a perder el control.
3. Mayores posibilidades prácticas:
  - Más rápida.
  - Más accesible y agradable a mayor número de personas.
  - Más generalizable.
  - Más versátil y eficiente.
4. Fácilmente convertible en una estrategia general de afrontamiento y auto-control.

Véase Fig 1

En concordancia a los hallazgos científicos mencionados en la introducción, el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, en adelante MVHD, (Capafons, 2001) pone énfasis en:

1. Las creencias previas que tiene el cliente sobre: a) Qué es la hipnosis, b) Cuáles son sus métodos, c) Qué objetivos le va a ayudar a alcanzar. Es vital que las creencias de cliente y terapeuta respecto a estos tres puntos estén perfectamente alineadas, pues ello va a determinar sobremanera qué utilidad va a extraer aquel de la hipnosis, y por ello es necesario dedicar el tiempo que sea necesario a conseguir esa alineación.

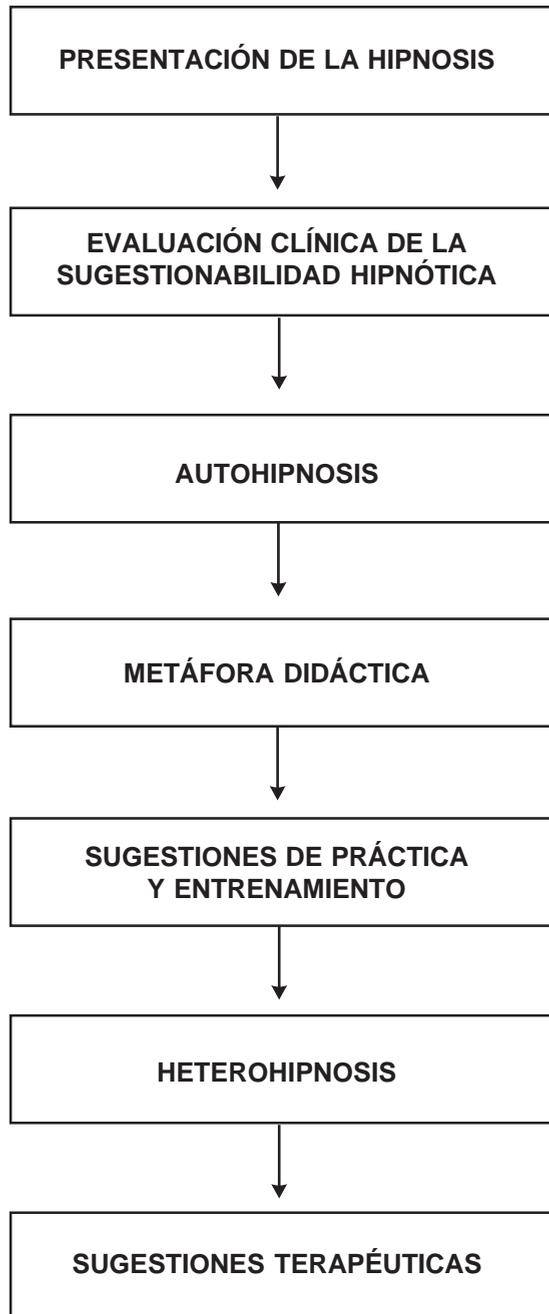


Figura 1

2. Énfasis en el control personal y la polivalencia (Capafons 1999). Es decir, que puedan usarse como métodos de activación o relajación, según las necesidades del cliente.

Acorde con la importancia concedida a las expectativas que sobre la hipnosis tenga el cliente, y con la finalidad de transmitir las ideas esenciales al respecto, y de paso desechar las erróneas y basadas en el prejuicio con las que el cliente ha podido llegar a consulta, el MVHD consta de un protocolo estandarizado de presentación y aplicación de la hipnosis. Este protocolo, que debe adaptarse según las necesidades, características y problema del paciente, pretende ser práctico, didáctico y divertido. Práctico por cuanto más que hablar se experimenta con ejercicios de sugestión en los que están implicadas respuestas corporales. Creemos que éstas tienen más poder de convicción sobre el cliente que razonamientos mentales puramente intelectuales. Didáctico por cuanto mediante tales ejercicios se ilustran claramente los principios de la hipnosis, y divertido por cuanto se despoja a la hipnosis de ese halo de seriedad que no tiene ninguna razón de ser.

Así, en el primer apartado del protocolo, presentación de la hipnosis, se utiliza el péndulo de Chevreul para la realización de un ejercicio práctico, del que se extraerán diversas conclusiones. En este ejercicio el terapeuta coge un péndulo, y le pide (al péndulo) que se mueva hacia delante y hacia atrás, para constatar que el péndulo lo hace, y después le ordena que se pare, para posteriormente pedirle que se mueva hacia un lado y hacia el otro. Después le pide al cliente que haga lo mismo, y que se concentre en que el péndulo realice las acciones que el cliente, dirigido por el terapeuta, le pedirá. Tal ejercicio está destinado a promover las siguientes ideas en el cliente (Capafons & Mendoza, en prensa a y b).

1. El cliente tiene el control de la respuesta que se ha producido, lo cual quiere decir que del mismo modo que la ha producido, puede evitar que se produzca, si así lo decide. Cuando nos concentramos en que nuestro organismo tenga algún tipo de respuesta, éste se pone a trabajar para producirla. Es decir, que la expectativa de su ocurrencia, moviliza al cuerpo de formas sutiles, o no tanto, para facilitarla. Podemos constatar, entonces, cómo tal respuesta se produce, pero lo más sorprendente es la percepción de que esa respuesta se está produciendo de manera aparentemente involuntaria. Este hecho ha llevado a interpretaciones muy variadas, algunas muy esotéricas, como el fenómeno de la ouija, el poder del péndulo, o la comunicación facilitada (Kirsch & Lynn, 1999). El modelo de Valencia, no obstante, interpreta este fenómeno de una forma muy diferente. Desde el mismo se incide en que la respuesta la ha provocado el propio usuario y nadie más que él, y que, a pesar de que el terapeuta le ha propuesto qué debía hacer, la respuesta se ha producido por haberse autosugestionado el cliente para que se produjese. El cliente debe tener la expectativa de que va a ocurrir, debe creerlo, y entonces, y sólo así, ocurre.

Si la persona no cree en lo que está haciendo, y piensa por ejemplo que es una tontería, y no se concentra en que ocurra, no ocurrirá. Tampoco ocurrirá si el cliente tiene la falsa creencia de que está siendo manipulado por el terapeuta, y de que perderá el control, ya que entonces no se dejará llevar. Pero si el cliente ha hecho suya la expectativa que le ha sugerido el terapeuta, y eso sólo depende de una elección de él, entonces podrá concentrarse en que ocurra, y entonces, simplemente ocurrirá. Por el contrario, si por los motivos que acabamos de mencionar, u otros, no quiere que ocurra, no ocurrirá, por lo cual, tanto en un caso como en otro siempre tendrá él el control.

2. Naturalidad. Los procesos que ocurren en este ejercicio, y también en la hipnosis ocurren en la vida cotidiana. Quién no ha tenido la experiencia de que tareas complicadas se llevan a cabo determinados días con mucha facilidad, como si salieran solas, en tanto que tareas menos complicadas resultan mucho más arduas, otros días. Y todo ello en función de nuestro nivel de concentración, de nuestra actitud ante unas u otras tareas. Por tanto, nada tienen esos procesos de especiales, lo cual podría decepcionar en principio a aquel que tuviera unas expectativas elevadas. Pero, para volverle a animar, y precisamente por ese mismo hecho, la implementación en la vida cotidiana de lo trabajado mediante hipnosis en la sala de terapia será fácil, convirtiendo tal aprendizaje en altamente eficiente.
3. La experiencia de automaticidad experimentada en el ejercicio y, posteriormente, en hipnosis, nada tiene que ver con involuntariedad o con pérdida de control sobre la respuesta. Como hemos comentado, el cliente debe tener la expectativa de lo que ocurrirá, y debe concentrarse para que ocurra, hechos ambos que están totalmente bajo su control. Por lo tanto, de la misma forma que puede provocar su ocurrencia, puede deliberadamente no hacerlo. Así, el control de lo que ocurre en hipnosis lo tiene la persona siempre. *Tú lo haces y tú lo detienes*. Esta idea tiene implicaciones vastas para la vida cotidiana, que al cliente le resulta fácil empezar a entender con este ejercicio. Y es que en muchos de los problemas emocionales que nos aquejan, y sus correlatos físicos, (por ejemplo la inseguridad ante una situación novedosa y la ansiedad asociada) están implicadas respuestas automáticas de nuestro organismo. Solemos, entonces, dar un paso en falso y asociar esa automaticidad a incontrolabilidad, lo cual desemboca en una de las características que fenomenológicamente más doloroso hacen cualquier problema emocional, amén de agravarlo: el sentimiento de indefensión ante el mismo. Pero el MVHD es muy ilustrativo a la hora de enseñarnos que *lo automático no es sinónimo de involuntario*. Se muestra mediante el mismo como los automatismos en la conducta están continuamente presentes a lo largo de nuestra vida cotidiana.

na. Por ejemplo, en la conducta de caminar se requiere la coordinación sincronizada de muchos músculos, proceso que se realiza de forma automática, pero que no implica que el acto de caminar sea involuntario, ya que lo inicio y lo paro de forma voluntaria. Mediante la demostración de que la hipnosis, al igual que la vida cotidiana, está repleta de procesos automáticos, pero voluntarios, el cliente recibe la enseñanza de que tiene mucho más control de lo que se piensa sobre aquello que experimenta como automático y fuera de su control. Mediante la presentación del modelo se le demuestra que lo automático, si se da la actitud adecuada, es también voluntario. Y *¿Cuál sería entonces esa actitud adecuada?*

La actitud adecuada en los ejercicios de sugestión propuestos (péndulo de Chevreul) es esa en la cual uno se concentra para que ocurra algo, pero sin exigencias, sin querer forzar su ocurrencia. Hemos comentado algo más arriba como la respuesta al ejercicio de sugestión no se producirá si el cliente no cree y no se concentra, así como si no se fia del terapeuta y piensa que perderá el control. Pero tampoco ocurrirá si su actitud ante el ejercicio es la opuesta. Es decir, si la persona se obliga a experimentar la respuesta. Cuando se producen estas actitudes, entonces se bloquea la posibilidad de que ocurra una respuesta, que de no darse, se produciría de forma natural. Es decir, se activa la ley del efecto inverso de Coué (Capafons, 2001). Así, cuando el cliente adopta una de las siguientes posturas, o varias, no se producirá la respuesta:

- Falta de motivación-involucración (*esto es una tontería, con la de cosas que tengo que hacer, para qué me sirve*).
- Exceso de motivación-involucración (*lo que me propone el terapeuta, tiene que ocurrir, no puede no ocurrir, y tiene que ocurrir ya*).
- Miedo (*no me fio, esto es peligroso, resultará dañado*).

Tales actitudes interferirán con su ocurrencia, pues no se producirá el estado de concentración adecuado que llevaría de manera natural a que el péndulo se moviera en la dirección indicada. Es fácil adivinar, una vez más, las implicaciones que estas consideraciones sobre un ejercicio de sugestionabilidad tienen para la vida en general, y las dificultades emocionales que en ella experimentamos. Dificultades habituales y normales de la vida, desde conciliar el sueño, relacionarse con alguien, tener una respuesta sexual satisfactoria, o ser feliz, se pueden convertir en auténticos problemas como consecuencia de adoptar con ellas una de las tres actitudes no adecuadas a las que acabamos de hacer referencia.

Es por eso que una frase muy utilizada en este modelo para promover esta actitud adecuada es: “simplemente deja que ocurra, déjate llevar”. Esta frase resume y aprehende de una forma palmaria toda la filosofía del modelo de Valencia.

El énfasis en que las respuestas deseadas se van a producir de forma natural dada la activación de ciertas estrategias, que todos poseemos, es central en el modelo. Y se hace especial énfasis en este aspecto del dejarse llevar, del dejar que

las cosas simplemente ocurran, en el segundo apartado del modelo: Evaluación de la Sugestionabilidad Hipnótica. Se realizan varios ejercicios aquí.

En el primero de ellos se pide al cliente que se ponga de pie, con los pies juntos, y con los ojos cerrados. Entonces se le sugiere que note como su cuerpo tiene tendencia a balancearse ligeramente, que note ese balanceo y se deje mecer por él. El truco de este ejercicio (que se le explica al cliente posteriormente, al finalizarlo) es que esa es una postura que de por sí tiende a desequilibrar, lo que provoca de manera natural tales balanceos. Por tanto, si el cliente se deja llevar y permite que la respuesta ocurra, ésta simplemente ocurrirá. Si por el contrario, el cliente se bloquea, se quedará rígido, e interferirá con la ocurrencia natural de la respuesta. Ese será un momento adecuado para que cliente y terapeuta analicen qué provocó ese bloqueo, pues eso que ocurrió puede estar dándose también en la vida del cliente fuera de la consulta, por lo que esa información es preciosa.

En el siguiente ejercicio se va más allá a la hora de medir la actitud de dejarse llevar, y además se pone a prueba la confianza del cliente en el terapeuta (elemento central de la alianza terapéutica), al pedirle al cliente que se deje caer hacia atrás, hasta perder el equilibrio, momento en el cual el terapeuta, situado detrás de él, frenará su caída con sus manos. Además de experimentar la sugestión de que su cuerpo se desequilibra hacia atrás, terapeuta y cliente obtienen una medida muy válida, más que el informe verbal, de la confianza del cliente en el terapeuta, por un lado, y de la capacidad de aquel para dejarse llevar, para soltarse, por el otro. Esta capacidad de dejarse llevar, de soltarse, aunque difícil de medir psicométricamente, se considera por parte del MVHD como central en el bienestar emocional de las personas. Y este ejercicio constituye una muy buena forma de evaluarla. El protocolo del MVHD ofrece la posibilidad, llegados a este punto, de realizar otros dos ejercicios, (enrollamiento ocular y apretón de manos) que también implican respuestas corporales y sirven al propósito de profundizar en la evaluación de actitudes y confianza del cliente, y que requerirán para completarlos con éxito que el cliente “simplemente deje que ocurran las respuestas sugeridas, se deje llevar”. (Capafons, 2001; Capafons y Mendoza, en prensa b)

Cuando el cliente ha realizado con éxito los ejercicios del primer y segundo apartado, y si no lo ha hecho se analiza porqué y se corrigen los problemas, se considera que está listo ya para realizar una inducción hipnótica. Hasta ese momento todo han sido ejercicios previos de sugestionabilidad que han servido para presentar la hipnosis. Ahora se le enseñará al cliente a autoinducirse hipnosis (*autohipnosis*), primero mediante el modelado por parte del terapeuta. El método de inducción será con los ojos abiertos, y con la posibilidad de que cliente y terapeuta establezcan un diálogo normal en todo momento. Estas características favorecerán que después, con la suficiente práctica, el cliente lo pueda realizar en su ambiente cotidiano habitual, y, por ello, lo pueda utilizar como técnica de autocontrol-autorregulación en situaciones para él conflictivas, siendo ésta una de

las principales ventajas del modelo de Valencia. A esta inducción se la denomina Auto Hipnosis Rápida (AHR) y consta de tres pasos (Capafons, 2001; Capafons, Lamas y Lopes-Pires, 2008):

1. Entrelazamiento de manos: sentados y con las manos entrelazadas, se realizan tres respiraciones profundas, y con cada exhalación se aumenta levemente, y de manera gradual, la presión sobre las manos
2. Caída hacia atrás: coincidiendo con la última exhalación, se dejan caer las manos sobre las piernas, simultáneamente a dejar caer la espalda sobre el respaldo de la silla (es natural que durante unos momentos sobrevenga entonces una ligera sensación de inmovilidad)
3. Sugestiones de pesadez de manos. Se le sugiere al cliente para que sienta sus manos pesadas, pegadas a las piernas (se pueden utilizar imágenes que ayuden a conseguir esta sensación, como que están atadas con una cuerda o enganchadas con pegamento). Cuando el cliente experimenta la sugestión, se va un poco más allá, retándole a no poder separar las manos de las piernas. Sin embargo, si el cliente prefiere ligereza, se le sugiere falta de peso y levitación.

En cada paso se explora si se han conseguido experimentar las sensaciones sugeridas. Si así ha sido, se interpreta como una capacidad de activar la mente para conseguirlo. De hecho, cuando se han conseguido llevar a cabo los tres pasos, entonces se considera, y se le dice al cliente, que su mente está receptiva, activada, y por tanto lista para trabajar sobre su problema de una manera eficiente. O dicho de otro modo, que ya está en hipnosis, lo cual también se le dice, pues ha puesto a trabajar a su cerebro para experimentar esas sensaciones. Se enfatiza, no obstante, que utilizar la mente para experimentar las sensaciones sugeridas, es algo que está siempre bajo su control, como cuando experimenta las sensaciones de temor en un cine ante una película de terror. Es decir, que las sensaciones sugeridas sólo ocurrirán si permite, por un lado, y busca, por el otro, que su mente se ponga a trabajar para experimentarlas, y que si quiere puede escoger no hacerlo, como podría escoger salir del cine en cualquier momento, si la película no le gustara, o dejar de mirar a la pantalla si las sensaciones fueran muy desagradables. Así, en el ejercicio de reto de no poder levantar la mano, se le dice: “sabes que, si lo deseas, puedes levantar tus manos en cualquier momento, pero que si pones tu mente en acción, si dejas que tu cerebro se active lo suficiente, te darás cuenta de que no puedes separar tus manos de tus piernas”.

El siguiente paso de conocimiento de la hipnosis consiste en la demanda de que el cliente se auto hipnotice con el método que acaba de aprender, y, cuando lo ha hecho y se lo ha comunicado al terapeuta, éste le explica la Metáfora Didáctica (Capafons, 2001; Capafons, Alarcón & Hemmings, 1999), un cuento destinado a hacer más comprensible bajo qué circunstancias la hipnosis le va a ayudar. En ese cuento, el cliente se encuentra en medio de la jungla y debe llegar a la ciudad que

está al otro lado de un río, y para ello sólo cuenta con la ayuda de un machete, que representa a la hipnosis. Así, para llegar al otro lado del río, el cliente debe usar el machete con convicción, con un propósito firme, sin desfallecer ante las adversidades y obstáculos. Para poder superar éstos, deberá asimismo, tener creatividad, pues el río es profundo y tendrá que cortar pequeños troncos y lianas para crear una balsa que le permita cruzarlo. En definitiva, deberá tener la fuerza de voluntad que le permita persistir en su propósito, para poder así alcanzar, con su esfuerzo, el objetivo. Sin todas estas cualidades, el machete, al igual que la hipnosis, será inútil. Pero con ellas, el machete se convertirá en un instrumento de gran ayuda. De la misma manera, la hipnosis sola, sin la participación de esas cualidades, no servirá de nada en el afrontamiento de un trastorno emocional.

Cuando ha llegado hasta aquí, el cliente empieza a estar realmente familiarizado con qué es la hipnosis y con lo que puede esperar de ella. Y todo ello lo ha aprendido, de una manera experiencial (didáctica, práctica y divertida), lo cual posibilita un conocimiento realmente más significativo. A estas alturas, el cliente se dejará llevar y podrá activar su mente para experimentar las sensaciones que le sugiera el terapeuta, o se auto sugiera él, cada vez con mayor facilidad. Pero quizás aún no comprenda muy bien cómo le puede ayudar la hipnosis en su vida.

El siguiente paso del protocolo, Sugestiones de Práctica y Entrenamiento, está destinado a permitirle comprender cómo su mente tiene mucho más control sobre sus emociones de lo que piensa, lo cual va a ser revelador, en la mayoría de los casos lo es, de que ante su dificultad emocional puede hacer cosas para manejarla.

Se realiza un ejercicio en el que se asocian sensaciones, por ejemplo ligereza o pesadez, frío o calor, agrado o desagrado, a objetos concretos. Así, ante el tacto de un bolígrafo, por ejemplo, se le sugiere para sentir la mano pesada. Cuando lo ha logrado, se le sugiere para que ante el contacto del mismo bolígrafo sienta ahora la sensación opuesta, en este caso la mano ligera. La sorpresa suele sobrevenir cuando instantes después lo consigue, pues en un breve intervalo de tiempo un mismo objeto ha logrado evocar sensaciones opuestas en la persona. Es entonces cuando se realizan las siguientes cuestiones motivacionales (Capafons & Mendoza, en prensa b; Capafons, Lamas & Lopes-Pires, 2008):

1. ¿Crees que hay alguna razón objetiva por la que tocar estos objetos deba provocar pesadez o ligereza?
2. ¿Crees que la manera como piensas, o imaginas, así como tu actitud ha favorecido esas reacciones?
3. ¿Crees que los objetos evocan esas reacciones que has experimentado debido al significado que tú has asociado a esos objetos?
4. ¿Crees que la magnitud e implicaciones de tu problema dependen parcialmente de tu manera de pensar, de imaginar, y de tu actitud hacia él? En otras palabras ¿Crees que tu problema depende del significado que le has asociado?

5. ¿Crees que cambiando tu manera de pensar, de imaginar, y tu actitud hacia el problema puede ayudarte a resolverlo?
6. ¿Crees que la hipnosis puede ayudarte a manejar mejor tus pensamientos e imaginación, y a mantener una mejor actitud hacia tu problema?

A juicio de algunos autores (Lopes-Pires, Mendoza & Capafons, en prensa) éste constituye un momento revelador de la potencialidad terapéutica del MVHD. Y ello porque ahonda en la comprensión por parte del cliente, que si todo ha ido bien ya se empezó a producir desde los ejercicios con el péndulo de Chevreul, de que tiene mucho más control de lo que piensa sobre aquello que experimenta como automático y fuera de su control.

Después de responder a estas cuestiones, el cliente empieza a entender claramente cómo puede ayudarle la hipnosis a enfrentarse a su problema de una forma eficiente. Además está altamente motivado, y ha comprobado como él o ella puede auto provocarse sensaciones mediante la activación de su cerebro para producirlas.

Debería quedarle claro a la persona, después de todo lo dicho, que la hipnosis no es más que la activación de la mente para permitirle un trabajo más eficiente sobre algo. Así, estar hipnotizado significa tener la mente preparada para poner en marcha los recursos que también en la vida cotidiana nos llevan a activar respuestas de afrontamiento. Tener la mente enfocada en una dirección, y con la actitud adecuada en el sentido que se ha explicado más arriba, posibilitará que las respuestas de afrontamiento pertinentes (sugestiones) se activen de manera automática, con el consiguiente entrenamiento, claro, lo que supondrá un menor esfuerzo para la persona. Esto supone una gran ventaja respecto a una situación en que la activación de las respuestas de afrontamiento supone un gran esfuerzo, o peor aún, en la que no se activan en absoluto, y sí lo hacen en cambio con mucha facilidad, incluso automáticamente, respuestas auto derrotistas.

Todos estos ejercicios suponen dos sesiones de terapia. En el intervalo entre la segunda sesión y la tercera se le pide al cliente que practique el método de autohipnosis rápida tres veces seguidas a la mañana, tarde y noche, para que se automatice el procedimiento. En la tercera sesión, si el cliente ya domina el método AHR merced a la práctica realizada entre sesiones, se le enseña la variación Brazo Disociado, que suele ser entonces fácil. Ésta consiste en una simplificación del método de los tres pasos de la AHR a un único paso, el final, en el que el cliente se auto sugiere pesadez del brazo. Cuando lo consigue, se considera que está en hipnosis y listo para trabajar sobre su problema. Este método será muy fácilmente implementable en la vida cotidiana, donde se manifiesta el problema, ya que es absolutamente discreto, no requiere que la persona cierre los ojos, deje de hablar, o esté en una determinada posición (Capafons, 2001; Reig, Capafons, Bayot & Bustillo, 2001). Cuando en la situación problemática el cliente logre disociar el brazo, y con la práctica acumulada que ya lleva, no le será difícil conseguirlo, habrá

logrado ese estado de mente lista para trabajar sobre su problema, y es entonces cuando se auto administrará las sugerencias más adecuadas para afrontar esa situación con éxito. Tales sugerencias se trabajarán en la sala de terapia, conjuntamente entre terapeuta y cliente, y podrán ser de (Capafons, Lamas & Lopes-Pires):

- Eficacia de las sugerencias y técnica terapéuticas.
- Fortalecimiento del ego.
- Bienestar: disfrutar, relajación, satisfacción.
- Distancia: indiferencia, objetividad, calma, serenidad.
- Deseo / Control.
- Repugnancia-repulsión (ante una conducta adictiva, por ejemplo).
- Saciedad-apetito.
- Analgesia-anestesia.
- Sugestión motoras: Inmovilidad, desaceleración de movimientos.
- Disociación del ambiente, de partes de uno mismo: amnesia, alucinaciones de soluciones, etc.
- Distorsión temporal: aceleración (mientras se sufre), o desaceleración (mientras se disfruta).
- Regresión de edad a cuando la persona no tenía el problema.
- Progresión de edad a cuando el problema ya ha sido solucionado.
- Alteración de la experiencia fisiológica de ansiedad o similar.
- Reinterpretación de reacciones psicofisiológicas y pensamientos.
- Intención paradójica (variante de las sugerencias de reto).

En esta tercera sesión también se le introduce a un método de inducción denominado Hipnosis Vigilia-Alerta, que consiste en una alternativa al método AHR cuando se da alguna de las siguientes dos circunstancias:

1. El cliente prefiere ser hipnotizado a auto hipnotizarse, aunque siempre se le expone el objetivo último de que sea él quién se auto hipnotice.
2. Para reforzar la auto-hipnosis cuando lo necesite el paciente o usuario. Es decir, que mediante este procedimiento de heterohipnosis se potenciará la responsabilidad e implicación del cliente en el proceso de cambio, y cuyo eje lo constituye la auto-hipnosis.

Como indica su nombre, en este ritual de inducción las sugerencias serán de activación corporal y mental, poniéndose especial énfasis en que el cliente no interprete las señales de activación como señales de ansiedad, sino como señales de expansión mental y física para acometer en mejor disposición el reto al que la persona esté a punto de enfrentarse. Para conocer más extensamente este método el lector puede dirigirse a Capafons (1998; 2001) o a Cardeña, Alarcón, Capafons y Bayot (1998).

## CONCLUSIONES

El MVHD entronca con la escuela cognitivo conductual de psicoterapia, pues, como ya se ha dicho, es didáctico, práctico, sencillo y ameno para el cliente. Éste se da cuenta de que los procesos que pone en marcha mediante hipnosis ya los sabe realizar, y que de hecho los pone en marcha cada día a lo largo de las más variadas situaciones. El cliente descubre que se autosugestiona cuando se encuentra bien, y que se autosugestiona cuando se encuentra mal. Aprende, en definitiva, que el modo en que nos sentimos tiene que ver con la yuxtaposición de contextos sensoriales, de emociones experimentadas y pensamientos evocados. Este mensaje, esencial en la terapia cognitivo comportamental, le llega claro y diáfano cuando comprende qué es la hipnosis, pues a partir de los ejercicios que realiza, en los que están implicadas respuestas corporales, la comprensión es no sólo intelectual, sino también vivencial. Como además se apelan a conceptos de la vida cotidiana en el aprendizaje de la hipnosis, se la despoja del aire místico-tranceático, que puede ser atractivo para unas personas, pero que es confuso y atemorizador para las más.

Otra consideración que integra el modelo de Valencia dentro de los modelos cognitivo-conductuales es su estructuración. Esta característica le facilita la labor al psicoterapeuta, pues con tal estructuración se asegura que cuestiones centrales, como las creencias previas que sobre hipnosis tiene el cliente, no se dejan al azar ni se obvian. Ya se ha argumentado sobre la importancia de proceder así. Por fortuna o desgracia, la palabra hipnosis muestra connotaciones de temor o rechazo en la mayoría de la población, pues forma parte del acervo cultural colectivo. Si como se ha afirmado más arriba, las expectativas de respuesta del cliente son parte de la esencia de la hipnosis, no aclarar explícitamente cuales deben ser tales expectativas sería un acto de irresponsabilidad terapéutica. No se le podrá acusar de tal al MVHD.

Hay otro aspecto que nos hace ver este modelo como especialmente atractivo. Y obedece a cuestiones más generales sobre la manera de entender las dificultades humanas. El cliente suele acudir a consulta con un paradigma de deficiencia personal. Beck (1979) establece el concepto de triada cognitiva para dar cuenta de las creencias erróneas respecto a sí mismo, el mundo y el futuro. Tales creencias suelen ser del tipo “No puedo”, “No sé”, “No me lo merezco”. Y aunque el mencionado autor las sitúa en un contexto de depresión, creemos que tales creencias o similares aparecerían en un amplio abanico de dificultades emocionales. Todas responden a un paradigma personal de deficiencia. La persona se siente menos, cree que le falta algo, y es fácil que llegue a creer que tal carencia es intrínseca a él. Pero el MVHD se plantea desde el paradigma contrario. Desde este modelo, se le enseña al cliente a producir ciertas respuestas, las cuales suele estar perfectamente capacitado para producir, pues la mayoría de las personas lo están. Cuando no se producen tales respuestas se apela al concepto de interferencia o bloqueo. Es decir, sólo el bloqueo de los procesos y recursos naturales que el cliente ya posee, dará cuenta de la imposibilidad de alcanzar las respuestas deseadas. Por lo tanto, y desde

esta perspectiva, el trabajo terapéutico tendrá más que ver con ayudar a deshacer esos bloqueos que con implementar o enseñar al cliente nada nuevo, con desbloquear más que con rellenar una carencia. La asunción es, así, que el cliente ya posee la mayoría de los recursos necesarios para solucionar su problema, y que lo que se debe conseguir es que el acceso a éstos se desbloquee. Dicho simplemente, el cliente aprende que la dificultad no se origina como consecuencia de algo que le falta, sino de algo que le sobra. El cliente, a medida que va teniendo éxito en la producción de las respuestas sugeridas, va recibiendo el mensaje de que no hay ninguna deficiencia intrínseca en él, y eso es tremendamente esperanzador, por lo que tiene de normalizador. No se quiere decir con ello que el cliente no necesite en ningún caso aprender nada, sino más bien que no hay nada en él que le vaya a impedir aprenderlo tal y como cualquier otra persona lo haría.

Este paradigma, pues, es de creencia en las posibilidades del cliente, y de mostrarle que ya posee los recursos que necesita para superar su dificultad desde el momento en que pisa por primera vez la sala de terapia, y que de lo que se trata es de desbloquear el acceso a los mismos.

Este énfasis, establece un puente de conexión con la psicoterapia e hipnosis ericksoniana, (O'Hanlon, 1989) con la cual lo comparte. En ésta, rara vez se abordan los síntomas explícitamente, sino que se busca introducir modificaciones en el contexto en el que ocurren, con la hipótesis de que tales variaciones en el contexto harán el síntoma innecesario, y ocurrirá lo que naturalmente hubiera debido ocurrir desde el principio, pero cuya ocurrencia el síntoma bloqueó.

Asimismo, y por este mismo motivo, vemos similitudes importantes con los modelos humanistas, para los cuales la tendencia *natural* es al crecimiento o actualización. Tales modelos (Rogers, 2000) acuden también al concepto de bloqueo para dar cuenta del proceso por el cual esa tendencia innata al crecimiento se ve truncada. Consecuentemente con esa percepción, el foco sobre el que actuar terapéuticamente para estos modelos es el bloqueo. Así hemos visto cómo lo hace el MVHD, y así lo hacen muchas técnicas con origen en la psicoterapia humanista. En la intención paradójica, técnica original de la logoterapia de Frankl, (1988) por ejemplo, al prescribir el síntoma, se consigue que éste desaparezca, pues al dejar el cliente de luchar con él pierde su fuerza, se diluye, y ocurre lo que es natural que hubiera ocurrido de no haberse obsesionado en que ocurriera (por ejemplo, cuando se le prescribe al paciente insomne que se esfuerce ahora en intentar no dormir, en lugar de en intentar hacerlo).

Para concluir queremos destacar como en el MVHD, al enseñarle un método de autohipnosis fácilmente implementable en la vida cotidiana, siempre se le devuelve el poder al cliente. De hecho, esta es una condición para considerar que una psicoterapia ha terminado bien (Feixas, G., comunicación personal, 2008). Si al principio el cliente se percibe a sí mismo como una víctima de su problema, a lo largo del proceso terapéutico va aprendiendo que tiene un cierto control sobre

aquellas emociones de las que se creía presa, y eso es verdaderamente halagüeño, por cuanto despierta sentimientos de autoeficacia (Bandura, 1994) donde sólo existía indefensión y desesperanza.

---

*Aunque tradicionalmente la hipnosis se ha asociado a relajación, se argumenta que tal asociación tiene que ver con una concepción de la hipnosis ya superada. Así, los métodos de inducción de hipnosis pueden buscar la relajación o la activación, indistintamente, siendo la variable clave a la hora de elegir entre unos u otros su utilidad terapéutica. Se expone la importancia que las expectativas y la motivación tienen tanto en la explicación de los procesos implicados en la hipnosis, como en las respuestas de afrontamiento que las personas ponen en marcha en su vida cotidiana. Se explica el protocolo de aplicación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (MVHD) como método terapéutico eficiente de conectar los unos con las otras.*

Palabras clave: *hipnosis, hipnosis despierta, modelo de Valencia de hipnosis despierta.*

## **AGRADECIMIENTOS.**

Agradecemos al Dr. Antonio Capafons, creador del MVHD, su lectura atenta del original y sus valiosas aportaciones.

Revisión Técnica y de estilo: M<sup>a</sup> José Serrano (Alba Psicología)

## **Referencias bibliográficas**

- BANDURA, A. (1994). Self-efficacy. En V.S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Nueva York: Academic Press.
- BARBER, T.X., SPANOS, N.P., & Chaves, J.F. (1974). *Hypnosis, imagination and human potentialities*. Nueva York: Pergamon Press
- BECK, A. (1979). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- CAPAFONS, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15, 77-78.
- CAPAFONS, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- CAPAFONS, A., ALARCÓN, A. & HEMMING, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 158-172.
- CAPAFONS, A., LAMAS, J.R., & LOPES-PIRES, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
- CAPAFONS, A., & MENDOZA, E. (en prensa, a). Alert (“waking”) hypnosis in clinical practice. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2<sup>a</sup> edición). Washington, D.C: American Psychological Association.
- CAPAFONS, A., & MENDOZA, M<sup>a</sup> E. (en prensa, b). *The Valencia model of waking hypnosis and its clinical applications*. En F. Columbus (Ed.), *Hypnosis: Theories, research and applications*. Nueva York: Nova Science, Publishers, INC.

- CARDEÑA, E., ALARCÓN, A., CAPAFONS, A. & BAYOT, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis: Alert hand. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 280-294.
- FRANKL, V.E. (1985). Logos, paradox, and the search for meaning. En M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 259-275). Nueva York: Plenum Press.
- GREEN, J.P., GORASSINI, D.R., & SPANOS, N.P (1999). The Carleton Skill Training Program. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña & S. Amigó (Eds): *Clinical Hypnosis and Self Regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp.141-177). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- KIRSCH, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- KIRSCH, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. En S. J. Lynn & J.W. Rhue (Eds) *Theories of Hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 439-466). Nueva York: Guilford Press.
- KIRSCH, I., & LYNN S.J. (1999). Automaticity in clinical psychology. *American Psychologist*, 54, 504-515
- KIRSCH, I., & LYNN, S.J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858.
- LOPES-PIRES, C., MENDOZA, M<sup>a</sup> E., & CAPAFONS, A., (en prensa). Application of waking hypnosis to difficult cases and emergencies. En F. Columbus (Ed.), *Hypnosis: Theories, research and applications*. Nueva York: Nova Science, Publishers, INC.
- LYNN, S.J., & KIRSCH, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, pp. 9-15.
- O'HANLON, W. (1989). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- REIG, I., CAPAFONS, A., BAYOT, A., & BUSTILLO, A. (2001). Suggestion and degree of pleasantness of rapid self-hypnosis and its abbreviated variant. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 152-164.
- ROGERS, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós
- ROTTER, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- SARBIN, T.R. (1950). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behaviour. *Psychological Review*, 57, 225-270.
- SARBIN, T.R. (1997). Hypnosis as conversation: Believed in imaginings revisited. *Contemporary Hypnosis*, 14, 203-215.
- WELLS, W. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 18, 389-404.

# ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO: RETROSPECTIVAS PARA EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA

Leonor Irarrázaval

Doctora (c) en Psicoterapia. Universidad de Chile. Becaria CONICYT.

leonor.fidelio@gmail.com

*Three main questions would be considered in this paper: 1) the diagnosis of schizophrenia, 2) the methodologies to the study of schizophrenia, and 3) the psychotherapy of schizophrenia. First of all, with respect to the future systems of diagnoses, the inclusion of subjectivity and intersubjectivity are certainly indispensable for the enrichment of psychopathology. Diagnostic classifications require review in light of approaches aiming for a greater understanding of the illness and that make it possible to explain aspects that remain unclear with regard to the trustworthiness of the diagnosis of schizophrenia. Secondly, the use qualitative methodologies for the study of schizophrenia and psychosis seem highly appropriate. These are just the clinical pictures that have not been sufficiently tackled from non-objectivising approaches, and there is thus a significant lack of understanding of these phenomena beyond their apparent symptomatology. For this reason, it seems appropriate to use methods that attempt to characterise patients' own worlds, such as the phenomenological method and the autobiographical method. Thirdly, it should be placed special consideration towards psychotherapeutic approaches to schizophrenia that focus on furthering the patients' self-understanding and on establishing a common communicative basis of patient and therapist.*

Keywords: *Diagnosis. Psychopathology. Schizophrenia. Psychotherapy.*

---

Existe una urgencia general y compartida por la comunidad psiquiátrica internacional de revisar críticamente los manuales DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) y CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud). Estos manuales corresponden a sistemas explicatorios basados en categorías diagnósticas según una descripción de la sintomatología aparente, conformando lo que se ha llamado una “nosología en la superficie” (“*nosology on surface*”) (Kendler, 2008).

El establecimiento de sistemas diagnósticos criteriológicos y manualizados

(perspectiva positivista o en 3ª - persona) ha aumentado la precisión y confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. No obstante, paralelamente ha aumentado también la claridad respecto a los límites que tiene esta aproximación para los clínicos e investigadores. En particular, la experiencia subjetiva está excluida casi por completo a nivel teórico y subvalorada a nivel pragmático, con serias consecuencias para la validez del diagnóstico psiquiátrico, la investigación empírica y los propósitos psicoterapéuticos (Fuchs, 2010a).

La parcelación didáctica de las configuraciones complejas de lo humano crea una ilusión de alternativas aparentemente incompatibles entre sí. Si bien esta parcelación es necesaria para profundizar en distintos aspectos de lo complejo, se puede caer en el reduccionismo totalizador, como de hecho en muchos casos ha ocurrido en el origen y devenir de las distintas escuelas psicológicas. Al considerar las disciplinas que surgen de esta necesaria división, es importante no perder de vista el todo, al ser humano en su complejidad global (Gissi, 1992).

En palabras simples, el sujeto de estudio ha de ser la persona en su totalidad. Esto implica no sólo una revisión profunda de las metodologías subyacentes a las conceptualizaciones diagnósticas objetivantes de los trastornos mentales, sino además, la exigencia de desarrollar metodologías coherentes y sofisticadas para el estudio holístico de los pacientes, sin perder de vista su complejidad (Guidano, 1994; Kendler, 2008; Nagel, 1974; Pelegrina, 2006).

Se requiere la emergencia de un “diálogo” multidisciplinario e intercultural, multinivel, dirigido a la comprensión de la subjetividad, de la totalidad del mundo individual, social y cultural del paciente, dentro del amplio espectro de la complejidad del ser humano. No obstante, enfatiza Fuchs (2004), “las principales ciencias fundacionales de la psicoterapia continuarán siendo la psicología, la hermenéutica y las humanidades en general” (p. 484).

## **DIAGNÓSTICO INTEGRATIVO CENTRADO EN LA PERSONA**

El diagnóstico integrativo conlleva una noción más amplia de la salud, que incluye no sólo el aspecto sintomático o patológico, sino también el potencial sano (como el funcionamiento adaptativo, los factores protectores y la calidad de vida), además de la noción de la persona en su contexto de vida. Esta aproximación refleja aspiraciones que apuntan hacia el encuentro científico, humanista y ético de nuestras responsabilidades como profesionales de la salud, junto a la importancia de promover el desarrollo de una “psiquiatría para la persona” (Mezzich, 2004, 2006, 2007).

Concebido de este modo, el diagnóstico se plantea desde el inicio del encuentro con el paciente como un proceso de comprensión del funcionamiento total, tanto mental como corporal. Por cuanto, más que una simple formulación, el diagnóstico es un proceso interactivo, donde los conceptos de equidad, valores y ética son importantes, así como el respeto hacia la diversidad cultural. En otras

palabras, más que “aparear etiquetas”, el esfuerzo se ha de dirigir hacia la comprensión de la persona en su globalidad.

Parece notable la conceptualización de Gadamer (2001), quien entiende la enfermedad mental como una pérdida de equilibrio del funcionamiento natural de la persona, que no sólo constituye un hecho médico-biológico, sino también un proceso vinculado con la historia del individuo y de la sociedad. Este autor señala: “si la recuperación del equilibrio natural se cumple exitosamente, el maravilloso proceso de restablecimiento le devuelve también al convaleciente el equilibrio vital dentro del cual previamente se sentía él mismo” (p. 56).

De acuerdo con estos planteamientos, los “tipos ideales” ofrecen una forma efectiva de unificar diversas formas de clasificación diagnóstica, y pueden resultar útiles tanto para aproximaciones de tratamiento clínico como de investigación empírica. Son conceptos muy generales y comprensivos, que conforman un sistema unificado de conceptos interrelacionados, y permiten relacionar con cierta flexibilidad los diferentes atributos de un desórden, otorgando una visión global de cada caso particular (Schwartz, Wiggins & Norko, 1995).

## **NOSOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA**

Los manuales diagnósticos requieren revisión a la luz de aproximaciones que apunten a una mayor comprensión de la esquizofrenia (desde el punto de vista de quienes la padecen), y hagan posible dilucidar aspectos que permanecen poco claros respecto al diagnóstico. Se destaca la dificultad de establecer una categorización nosológica unitaria y fiable para la esquizofrenia, ya que es una configuración psicopatológica que tiene un curso heterogéneo. Incluso su papel como categoría nosológica en sí ha sido cuestionado, planteándose como más adecuado el uso de una categoría más amplia para el llamado “espectro esquizofrénico” (Parnas & Sass, 2003, 2008).

Desde la época de Bleuler, los síntomas llamados “negativos” se han distinguido como características clínicas esenciales de la esquizofrenia. Sin embargo, solamente en los últimos años, su importancia se ha reconocido notoriamente, especialmente en lo referente al diagnóstico del espectro esquizofrénico, probablemente debido a la atención cada vez mayor que se ha puesto en la detección temprana y en la prevención de las psicosis (Parnas & Handest, 2003).

Tampoco se ha mostrado un especial interés por explicar ni comprender, desde una dimensión psicológica, cómo y bajo qué circunstancias, se manifiestan los trastornos psicóticos; sólo recientemente las alucinaciones han comenzado a ser consideradas como elementos de investigación. Desde aproximaciones fenomenológicas, se advierten importantes implicaciones clínicas, teóricas y metodológicas: por ejemplo, el acercamiento empírico-racionalista adoptado por las ciencias cognitivas concibe las alucinaciones auditivas como un problema de la percepción, mientras que una postura fenomenológica enfatiza la transformación

primordial de la autoconciencia y experiencia, señalando que representan un proceso intersubjetivo (Larøi, de Haan, Jones & Raballo, 2010).

## DESÓRDENES DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO

### IPSEIDAD

Los conceptos relacionados con los desórdenes del *self* prerreflexivo se fundamentan en la variante de la fenomenología llamada “continental”. Esta perspectiva se desarrolla principalmente a partir de los trabajos de Husserl y Heidegger, y pretende descubrir la esencia estructural de la experiencia y existencia humanas. En esta línea teórica también destacan autores como Merleau-Ponty, Sartre, Scheler y Henri Bergson (Parnas & Sass, 2008).

La fenomenología psicopatológica actual ha ganado terreno al enfatizar que las raíces de la enfermedad mental están en la experiencia prerreflexiva o pretemática del paciente. Se considera que las estructuras constitutivas básicas de la conciencia (como la autoconciencia, la corporalidad, la espacialidad, la temporalidad, la intencionalidad y la intersubjetividad), si bien no son inconscientes, no son dadas temáticamente como objetos de experiencia (Fuchs, 2008; Fuchs, 2010b).

Se sostiene que la esquizofrenia involucra un particular disturbio del acto de conciencia, más específicamente un desorden del *self* o “ipseidad”, normalmente dado de manera implícita o prerreflexiva. Ipseidad (*ipse* en latín significa *self* o *its self*) se refiere a la configuración fundamental de la autoconciencia (*self-awareness*): un modo de articulación de la conciencia automático, pasivo e inmediato (o directo), correspondiente a la perspectiva en 1ª - persona de la experiencia (Parnas & Handest, 2003; Parnas & Sass, 2003, 2008).

Recientemente se ha demostrado que los desórdenes del *self* prerreflexivo son, desde el punto de vista etiológico, e informativos como marcadores tempranos de la vulnerabilidad para los cuadros del espectro esquizofrénico, y han sido postulados como un modelo de fenotipo básico, primario de la esquizofrenia (Raballo, Sæbye & Parnas, 2009).

### INTERSUBJETIVIDAD

Existe absoluto acuerdo en que uno de los ramos centrales de la esquizofrenia es la alteración que ocurre a nivel de los procesos de la intersubjetividad. Dörr (2005b) plantea que los pacientes esquizofrénicos estarían afectados por un debilitamiento de la intencionalidad, que provoca una alteración del “dirigirse hacia”, dejando al paciente incapacitado para mirar la realidad desde la perspectiva de los otros, alejándolo del mundo común y compartido.

Dörr (2005a) señala que la particular dificultad del esquizofrénico en la constitución del espacio común con los otros se manifiesta especialmente en las situaciones típicas desencadenantes de las psicosis esquizofrénicas agudas, tales

como: declaración de amor, noviazgo, matrimonio, seducción homosexual, viaje al extranjero en grupo, ingreso a organizaciones de grupo de cualquier índole, etc. Ésto se podría entender como una extrema dificultad en la capacidad de regular el espacio de proximidad con los otros: “el otro es mantenido en la distancia a través del delirio, de las conductas inadecuadas, de los proyectos excéntricos o, ya avanzada la enfermedad, del autismo” (p. 5).

Por su parte, Fuchs (2005a) sostiene que la fragmentación del arco intencional deja elementos particulares de percepción, emoción, acción y pensamiento, como procesos no relacionados, que pierden su significado contextual a raíz de un divorcio del *self* con su propio cuerpo, y que aparecen en la conciencia explícita como fenómenos alienados u opacos. En lugar de un significado común e intersubjetivo de situaciones y cosas, durante los episodios psicóticos surgen fragmentos de significado ideosincrático, que se vuelven autorreferentes, y se manifiestan con una “intencionalidad invertida”. Como consecuencia, la constitución automática de la realidad se desmonta, y tiene que ser substituida por una reconstrucción activa o racional (Fuchs, 2005a, 2005b, 2007, 2008).

La des-automatización de la acción puede culminar en una pérdida del carácter de agente del ser humano (*agency*), volviendo a los pacientes incapaces de cualquier acción voluntaria que se propongan realizar. La pérdida de autoconciencia básica y de agencia genera un sentido de control externo, característico de la esquizofrenia, que Fuchs (2005b) describe como un “disturbio de la intersubjetividad encarnada” (“*disturbance of embodied intersubjectivity*”).

El cuerpo es el “punto cero” (*Nullpunkt*) desde donde se produce la apertura a la intersubjetividad, es el punto de referencia para la percepción, a partir del cual el sujeto “construye” el mundo que lo rodea y a través del cual se espacializan los demás cuerpos (Dörr, 2002a). De modo particular los pacientes esquizofrénicos atribuyen estados mentales e intencionalidad al mundo de los objetos inanimados y del ambiente no-humano. Éstos cobran vida en el mundo del psicótico, animados con una intencionalidad que se experimenta como extraña, misteriosa y ajena. En otras palabras, el *self* se experimenta como “deshabitado” (o desalojado) del propio cuerpo, configurando lo que se ha llamado “mente desencarnada” (“*disembodied mind*”) (Fuchs, 2005a, 2005b).

Los límites que permiten distinguir normalmente entre los propios estados mentales y los estados mentales de los otros, así como la capacidad de discriminar entre mensajes auto-generados y los generados por un otro significativo, son cruciales para la comunicación humana. Precisamente, Dörr (2009, 2010) sostiene que la esquizofrenia aparece como una perturbación de uno de los modos fundamentales de estar en el mundo, cuyo síntoma fundamental es la perturbación de la comprensibilidad y de la apropiación de lo comprendido, y por tanto, del lenguaje como la articulación de ambas, razón por la cual concibe a las esquizofrenias como “logopatías”.

Cabe recordar que al referirse a la esquizofrenia, Blankenburg (2001, 2010) señala que entramos en el dominio propio de la psicopatología del “sentido común”. Lo que se presenta subjetivamente como “pérdida de la evidencia natural” (de lo cotidiano), tiene su correlato en una falla de la comprensión, que provoca el sentimiento de extrañeza del psiquiatra correspondiente al extrañamiento o a la alienación del paciente.

Actualmente se investigan los mecanismos neurobiológicos que podrían estar a la base de estas consideraciones fenomenológicas, y también se ha comenzado a implementar intervenciones terapéuticas que apuntan a una rehabilitación de los pacientes en esta dimensión de experiencia. Desde el “paradigma espejo”, por ejemplo, la existencia de neuronas con funciones espejo sugiere que desde el comienzo de las interacciones sociales se encuentra “*in-primis*” la capacidad de experimentar un espacio intersubjetivo. El déficit en el funcionamiento de estas redes neuronales, que correspondería a una imparidad en la conectividad o en el funcionamiento del sistema de neuronas espejo, abre nuevas perspectivas para la comprensión de trastornos como el autismo y la esquizofrenia (Gallese, 2006, 2007).

Desde una perspectiva clínica, las psicosis pueden ser entendidas como una alienación temporal de prácticas compartidas de comunicación, donde hay dificultad para expresar comprensiblemente experiencias emocionales que causan sufrimiento. Entonces, cuando el paciente tiene problemas en crear significado consensual por la acción narrativa, como es posible observar en los estados psicóticos, el objetivo de la terapia y del tratamiento es abrir un canal por el que la cualidad de la experiencia pre-narrativa pueda llegar a ser narrada de manera inteligible (Holma & Aaltonten, 2004b).

Evidentemente, las alucinaciones y delirios no son fenómenos ajenos, sino manifestaciones simbólicas del mundo interno, que aparecen directamente en la esfera mental de la persona, en sus formas discursivas. Desde este punto de vista, la articulación temática de las formas clínicas de la psicosis, expresadas como creaciones narrativas de la propia subjetividad, posibilita su reapropiación, así como la comprensión de la función simbólica del lenguaje “psicótico” (Guidano, 1995; Irrarázaval, 2003). Pelegrina (2006) sostiene que la apropiación es el proceso por el cual devenimos realmente humanos y llegamos a ser personas, y considera que éste es un proceso fundamental para entender la “alienación”.

Vale destacar el proceso creativo del episodio psicótico. La imaginación, como recurso creativo, posibilita la construcción de un mundo fantástico, valiéndose de una serie de recursos simbólicos, que son coherentes con los procesos de significado del mundo interior; no obstante, ellos aparecen como extraños e incomprensibles ante los observadores externos y, por ende, ante la propia persona como observadora de sí misma (Irrarázaval, 2003).

Resultan interesantes los aportes de Sass (2000-2001) que realzan el potencial

creativo de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, y son una alternativa al énfasis habitual que considera los síntomas de este diagnóstico solamente como aspectos “negativos” o “déficits”.

## HISTORIA DE VIDA

El diagnóstico, en la manera tradicional de concebirlo, parece ser menos esencial en el proceso de tratamiento que el acto de comprender la situación del paciente tomando en cuenta la historia que relata de sí mismo. Desde un punto de vista narrativo, se enfatiza la importancia de que el paciente sea traído a un diálogo donde el sentido de la experiencia personal sea compartido y puesto en un horizonte de significado común. Cuando el paciente es traído a un diálogo compartido, su sentido de identidad personal y de ser agente resultan fortalecidos (Holma & Aaltonen, 1997, 2004a).

France & Uhlin (2006) hacen notar que la narrativa cultural dominante de la esquizofrenia la considera como una enfermedad biomédica crónica, y quienes la padecen habitualmente son vistos como personas que requieren medicina permanente, no aptas para una psicoterapia, y por ende, no capaces de comprender su condición, ni de hacer elecciones útiles de vida. Estos autores advierten que esta narrativa cultural de la esquizofrenia podría servir de nexo para considerar la influencia del poder, de la política, y del contexto social, y evaluar cómo estos aspectos se relacionan con el diagnóstico y la recuperación de la enfermedad mental severa.

Dörr (1997) señala que mientras los postulados teóricos tradicionales tuvieron vigencia, no hubo interés por estudiar las relaciones de la esquizofrenia con el estilo de vida y las situaciones críticas, ni la estructura de la familias de estos enfermos, y que los intentos de aproximaciones psicoterapéuticas eran considerados simplemente fuera de lugar. Además, cita a Binswanger (1961 citado en Dörr, 1997), para argumentar que los conceptos de la psiquiatría tradicional, “si bien permiten el conocimiento y manejo científico-natural, son insuficientes para aprehender los fenómenos si éstos, como en el caso de las psicosis esquizofrénicas, son expresión de modificaciones de la misma “hombredad” del hombre, esto es, de su esencia como persona e historia” (p. 49).

La historicidad, es decir, la conciencia que tiene el ser humano de su condición temporal e histórica, es ciertamente uno de los rasgos constitutivos de lo propiamente humano. No obstante, esta dimensión fundamental se encuentra particularmente alterada en el esquizofrénico. El rasgo más característico del tiempo esquizofrénico, como lo describe Dörr (2005a), es un cierto grado de “atemporalidad”: estos pacientes se encuentran fuera de la articulación del pasado, presente y futuro.

Las formas agudas de la esquizofrenia se manifiestan como un colapso de la dimensión temporal de la trama narrativa, que lleva a una descontextualización de la experiencia emocional del paciente. De este modo, la narración del sí mismo

pierde la coherencia semántica que otorgan los principios consensuales de ordenamiento temporal cronológico, causal y temático (Guidano, 1995; Holma & Aaltonen, 2004b). Al estar fuera de la dimensión temporal, se desdibujan los proyectos de futuro, y se dificulta también el acceso a la sensación de “tiempo de eternidad” que es posible establecer en las relaciones de amor (Dörr, 2005a).

Los aspectos temporales que otorgan un sentido de permanencia a la “identidad narrativa” se pierden en el episodio agudo, y la pregunta respecto al ¿quién?, como plantea Ricoeur (1996), que lleva a la puesta en escena del personaje, queda sin responder (Holma & Aaltonen, 1995). La capacidad narrativa disminuye, y sin una historia narrada, el presente, y especialmente el futuro, no logran estructurarse. Cuando la persona recupera la condición de narrador activo (agente), abandona el lugar de víctima pasiva del pasado (paciente), y logra visualizar un futuro (Holma & Aaltonen, 2004b).

## **MÉTODOS CUALITATIVOS PARA EL ESTUDIO DE LA ESQUIZOFRENIA**

La metodología cualitativa es esencialmente exploratoria, se orienta a describir, comprender y explicar un fenómeno particular. En lugar de establecer hipótesis *a priori* o categorías predeterminadas, se utilizan métodos menos estructurados que permiten la emergencia de temas y descripciones ideográficas. Por tanto, este tipo de metodología se orienta al descubrimiento, a conocer “cómo” ocurren los procesos, lo cual requiere una actitud de apertura hacia el fenómeno. Los métodos cualitativos surgen generalmente de paradigmas fenomenológicos o interpretativos, y se usan también en aproximaciones constructivistas (Barbour, 2000; Barbour & Barbour, 2003; Kohlbacher, 2006; Patton, 1990; Schwarts & Jacobs, 1996; Strauss & Corbin, 1998).

La utilización de métodos cualitativos para el estudio de la esquizofrenia y de las psicosis en general resulta muy adecuado, pues se trata de cuadros clínicos que no han sido abordados suficientemente desde aproximaciones no-objetivantes, y por lo mismo, existe una importante falta de comprensión respecto a estos fenómenos, más allá de la aparente sintomatología. Por esta razón, parece pertinente el uso de métodos que intenten caracterizar el mundo propio de los pacientes, como el método fenomenológico y el método autobiográfico.

## **FENOMENOLOGÍA**

La fenomenología ha estado históricamente entrelazada con el esfuerzo de la psiquiatría para el desarrollo de una comprensión detallada de las experiencias psicopatológicas, y se compromete con la búsqueda de un análisis profundo de los aspectos sintomáticos (Creswell, 1998; Pelegrina, 2006). La esquizofrenia no sólo es un tópico central de la fenomenología psiquiátrica; sino ella considera además que las distorsiones fundamentales de esta enfermedad pueden iluminar aspectos

clave de la normalidad de la subjetividad humana (Sass, 2001).

Como proyecto sistemático de investigar las estructuras de la experiencia subjetiva, la fenomenología puede ser considerada también la ciencia fundacional para la psicopatología. Proporciona un amplio marco para el análisis de la subjetividad y de sus disturbios en los trastornos mentales, planteando así hipótesis comprobables sobre los mecanismos neurobiológicos subyacentes (Fuchs, 2010b).

El enfoque fenomenológico propone renunciar a toda teoría o preconcepto previos, para luego ir desprendiendo lo observado en el paciente de todos los elementos contingentes, anecdóticos, individuales, hasta quedarse con aquello siempre presente, lo permanente, la esencia. Este procedimiento lo ha llamado Husserl, el creador de la fenomenología, reducción o *epoché*, y es un presupuesto del método para llegar a la “reducción fenomenológica” (Dörr, 2000).

Es decir, durante el procedimiento de análisis se cuida de poner “entre paréntesis” el propio marco teórico (“*bracketing*”), para lo cual Fisher (2009) recomienda: “debemos estar conscientes, plenamente atentos, de los presupuestos que pueden alojarse en nuestras descripciones” (p. 586).

## ENFOQUE AUTOBIOGRÁFICO

La relevancia del enfoque autobiográfico para el estudio de la esquizofrenia surge del interés por recuperar a la figura de la “persona”. Este enfoque privilegia el método del relato de vida y considera la opción de trabajar primordialmente sobre la singularidad, el caso a caso, relato por relato, historia por historia. Si existe acuerdo en considerar que el objeto central de la psicología clínica es el ser humano en su globalidad, y que éste es portador de una historia y creador de la trama de una existencia particular, entonces la emergencia del relato de vida como método para aproximarse a los fenómenos psicológicos parece quedar suficientemente fundada (Cornejo, Mendoza & Rojas, 2008).

Para el análisis de los relatos de la historia de vida se destaca el enfoque biográfico denominado “ciencias humanas clínicas” (Legrand, 1993 citado en Sharim, 2005), el cual visualiza, a partir de la profundización y conocimiento de los casos individuales, la posibilidad de acceso a una dimensión más universal. Se trata de un método cualitativo que considera que la singularidad y la heterogeneidad de las situaciones individuales, permiten la aparición progresiva de los procesos comunes que estructuran las conductas y organizan estas situaciones. Desde este enfoque se considera que los relatos autobiográficos son enormemente fecundos para explorar la construcción identitaria, y entregan la posibilidad de mirar la doble relación de un individuo con su historia, en tanto determinado por ésta, pero también en cuanto a su capacidad de actuar sobre ella (Sharim, 2005).

## PROPUESTAS PARA LA PSICOTERAPIA

En general, el estado actual de la investigación proporciona evidencia para la eficacia de la terapia psicológica en el tratamiento de la esquizofrenia, básicamente respecto a las siguientes aproximaciones: 1) la terapia de familia, 2) el entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas, 3) la rehabilitación neurocognitiva, y 4) la terapia cognitivo-conductual para reducir los síntomas positivos. Sin embargo, muchas preguntas permanecen sin responder. Éstas se relacionan con el *setting* del tratamiento más eficiente y con la indicación diferenciada de las varias intervenciones psicológicas (Pfammatter, Junghan & Brenner, 2006; Roder, Mueller, Mueser & Brenner, 2006).

Desde hace algunos años se ha comenzado a promover propuestas de intervención para las psicosis y la esquizofrenia (en los países de Europa del Norte, en Finlandia y Noruega principalmente), sosteniendo que el ingrediente terapéutico proviene del efecto del diálogo sobre la red social inmediata en que se encuentra el paciente. Este procedimiento enfatiza la atención inmediata de los casos agudos de psicosis (antes de su cronificación) y se orienta a la co-construcción de un lenguaje compartido, posibilitando que los significados privados del paciente lleguen a ser comprensibles para las personas de su ambiente cercano. Los estudios de eficacia que se han realizado en el tratamiento de esquizofrénicos evidencian una disminución de los requerimientos de hospitalización y de medicación, además de mayor alivio sintomático (Seikkula & Olson, 2005; Seikkula et. al, 2006).

## CONSIDERACIONES

Las posturas parciales pero sobretodo rígidas han llevado a la psicología a disputas innecesarias. Reconocer e incluir la diversidad de enfoques y metodologías para el estudio de las personas enriquecerá a la psicología, a la psiquiatría y a la psicoterapia. La trascendencia requiere una integración interdisciplinaria e intercultural que posibilite la emergencia de nuevos “diálogos”.

La exploración fenomenológica de los desórdenes de la experiencia del *self* puede proveer un marco de referencia a la neuropsicología para comprender el rol de los déficits cognitivos que aparecen como característicos de la esquizofrenia. De hecho, durante las dos últimas décadas se ha visto un renacimiento internacional de la psicopatología fenomenológica, que ciertamente ha entablado un diálogo constructivo con neurología cognoscitiva (Fuchs, 2010b; Kaiser & Weisbrod, 2010).

Respecto a los futuros sistemas diagnósticos, la inclusión de la subjetividad e intersubjetividad resulta ciertamente indispensable. Las perspectivas fenomenológica y hermenéutica están volviendo a ser consideradas con especial relevancia en este contexto. Ambas perspectivas, en 1ª y en 2ª - persona, son necesarias para el enriquecimiento de la psicopatología imperante.

Por último, se ha de tener especial consideración hacia las aproximaciones

psicoterapéuticas que se centran en fomentar la autocomprensión de los pacientes y el establecimiento de una base comunicativa común del paciente y del terapeuta. Si la pérdida del “*common sense*” se plantea como la característica ontológica central de la esquizofrenia, entonces parece sensato afirmar que el proceso de apropiación de la comprensibilidad sería justamente en estos casos un aspecto esencial para superar la alienación.

---

*Tres temas principales serán considerados en este artículo: 1) el diagnóstico de la esquizofrenia, 2) las metodologías para el estudio de la esquizofrenia, y 3) la psicoterapia de la esquizofrenia. En primer lugar, con respecto a los futuros sistemas de diagnóstico, la inclusión de la subjetividad y la intersubjetividad son ciertamente imprescindibles para el enriquecimiento de la psicopatología. Las clasificaciones diagnósticas requieren revisión a la luz de aproximaciones que apunten a una mayor comprensión de la enfermedad y permitan explicar aspectos que permanecen confusos con respecto a la fiabilidad del diagnóstico de la esquizofrenia. En segundo lugar, las metodologías cualitativas para el estudio de la esquizofrenia y las psicosis parecen altamente adecuadas. Se trata de cuadros clínicos que no se han abordado suficientemente desde aproximaciones no-objetivantes, y por lo mismo existe una carencia significativa en la comprensión de estos fenómenos, más allá de su sintomatología aparente. Por esta razón, parece apropiado utilizar métodos que intentan caracterizar el propio mundo de los pacientes, tales como el método fenomenológico y el método autobiográfico. En tercer lugar, se ha de tener una consideración especial hacia los enfoques psicoterapéuticos de la esquizofrenia que se centran en fomentar en los pacientes la comprensión y el conocimiento de sí mismos, así como el establecimiento de una base comunicativa común entre el paciente y el terapeuta.*

Palabras Clave: *Diagnóstico. Psicopatología. Esquizofrenia. Psicoterapia.*

## Referencias bibliográficas

- BARBOUR, R. (2000). The role of qualitative research in broadening the “evidence base” for clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6, 2, 155-163.
- BARBOUR, R. & BARBOUR, M. (2003). Evaluating and synthesizing qualitative research: the need to develop a distinctive approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, 2, 179-186.
- BLANKENBURG, W. (2001). *First steps towards a psychopathology of “common sense”*. *Philosophy, Psychiatry and Psychology: PPP*, 8, 4, 303-315.
- BLANKENBURG, W. (2010). *La Pérdida de la Evidencia Natural. Una Contribución a la Psicopatología de las Esquizofrenias Oligo-Sintomáticas*. Traducción de Otto Dörr y Elvira Edwards. Santiago: Editorial de la Universidad Diego Portales (en prensa).
- CORNEJO, M., MENDOZA, F. & ROJAS, R., (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psykhé*, 17, 1, 29-39.
- CRESWELL, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions*. London: *SAGE publications*.
- DÖRR, O. (1997). *Psiquiatría Antropológica: Contribuciones a una Psiquiatría de Orientación Fenomenológico Antropológica* (2ª ed.). Santiago: Editorial Universitaria.

- DÖRR, O. (2000). *Existential and phenomenological approach to psychiatry*. In M.G. Gelder, J.J. López-Ibor Jr. and N.C. Andreasen (Ed.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 357-362). Oxford: Oxford University Press.
- DÖRR, O. (2002a). *Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante*. *Salud Mental*, 25, 4, 1-9.
- DÖRR, O. (2002b). *El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría [on line]*, 40, 4, 297-306.
- DÖRR, O. (2005a). *Fenomenología del amor y psicopatología*. *Salud Mental*, 28, 1, 1-9.
- DÖRR, O. (2005b, noviembre). *Fenomenología de la intersubjetividad y su aplicación a la comprensión de las psicosis endógenas*. Ponencia presentada en 60 Congreso de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Pucón, Chile.
- DÖRR, O. (2009). *Logopatías y timopatías: hacia una nueva conceptualización de las enfermedades endógenas en psiquiatría*. *Rev GPU*, 5, 1: 71-79.
- DÖRR, O. (2010). *Schizophrenia, language and evolution (or the schizophrenias as logopathies)*. *Actas Esp Psiquiatr*, 38, 1-7.
- FISHER, C. (2009). Bracketing in qualitative research: Conceptual and practical matters. *Psychotherapy Research*, 19, 4-5, 583-590.
- FRANCE, C.M. & UHLIN, B.D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 53-67.
- FUCHS, T. (2004). Neurobiology and Psychotherapy: An Emerging Dialogue. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 6, 479-485.
- FUCHS, T. (2005a). Delusional Mood and Delusional Perception. A Phenomenological Analysis. *Psychopathology*, 38, 133-139.
- FUCHS, T. (2005b). Corporealized and Disembodied Minds A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry and Psychology: PPP*, 12, 2, 96-107.
- FUCHS, T. (2007). The Temporal Structure of Intentionality and Its Disturbance in Schizophrenia. *Psychopathology*, 40, 229-235.
- FUCHS, T. (2008). Comment: Beyond Descriptive Phenomenology. En Kendler, K. & Parnas, J. (Ed.), *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (pp. 278-285). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- FUCHS, T. (2010a). Subjectivity and Intersubjectivity in Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology*, 43, 268-274.
- FUCHS, T. (2010b). Phenomenology and Psychopathology. En S. Gallagher, D. Schmicking (Ed.), *Handbook of phenomenology and the cognitive sciences* (pp. 547-573). Dordrecht: Springer
- GADAMER, H. G. (2001): *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- GALLESE, V. (2006). Mirror neurons and intentional attunement: A commentary on David Olds. *Journal American Psychoanalytic Association*, 54, 46-57.
- GALLESE, V. (2007). Commentary on "Toward a Neuroscience of Empathy: Integrating Affective and Cognitive Perspectives". *Neuro-Psychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, 9, 2, 146-151.
- GISSI J. (1992). Psicoterapia y contexto cultural. En R. Opazo (Ed.), *Integración en Psicoterapia* (pp. 357-365). Santiago: CECIDEP.
- GUIDANO, V.F. (1994). *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- GUIDANO, V. F. (1995, agosto). *Terapia Post-Racionalista de los Trastornos Psicóticos*. Ponencia presentada en la Casa Central de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- HOLMA, J. & AALTONEN, J. (1997). The sense of agency and the search for narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19, 463-477.
- HOLMA, J. & AALTONEN, J. (2004a). Narrative Understanding in Acute Psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 20, 3, 253-263.
- HOLMA, J. & AALTONEN, J. (2004b). The Experience of Time in Acute Psychosis and Schizophrenia. *Contemporary Family Therapy*, 20, 3, 265-276.
- HOLMA, J., & AALTONEN, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17, 307-316.
- IRARRÁZAVAL, L. (2003). Estado Psicótico Maniacal. Una Aproximación Post-racionalista. Tratamiento y Análisis de un Caso. *Revista de Psicoterapia*, 14, 56, 63-82.
- KAISER, S. & WEISBROD, M. (2010). Intentionality as a Link between the Neuropsychology and the Symptoms of Schizophrenia. *Psychopathology*, 40:221-228.

- KENDLER, K. (2008). Why Does Psychiatry Needs Philosophy? En Kendler, K. & Parnas, J. (Ed.), *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (pp. 312-324). Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- KOHLBACHER, F. (2006). *The Use of Qualitative Content Analysis in Case Study Research*. FQS Forum: Qualitative Social Research, 7, 1, Art. 21. Extraído el 15 de Marzo de 2009 del sitio Web <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/75/154>
- LARØI, F., DE HAAN, S., JONES, S., RABALLO, A. (2010). Auditory verbal hallucinations: Dialoguing between the cognitive sciences and phenomenology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 9, 2, 225-240.
- MEZZIC, J. (2004, septiembre). *The Complexity of Health and the Validity of Diagnosis*. Ponencia presentada en 7th International Conference on Philosophy, Psychiatry and Psychology: Time, Memory and History. Heidelberg University, Alemania.
- MEZZICH, J.E. (2006). Institutional consolidation and global impact: towards a psychiatry of the person. *World Psychiatry*, 5:65–66.
- MEZZICH, J.E. (2007). Psychiatry for the person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry*, 6:1–3.
- NAGEL, T. (1974). What is Like to Be a Bat?. *The Philosophical Review*, 83, 4, 435-450.
- PARNAS, J. & HANDEST, P. (2003). Phenomenology of Anomalous Self-Experience in Early Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 2, 121-134.
- PARNAS, J. & SASS, L. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin* 29, 3, 427-444.
- PARNAS, J. & SASS, L. (2008). Varieties of “Phenomenology”: On Description, Understanding and Explanation in Psychiatry. En Kendler, K. & Parnas, J. (Ed.), *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (pp. 239-278). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- PATTON, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2ª ed.). California: Sage publications.
- PELEGRINA, H. (2006). *Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología*. Madrid: Ediciones Polifemo.
- PFAMMATTER, M., JUNGHAN, U.M. & BRENNER, H.D. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbl030.
- RABALLO, A., SÆBYE, D. & PARNAS, J. (2009). Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbp056.
- RICOEUR, P. (1996). *El sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.
- RODER, V., MUELLER, D., MUESER, K.M. & BRENNER, H.D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbl021.
- SASS, L. (2001). Self and world in schizophrenia: three classic approaches. *Philosophy, Psychiatry and Psychology: PPP*, 8, 4, 251-358.
- SASS, L. (2000-2001). Creativity and the Schizophrenia Spectrum. *Creativity Research Journal*, 13, 1, 1-16.
- SEIKKULA, J. & OLSON, M. (2005). El Diálogo Abierto como Procedimiento de Trabajo en la Psicosis Aguda: Su “poética” y “micropolítica”. *Revista de Psicoterapia*, 16, 63/64, 135-154.
- SEIKKULA1, J., AALTONEN J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERÄNENM, J. & LEHTINEN, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case Studies. *Psychotherapy Research*, 16, 2, 214-228.
- SHARIM, D. (2005). La identidad de género en tiempos de cambio: Una aproximación desde los relatos de vida. *Psyche*, 14, 19-32.
- SCHWARTS, H. & JACOBS, J. (1996). *Sociología Cualitativa*. México: Editorial Trillas.
- SCHWARTZ, M., WIGGINS, O. & NORKO, M. (1995). Prototypes, Ideal Types, and Personality Disorders: The Return to Classical Phenomenology. Basis Issues and Alternative Perspectives. En Livesley, W. J. (Ed.), *The DSM-IV Personality Disorders* (417-431). New York: The Guilford Press.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2ª ed.). London: Sage Publications.



## **CENTRO DE PSICOTERAPIA**

### **Asesoramiento personal y de pareja**

#### **Problemas personales**

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

#### **Crisis de ansiedad**

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

#### **Problemas de pareja**

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

#### **Supervisión clínica**

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª  
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532  
626695512

[www.centroitaca.com](http://www.centroitaca.com)  
[centroitaca@gmail.com](mailto:centroitaca@gmail.com)

# EXPERIMENTO BREVE PARA MEDIR EL CAMBIO EMOCIONAL EN GRUPO DE DUELO

Marisa Magaña Loarte, Marta Villacieros Durbán,  
Carlos Bermejo Higuera y Rosa Carabias Maza  
Centro Humanización de la Salud Tres Cantos, Madrid  
investigación@humanizar.es

*An essential element at grief group workshops is emotional work since they constitute a privileged place for their expression and relieve. Objective: pilot study to gather possible emotional variation after a grief group session. Participants: 55 volunteers who attended a grief group workshop in the context of a Grief Workshop Day. It was performed a pre-experimental design with pre and post intervention measures, without control group and using a neutral face image as reference measurement. The results obtained suggest that attribution of emotions to a neutral image can be used in grief groups to measure distribution and emotional change.*

*Keywords: Experiment; Emotional Change; Group Psychotherapy; Grief*

---

## Introducción

Una de las aplicaciones prácticas de la Psicología Clínica y de la Salud, es la terapia de grupo dentro de la cual los grupos de duelo constituyen un lugar privilegiado para su elaboración ante el fallecimiento de un familiar o ser querido. Siguiendo el planteamiento propuesto por Worden (1997), la elaboración del duelo se puede realizar a través de 4 tareas; aceptar la realidad de la pérdida intelectual y emocionalmente (tarea I), trabajar las emociones y el dolor de la pérdida (tarea II), adaptarse a un medio en el que la persona está ausente (tarea III) y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo (tarea IV). Son tareas que ayudan a que la persona que ha sufrido la pérdida aprenda a abrirse a las emociones que experimenta y continuar avanzando.

Fruto de la experiencia en este enfoque sabemos de la importancia del trabajo con las emociones y fruto de nuestra investigación en grupos de duelo surge el ánimo por encontrar herramientas de medida que proporcionen datos de realidad a la funcionalidad del método, en una palabra, objetividad.

Aunque existe investigación sobre intervención de grupo y medidas de eficacia de los grupos, la mayoría de los estudios sobre duelo son descriptivos (Bermejo y Sánchez, 2007; Jarne, Bleda y Torres, 2005; Novellas y García, 2005) y los que son experimentales no son en duelo (Olivares y García-López, 2002; Sikkema, Hansen, Meade, Kochman y Lee, 2005).

Desde que Ekman y Friessen (1975) desarrollaran su trabajo con expresiones faciales, son múltiples los estudios que utilizan imágenes de rostros para medir la emoción. Ejemplos de ello son el procesamiento emocional de estímulos visuales, el reconocimiento y expresión facial en niños, la discriminación visual y el intercambio de sonrisas entre madre e hijo, o el reconocimiento de expresiones de miedo, ira y sorpresa (Carretié, Iglesias y García, 1997; Serrano, Iglesias y Loeches, 1992).

Por nuestra parte, teniendo en cuenta el mecanismo de la proyección, definido como la atribución de los propios deseos, actitudes y comportamiento a algo o alguien diferente de uno mismo (Dymond, 1949) y entendiendo que ese algo puede ser una imagen hipotetizamos que, ante una expresión facial neutra (sin expresión evidente) y la pregunta «¿qué crees que expresa?» cada persona atribuirá su propio sentir a esa imagen. Así, en este estudio piloto teniendo como objetivo la idea de medir los cambios emocionales que se dan durante el trabajo en grupo, nos planteamos el diseño de una herramienta para recoger la variación emocional que se da en una sesión de grupo. La herramienta fue una imagen neutra como base de la medida pre y postest.

## **Método**

Los participantes fueron 55 voluntarios que acudieron a un taller de grupos de duelo en el contexto de unas Jornadas de Duelo. Asistieron a las Jornadas 370 personas, y participaron en el experimento aquellos que eligieron el taller con título «Grupos de Duelo. Experiencia e investigación». El cupo de entrada al taller era de 30 personas que lo elegían al hacer la inscripción al inicio de las Jornadas. Todos los participantes eran adultos y de ambos sexos.

Diseño; se utilizó un diseño pre experimental con medidas pre y post intervención sin grupo control y utilizando una imagen facial neutra como base de la medida.

## **Instrumentos**

Se utilizó una imagen facial con expresión neutra proyectada sobre la pared junto con la pregunta ¿qué expresa? y durante 20 segundos. Las papeletas iniciales y finales para contestar a la pregunta contenían 6 líneas con las siguientes opciones a elegir y por este orden: ? esperanza/ ? alivio, liberación/ ? rabia, ira, impotencia/ ? pena, tristeza, soledad/? satisfacción, serenidad/? culpa, dolor/

Previamente, para seleccionar una imagen facial neutra se había consultado a

35 personas, (adultos, entre 30 y 45 años) vía correo electrónico. Para ello, se les enviaron dos imágenes correspondientes a dos rostros sin expresión o con expresión ambigua, junto con el listado de las 6 emociones básicas (miedo alegría, asco, tristeza, sorpresa ira) y se les pidió que eligieran, para cada imagen, una de las emociones básicas. Se seleccionó para el experimento la imagen que mayor variabilidad presentaba en las respuestas.

Procedimiento: Tanto el primer día como el segundo día de Jornadas se procedió de la misma forma; una vez en la sala y después de la presentación de las dos ponentes del taller se procedió a explicar que el taller consistiría en el desarrollo de un grupo de duelo con 5 voluntarios que se ofrecieran a participar en ese momento. Se solicitaron 5 voluntarios dispuestos a compartir una pérdida social o personal pero significativa.

Los 5 voluntarios se situaron junto a la psicóloga facilitadora del grupo mientras el resto de participantes permanecieron como observadores. Se les explicó entonces que en el taller se introduciría un pequeño experimento breve y, para no falsear los datos, que al final del taller se explicaría el desarrollo del mismo y los resultados.

Antes de comenzar el grupo de duelo se repartió a todos los participantes en el taller papeletas numeradas donde se indicaba en 6 líneas 6 tipos de sentimientos. Antes de comenzar el trabajo de grupo se les proyectó durante 20 segundos un rostro con expresión neutra y se les pidió que marcaran una de las líneas de sentimientos en la papeleta que se les había repartido, aquella línea que les pareciera lo que el rostro expresaba. Se recogieron las papeletas y se procedió al desarrollo del grupo de duelo. Se repitió la misma operación al finalizar el grupo de duelo. Papeletas y rostro eran las mismas tanto al principio como al final del experimento.

El desarrollo del trabajo de grupo de duelo se realizó situando a los voluntarios en la segunda tarea de duelo según Worden y se extendió durante 45 minutos en los que los 5 voluntarios pudieron expresar y compartir sus vivencias.

Antes de comenzar el experimento se pidió el consentimiento verbalmente a todos los participantes y al finalizar la segunda recogida de las papeletas se ofreció retirar su papeleta indicando el número a todo aquel que lo deseara. Al finalizar el grupo y el experimento se expusieron los resultados y se explicó en que había consistido el experimento.

Posteriormente se utilizó tanto estadística descriptiva para observar las frecuencias de elección de sentimientos inicial y final como la prueba T de Student para observar diferencias significativas entre muestras relacionadas.

## **Resultados**

Participaron en total 55 personas sumando los talleres de los dos días (26 el primer día y 29 el segundo día); se recogieron válidas 55 papeletas iniciales y 46 finales (ya que en el primer día se perdieron 3 y en el segundo día se perdieron 6).

Como se observa en la tabla 1, los dos días se pudo observar un incremento de elección de sentimientos positivos (esperanza, alivio/liberación, satisfacción/serenidad) y una disminución de los negativos (pena/tristeza/soledad, rabia/ira/impotencia) mientras que culpa/dolor permanece prácticamente igual de inicio a fin. En concreto, el día 1 resultó estadísticamente significativa (IC 95%) las diferencia de medias entre la pregunta inicial y final respecto a los sentimientos pena/tristeza/soledad que disminuyeron, (datos no mostrados). El día 2, aunque se observan las mismas diferencias de los porcentajes de elección en la respuesta de sentimientos inicial y final (Tabla 1), sin embargo la diferencia entre sus medias no fue en ningún caso estadísticamente significativa (datos no mostrados).

En cuanto al análisis estadístico de la muestra en su conjunto (n=55), como se observa en las tablas, resultó estadísticamente significativa (IC 95%) la diferencia de medias entre los sentimientos de esperanza inicial y final, entre la suma de sentimientos positivos inicial y final (que aumentó) y entre la suma de sentimientos negativos inicial y final (que disminuyó) (Tabla 2).

Así mismo, mientras que las medias de elección de sentimientos positivos y negativos en la pregunta inicial son muy similares (0.47 y 0.53) sí son diferentes bajo significación estadística las medias finales (Tabla 2).

## **Discusión**

Los resultados obtenidos sugieren que la atribución de emociones a una imagen neutra se puede utilizar en grupos de duelo para medir distribución y cambio emocional. En este experimento piloto, la herramienta de medida muestra, a grosso modo, la distribución de sentimientos de los participantes lo mismo que su variación, por lo que en principio creemos que podría ser utilizada para recoger este tipo de medida.

Los resultados muestran cómo se da una distribución de sentimientos inicial entre los participantes determinada, los cuales en su mayoría seleccionan pena/tristeza/soledad y se reparten entre sentimientos positivos y negativos a partes iguales y muestra además, distribuciones de cambio emocional entre pre y posttest; centrado en el descenso de la pena/tristeza/soledad y el incremento de la esperanza final.

Es importante resaltar que esta distribución inicial y patrón de cambio final en la elección de sentimientos se repite en los dos días en los que se realiza el experimento y con porcentajes de elección similares.

Respecto a la distribución inicial, la elección de pena/tristeza/soledad se da en un 46.2% el primer día y 44.8% el segundo día, la distribución de sentimientos de tipo positivo y negativo (Suma de Positivos y Negativos) se reparte al 50% (13 personas eligen cada tipo el primer día) y casi los mismos, 44.7% y 55.1% respectivamente (13 y 16 personas) eligen cada tipo el segundo día.

En lo referente a la variación emocional pre y post grupo de duelo, ambos días

SENTIMIENTO	DÍA 1		DÍA 2		MUESTRA TOTAL 2 DÍAS		
	Inicial (N=26) Recuento %	Final (n=23) Recuento %	Inicial (N=29) Recuento %	Final (N=23) Recuento %	INICIAL (n=55) Recuento	FINAL (n=46) Recuento	Media
Esperanza	5 19.2	9 39.1	7 24.1	10 43.5	12 .22	19 .41	
Alivio, liberación	2 7.7	3 13.0	3 10.3	3 13.0	5 .09	6 .13	
Satisfacción, serenidad	6 23.1	6 26.1	3 10.3	3 13.0	9 .16	9 .19	
Penas, tristeza, soledad	12 46.2	5 21.7	13 44.8	5 21.7	25 .45	10 .22	
Rabia, ira, impotencia	1 3.8	0 0	3 10.3	1 4.3	4 .07	1 .02	
Culpa, dolor	0 0	0 0	0 0	1 4.3	0 .00	1 .02	
Suma Positivos	13 50	18 78.2	13 44.7	16 69.5	26 .47	34 .74	
Suma Negativos	13 50	5 21.7	16 55.1	7 30.3	29 .53	12 .26	

**Tabla 1. Resultados del experimento realizado en los dos días de Taller de Duelo.**

Sombreado en gris se muestran las casillas cuyas diferencias de medias inicial-final son estadísticamente significativas (IC 95%)

Diferencias relacionadas entre medias							
Diferencias entre medias iniciales y finales	Media	Desv. típ.	Error típ.	95% IC para la diferencia		t	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior		
Esperanza	-.19565	.54240	.07997	-.35673	-.03458	-2.446	.018
Alivio, liberación	-.04348	.46935	.06920	-.18286	.09590	-.628	.533
Satisfacción, serenidad	-.04348	.41934	.06183	-.16801	.08105	-.703	.486
Pena, tristeza, soledad	.26087	.57483	.08475	.09016	.43157	3.078	.004
Rabia, ira, impotencia	.04348	.20618	.03040	-.01775	.10471	1.430	.160
Culpa, dolor	-.02174	.14744	.02174	-.06552	.02205	-1.000	.323
Suma Positivos	-.28261	.54418	.08024	-.44421	-.12101	-3.522	.001
Suma Negativos	.28261	.54418	.08024	.12101	.44421	3.522	.001
Iniciales							
Suma Positivos - Suma Negativos	-.05455	1.00771	.13588	-.32697	.21788	-.401	.690
Finales							
Suma Positivos - Suma Negativos	.47826	.88792	.13092	.21458	.74194	3.653	.001

**Tabla 2.** Diferencias entre medias de elección de sentimientos iniciales y finales contrastada mediante la Prueba T de Student para muestras relacionadas.

se da en la misma dirección; descenso de pena/tristeza/soledad del 24.5% el primer día y del 23.1% el segundo día e incremento en prácticamente la misma proporción la elección de esperanza que aumenta el primer día el 19.9% y el segundo día 19.4%, siendo además estos incrementos estadísticamente significativos en ambos casos.

## Conclusiones

Dada la escasez de este tipo de experimentos, estos resultados contribuyen con algo de objetividad a dos prácticas muy importantes dentro de la Psicología Clínica y de la Salud como son que los grupos de duelo son funcionales por lo menos en lo que se refiere al alivio de emociones negativas y que llegan a ser efectivos en una sola sesión y, que existe la posibilidad de crear una herramienta que recoja de manera sencilla los movimientos emocionales que se dan en un grupo.

Que los cambios emocionales sean indicadores de la elaboración del duelo o que sean simples contagios emocionales, que sean duraderos y permanezcan en el tiempo o que sean pasajeros son cuestiones importantes para el procedimiento y la elaboración del duelo, pero no restan validez a la herramienta. Más aún, el hecho de que los resultados se repliquen en dos días consecutivos indica por un lado que la herramienta puede estar recogiendo lo que realmente sucede a nivel emocional y que se puede cuantificar y por otro lado que lo que se da en un grupo de duelo, llamémosle liberación o cambio emocional, se repite.

Sin pretender ser más que un estudio piloto, orientativo, la limitación principal que encontramos es la falta de aleatoriedad en la selección de la muestra y por ello la falta de validez externa, ya que los participantes pertenecen a una población que selectivamente eligió acudir a un tipo de taller determinado en unas Jornadas de un carácter muy concreto.

---

*En los grupos de duelo uno de los factores fundamentales es el trabajo con las emociones ya que constituyen un lugar privilegiado para la expresión y el alivio de las mismas. Objetivo: estudio piloto para recoger la posible variación emocional tras una sesión de grupo de duelo. Método: participaron 55 voluntarios que asistieron a un taller de grupos de duelo en el contexto de unas Jornadas de Duelo. Se utilizó un diseño pre-experimental con medidas pre y post intervención sin grupo control y utilizando una imagen facial neutra como base de la medida. Los resultados obtenidos sugieren que la atribución de emociones a una imagen neutra se puede utilizar en grupos de duelo para medir distribución y cambio emocional.*

*Palabras clave: Experimento; Cambio emocional; Psicoterapia de grupo; duelo*

## Referencias bibliográficas

- Bermejo, J.C. y Sánchez, E. J. (2007). Grupos de ayuda mutua en el duelo: eficacia y perspectivas. *Mañe Medicina* 18 (2), 82-90
- Carretié, L., Iglesias, J., y García T. (1997). A study of the emotional processing of visual stimuli through event-related potentials. *Brain and Cognition* 34, 207-217.
- Dymond, R.F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology* 13 (2),127-33.
- Ekman, P., y Friesen, W. (1975). *Pictures of facial affect*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Jarne, A., García, A.M. y Torres, B. (2005). Asesoramiento grupal en duelo traumático. *Anales de psiquiatría* 21(5), 230-236.
- Novellas, A. y Bleda, M. (2005). Grupos de apoyo al proceso de duelo: 5 años de evolución. *Medicina Paliativa* 12 (1), 17-23.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema* 14 (2), 405-409.
- Serrano, J.M., Iglesias, J. y Loeches, A. (1992). Visual discrimination and recognition of facial expressions of anger, fear, and surprise in 4- to 6-month-old infants. *Developmental Psychobiology* 25, 411-425.
- Sikkema, K.J., Hansen, N.B., Meade, C.S., Kochman, A. y Lee, R.S. (2005). Improvements in health-related quality of life following a group intervention for coping with AIDS-bereavement among HIV-infected men and women. *Quality of Life Research* 14, 991-1005
- Worden, J.W. (1997). *El Tratamiento del Duelo*. Asesoramiento Psicológico y Terapia. Buenos Aires. Paidós.

# MUEREN LOS “ISMOS”, VUELVE LA PERSONA. ENTREVISTA A GIAMPIERO ARCIERO

David Trujillo Trujillo

Docente de IPRA; davidtrujillotrujillo@hotmail.com

Eduardo Cabrera Casimiro

Docente de IPRA; eduardo-cc@cop.es

Giampiero Arciero

Director de IPRA

*More than ten years after the disappearance of Vittorio Guidano, the post-rationalist model has continued to evolve. His intellectual legacy has meant a source of inspiration to create new developments. As one of its most current precursors Giampiero Arciero, we tried to conduct a historical review of the model and reveal the theoretical premises which underpin its new proposals.*

*The issues raised in this interview—that started in Santa Cruz de Tenerife and ended in Rome—draw on a comprehensive review of articles, courses and books of the interviewee but also the dialogue of other voices that have contributed to enrich the discussions reflected in this work.*

*Keywords: Post-rationalism, Phenomenology, Hermeneutics, Neuroscience, Psychotherapy, History of Psychology.*

---

## Introducción

Si tuviéramos que narrar los acontecimientos que han estado relacionados con el modelo post-racionalista en estos últimos tiempos se haría evidente que, transcurridos diez años de la desaparición de su fundador, el modelo sigue vivo. Este dinamismo cobrado no ha sido precisamente por contemplar la obra de Vittorio Guidano como un hito intelectual cuya grandeza consistiera en hacerla incuestionable con el paso de los años, sino por haber situado dicha obra en una dimensión temporal desde la que se ha podido divisar todos sus perfiles. Así es como cada uno de estos perfiles, inesperadamente inacabados, se han convertido en nueva materia de reflexión, de discusión y de interpretación que han empujado a seguir tallándolos.

los, incluso hasta el riesgo de verse transformados: desde la perspectiva cognitivista a la fenomenología hermenéutica, desde la teoría del apego a la construcción histórica e individual del dominio emotivo, desde las organizaciones de significado personal a los estilos de personalidad, desde el “qué” al “quién”, desde el modelo post-racionalista a la gestación aún de un nuevo nombre que nos acerque más a la Psicología.

Quizás pueda resultar sorprendente, hasta incluso llegar a la incredulidad, cuando se explicita los vertiginosos cambios a la que se ha visto sometida esta perspectiva psicoterapéutica. Sin embargo, si estamos en disposición de llevar a cabo una revisión más profunda de tales evoluciones, no sólo se verá que cada pasaje está sustentado de una profunda argumentación teórica, sino que además desvela ciertos rasgos de quien ha sido en estos años el máximo exponente de esta continua producción intelectual. Giampiero Arciero no ha hecho repetición del legado del ausente, sino quizás ha podido rendirle su mayor tributo escudriñando los perfiles de la obra de su cercano antecesor para generar una nueva materia.

Esta amplitud intelectual que su mirada alberga, también ha llevado al entrevistado en los últimos años a sacar a la Psicoterapia fuera de sí misma. En el encuentro con otras disciplinas no sólo se halla el reto de entender el lenguaje que hablan, sino además Arciero trata de configurar un sendero por el cual lleve a la Psicoterapia a dotarla de la máxima rigurosidad científica posible.

Todos estos cambios—generalmente divulgados primero oralmente por Arciero en sus cursos y fijados luego a través de sus escritos— lejos de permitir ser experimentados pasivamente por los entrevistadores, hemos tratado de vivirlos activamente pensándolos, interpretándolos, discutiéndolos. Esta entrevista supone el fiel reflejo de ello. En ella, además de intentar desvelar las premisas que están a la base de las nuevas propuestas planteadas en el modelo, también trata de abordar otras cuestiones más generales. Y si el principal promotor de esta transformación se condensa en la figura de Giampiero Arciero, también hemos aprovechado esta conversación para interpelarlo, y así intentar plasmar algunos retazos referidos a su propio itinerario intelectual.

Sólo nos queda agradecer que aunque esta entrevista ha sido llevada a cabo por dos entrevistadores y en dos ciudades del mundo —en Santa Cruz de Tenerife en noviembre de 2008 y en Roma en marzo de 2009— ha habido otras voces de otros colegas diseminadas por otras ciudades del mundo—Milán, Las Palmas, Barcelona, Santiago de Chile, Buenos Aires— que han ayudado a generar las diversas cuestiones que se plantean en este diálogo.

En la transcripción del diálogo utilizaremos las iniciales P(regunta) y R(espuesta) para referirnos a las intervenciones respectivas de los entrevistadores, David Trujillo y Eduardo Cabrera (P.), y del entrevistado, Giampiero Arciero (R.), respectivamente.

## Entrevista

**P.:** Han pasado más de cuatro años de la primera vez que tuve la ocasión de entrevistarle<sup>1</sup>. Es grato para mí volver a tener la oportunidad de hacerlo y poder así conversar sobre aquellos temas más interesantes que conciernen al movimiento post-racionalista. Recuerdo de aquel primer diálogo con usted que finalizó hablando del futuro y de sus proyectos. Dígame, ¿qué ha sido desde entonces?

**R.:** Han sucedido muchas cosas. He publicado un libro más y otro está en prensa y hemos llevado a cabo tres investigaciones científicas utilizando la resonancia magnética funcional, fruto de la colaboración con el grupo de Alessandro Bertolino de la Universidad de Bari. Contamos también con otras colaboraciones en la Universidad de Parma con el grupo de Vittorio Gallese y en Ginebra con Vuilleumier.

Pero sin duda, uno de los acontecimientos más importantes durante este periodo es el giro y la transformación del modelo de psicoterapia. Esta significativa evolución queda señalada en el grupo de ensayos de mi libro *Sulle tracce di sé*<sup>2</sup> (*Tras las huellas del sí mismo*), aunque he visto necesario a su vez escribir un nuevo libro para clarificar aún más lo disertado en aquella obra.

**P.:** Entre tales acontecimientos me gustaría comenzar haciendo alusión a este segundo libro, *Tras las huellas del sí mismo*. En su introducción, donde se encarga de aclarar tal sugerente título ¿expone un breve y condensado manifiesto al servicio del post-racionalismo sobre un nuevo modo de comprender a la persona?

**R.:** Seguramente. Como usted bien dice es un manifiesto que he articulado en el libro solamente como huellas, aunque mi nuevo libro *Selfhood, Identity and Personality Styles*<sup>3</sup> estará en la reflexión sobre esas huellas.

El manifiesto es sobre todo la definición más clara de la historia de la que soy heredero, en el sentido de que el Instituto que dirijo tiene una historia que comienza con Vittorio Guidano, en una dirección y un desarrollo del pensamiento psicológico vinculado al ámbito del cognitivismo internacional. La obra *Tras las huellas del sí mismo* y, desde luego, su introducción suponen un manifiesto porque plantea un cambio sustancial y discontinuo con relación a la historia del post-racionalismo. Así, se hace ostensible la diferencia fundamental que me separa de mi antecesor, donde, fruto de la reflexión filosófica y sobre todo de mis estudios sobre la fenomenología hermenéutica, abordé el problema del sí mismo conceptualmente de manera distinta.

Pero al mismo tiempo se mantiene una continuidad en la historia. Es decir, es innegable que todo lo que hizo Vittorio es parte de un pasado que pertenece a la fundación de un pensamiento psicológico y de reflexión psicoterapéutica que yo me

he encargado de seguir desarrollando.

**P.:** Habla de una herencia pero también de una transformación, ¿Podríamos decir que ésta es la diferencia fundamental, su raíz y formación fenomenológica con respecto al cognitivismo de Guidano?

**R.:** Eso es parte de la historia personal e intelectual entre Vittorio y yo, historia que por otra parte puede ser testimoniada por las personas que estuvieron en el *training* llevado a cabo en Roma en el año 1983. Coincidiendo con mi penúltimo año de medicina y con las prácticas de Psiquiatría que se debían hacer antes de llevar a cabo la especialización, se hablaba en aquella clínica de ámbito universitario de un hombre que, habiendo trabajado allí, había mostrado una perspectiva diferente sobre la enfermedad mental. Si se tiene en cuenta que la escuela universitaria se movía dentro de los parámetros clásicos de la Psiquiatría, por ese entonces el pensamiento constructivista disertado por aquel hombre que era Vittorio suponía toda una novedad. Este hecho junto al desarrollo de mi propio itinerario intelectual suscitó el interés por inscribirme en uno de sus cursos.

Así, estudiando yo por esa época la filosofía kantiana discutía con Vittorio esta visión que él asumía, sustentada por sus estudios primero de Popper, luego de Hayek y finalmente sobre la epistemología evolutiva. Pero al mismo tiempo que yo miraba la tradición epistemológica desde la perspectiva kantiana, que era una de las raíces filosóficas de Vittorio en la tradición de la filosofía de la ciencia y de la epistemología, reflexionaba sobre una visión diferente procedente de otra historia; aquella que pertenecía a mi historia personal antes de encontrarme con Vittorio. Fuera del ámbito de discurso del profesor que posteriormente fue mi amigo, me hallaba ya imbuido en la tradición fenomenológica, fundamentalmente en la hermenéutica.

**P.:** Una curiosidad, ¿Por qué la fenomenología hermenéutica en aquella época?

**R.:** Viene de muy lejos, desde mis años en el Liceo. Cuando tenía 15 años me encontré a un hombre excepcional que cambió mi vida e influyó decisivamente en la dirección que tomaría a partir de esa edad en mis estudios de Filosofía. Me refiero a un profesor que mostrándome su camino suscitó en mi curiosidad intelectual de manera profunda. Lo suficiente como para tocarme profundamente el alma con su intensidad de pensamiento y su intensidad para preguntarse. Él se movía en la tradición fenomenológica.

**P.:** Otra curiosidad, ¿A qué profesor se refiere?

**R.:** Al profesor de filosofía que cito en el tercer ensayo de *Tras las huellas del*

*sí mismo*, el profesor Pellechia que fue luego docente de la Pontificia Università Lateranense de Roma.

**P.:** Dr. Arciero, retomando la figura de Vittorio y toda la herencia que dejó me gustaría abordar ciertos aspectos, cuanto menos los más controvertidos o confusos y que se podrían prestar a diferentes interpretaciones.

Producto del diálogo con otros colegas formados en el modelo surge esta pregunta: ¿El sí mismo como sujeto, aquel “yo” que actuaba y experimentaba no equivale al sí mismo de las “huellas” que la narración hacía posible reconfigurarlas? ¿La experiencia inmediata del *Sí mismo en proceso*<sup>4</sup> o en *Procesos cognitivos y Desórdenes emocionales*<sup>5</sup> no tenía ya un significado en sí que en todo caso la reflexión se encargaba de desvelar?

**R.:** Dicen que es lo mismo porque no se llega a comprender bien las bases filosóficas y epistemológicas que subyacen a estos escritos. Vittorio lo escribe de manera muy clara y para comprenderlo se debe conocer, entre otros, a Kant, a Husserl y la integración de la visión husserliana en la teoría de los sistemas autoorganizados. Además de comprenderse bien la visión del sí mismo de William James.

Lo que yo articulo a partir de *Tras Huellas del Sí Mismo* hasta *Selfhood, Identity and Personality Styles* es la posición teórica y la discontinuidad más fundamental, que tiene una raíz filosófica y ontológica que nos diferencia.

Diré de nuevo: la manera de concebir el sí mismo es a partir de Kant, que tiene a su vez una historia previa con relación a Descartes hasta su fundación en la filosofía del *Timeo* de Platón. Pero para una mejor clarificación remito a las referencias filosóficas detalladas en *Selfhood, Identity and Personality Styles*.

El hecho importante es la diferencia en la concepción del sí mismo. Las tradiciones platónica, cartesiana y kantiana analizan el sí mismo utilizando parámetros que emergen, se producen y se derivan de la ontología de la cosa. Como resultado el sí mismo es considerado como una cosa y como tal se le aplica las categorías ontológicas que se le aplican a las cosas. Esta diferencia es fundamental, porque solamente si se aplica al sí mismo las medidas utilizadas para las cosas se puede decir que el sí mismo es un sistema, que es un objeto.

Sabemos bien, entonces, desde Kant y desde el desarrollo de la teoría de los sistemas, que esa manera de concebir a la persona pasa por una manera de conceptualizar el cerebro. No es casualidad que McCulloch, uno de los padres fundadores de las ciencias cognitivas tenga una visión del funcionamiento del SNC como una máquina lógica. Esta visión era la traducción matemática, operacional y tecnológica construida –subrayando esta palabra– a partir de un modelo de funcionamiento de la mente basado en el juicio sintético a priori. Luego, ésta va a ser la línea de pensamiento a través de la cual la influencia kantiana va a entrar de

lleno en el cognitivismo y, desde esta perspectiva, va a ser pensado el sí mismo.

Este tratamiento óptico del sí mismo derivado de la teoría de los sistemas cerrados será común también en la visión delineada por James que, junto a la teoría del apego formaban parte central del cuerpo teórico del modelo de Vittorio. Tal confluencia de teorías servía para explicar cómo el significado se estructuraba, al mismo tiempo que el sí mismo era concebido de una manera determinada. Es así como en el nombre de la persona misma se hablaba de Organización de Significado Personal: la manera de dar sentido a la experiencia era la organización misma.

Retomemos de nuevo a Kant cuando se preguntaba, ¿Cómo se organiza la multiplicidad del sí mismo? Pues a través del “yo pienso”, cuyo acto reflexivo supondrá la conexión misma de toda la multiplicidad del sí mismo. Exactamente como Vittorio decía, el único modo de sostener la experiencia y así generar significado era reflexionar sobre ella, que sin tal acto permanecía muda.

Pero más allá de intentar articular la perspectiva de Vittorio kantianamente, lo importante es decir que esta manera de organizar el significado implicaba una indistinción entre el sí mismo y la identidad. Este *ligero* intercambio de conceptos se hacía irremediable y evidente para Vittorio cuando afirmaba que la experiencia tenía un sentido a través de la explicación dada sobre ella.

Un apunte más. La visión del sí mismo esgrimida por el filósofo y psicólogo americano William James tenía como consecuencia, entre otros problemas, que el sentido del mundo era reducido a una modalidad de percibir-me. Es decir, siento miedo como consecuencia de un cambio corpóreo; como él mismo decía: “Qué tipo de emoción sería el miedo si el sentimiento estuviese presente sin los latidos rápidos del corazón ni la respiración superficial, ni el temblor de los labios ni la debilidad de las piernas, ni la carne de gallina, ni los movimientos de las vísceras; es bastante imposible pensarlo”<sup>6</sup>.

Por lo que toda manera de situarme y sentirme existe en el momento en que percibo el latido de mi corazón. Así, la manera de sentirme situado es reducida a la economía interna del organismo, desapareciendo el mundo con aquel acto. Esta modalidad de James de percibir el mundo reducido al sentido interoceptivo del cuerpo posteriormente será criticada, entre otros, por un pensador llamado Paul Griffiths, que estudia la filosofía tanto de la biología como de la psicología de las emociones.

**P.:** ¿Tiene algo que ver esto que comenta con la centralidad histórica dentro del movimiento post-racionalista que pareciera haberse dado a la organización de significado personal depresivo con respecto a las demás?

**R.:** Ciertamente, ¿es claro por qué? La organización depresiva y la modalidad de percibirse –para nosotros *inward*– corresponden exactamente a la modalidad centrada en el espacio interoceptivo de la que hablaba James.

**P.:** Con relación a este tratamiento del sí mismo como una cosa, ¿hay alguna relación entre el vértigo de que los psicoterapeutas post-racionalistas nos miráramos como O.S.P. (organización significado personal) –cuya historia personal era subsumida entre la circularidad experiencia-explicación y los temas ideo-afectivos– y que usted proclame en su libro que hay que atender a la experiencia en primera persona para su respeto pero también para una llamada a la responsabilidad de cada uno de nosotros<sup>7</sup>?

**R.:** Seguramente, pero hay diferentes aspectos en su pregunta. El primero, diré con Mounier que cuanto más típico menos personal.

En segundo lugar, el hecho de adquirir significado desde una organización y desde una estructura teórica pre-ordenada suele dar mucha seguridad a las personas; como la evidencia de quien tiene una guía diaria a través del horóscopo y que abordo en mi libro sobre las *Huellas*<sup>8</sup>. Pero aunque me oriente todos los días leyéndome desde el estilo que me gobierna o el horóscopo que delinea y vaticina mi destino no es óbice por ello eludir nuestra propia responsabilidad y tener que asumirlas. Tan legítimo es que las personas hagamos eso como lo es asumir nuestras elecciones sin el amparo justificativo de un sistema de referencia.

Por último, pienso sin embargo que este acto de hablar de mí refiriéndome a la organización es una manera más de no confrontarme con mi propia historia y con el hecho innegable de que la experiencia es mía. Recupero aquí un concepto fundamental y central del pensamiento de Heidegger del siglo pasado, la *Jemeingkeit*, señalando con ello la propiedad y la pertenencia de la experiencia a mí mismo. O aunque expresada de manera poco ortodoxa, este término señala la cualidad de la experiencia o del hecho de experimentar, donde tener una experiencia para mí es ya significar.

El cambio fundamental protagonizado por nosotros tiene que ver con este tema. El significado emerge por el hecho mismo de que estás viviendo y que estás en una situación y no como el resultado de un acto reflexivo. O sea, propio de la manera de vivir los humanos es la creación de significado a través de la experiencia misma; luego sobre este hecho fundamental se puede construir en todo caso la cognición, la reflexión, la narración... como el modo de reconocer su propia experiencia y de identificarse. Y es aquí donde emerge y entra el lenguaje, como posibilidad de com-participación de la experiencia que uno hace en una comunidad de personas que también tienen experiencias.

**P.:** Quisiera entender desde un punto de vista histórico cómo llega a un cambio de paradigma. Sitúo como un primer antecedente documental dos artículos suyos de 1989<sup>9</sup>. Siguiendo la analítica heideggeriana, usted lleva a una reflexión ontológica las enseñanzas éticas aristotélicas para luego apelar a una nueva cognición que emerge como un momento de mediación entre la pre-comprensión y una situación

concreta; ¿De dónde venía usted?

**R.:** En ambos artículos se reflexionaba sobre la praxis aristotélica, uno desde la perspectiva de Gadamer y el otro desde la de Heidegger, tratando de conjugar el constructivismo –sobre todo el de los sistemas auto-organizados– con la hermenéutica fenomenológica. Pero lo que no sospechaba por aquellos años es que quince años después llegaría a la conclusión de que tal empresa iba a ser imposible.

En la raíz de tal insostenible propósito se encontraban las ontologías diferentes en que se movían las dos perspectivas. El hecho de que el fundamento ontológico biológico de la escuela de Varela y Maturana conceptualizara al sí mismo como *ens creatum*, como una cosa, se alejaba verdaderamente de comprender bien qué significa ser sí mismo, la ipseidad. Tal comprensión, capaz de captar el sentido de la experiencia fáctica del hombre que hace y que sufre necesitaba de una perspectiva diferente que se planteara como tema central el problema de la primera persona. Esta confusión, en la cual Vittorio también se vio siempre inmerso a lo largo de todo su discurso, fue definitivamente aclarada con mi segundo libro.

**P.:** ¿Hubo algo en concreto que le ayudó a dilucidar la imposibilidad de tal conjugación?

**R.:** La experiencia concreta con los seres humanos a través de la terapia. Nuestro trabajo no deja de ser un pequeño laboratorio en el cual investigamos la experiencia ajena, como también invita siempre a indagar sobre la experiencia de uno mismo. Y en esta atención sobre la experiencia de los demás y de la propia para su intervención, una incomodidad creciente y sentida en la utilización del modelo anterior de psicoterapia fue advirtiéndome de que algo no marchaba bien.

Pero la gestación de esta idea estaba circunscrita en un contexto cultural que ayudó a florecerla. A diferencia de aquel año 89 donde recuerdo haber expuesto un artículo en la Reunión anual de la Academia Americana de la Ciencia (AAAC), en un lenguaje fenomenológico fuera del contexto científico de aquella época, a finales de la década de los noventa la comunidad científica sí estaba dispuesta a acoger los planteamientos fenomenológicos sobre la concepción del sí mismo. El hecho de que diferentes disciplinas pusieran sobre el escenario el tema de la primera persona –incluso paradójicamente desde las Neurociencias– contribuyó indudablemente a que se abordara también desde la perspectiva psicoterapéutica. A pesar no obstante, de no afrontar directamente la cuestión de la primera, sino desde la segunda persona.

En resumen, ambas evoluciones, por un lado la personal y profesional en el ámbito de la Psicoterapia, y por otro la cultural –siendo un punto de referencia fundamental los estudios heideggerianos de los primeros años– han sido decisivas para llegar a la conclusión sobre la incompatibilidad de las dos perspectivas.

**P.:** También, desde las erudiciones de la antigua filosofía práctica<sup>10</sup>, señala la importancia que debiera tener para la psicología que se planteara el problema del significado<sup>11</sup>. A la pregunta de “por qué Mary coge la taza”<sup>12</sup>, ¿se podía extraer ya una primera respuesta a través de las anotaciones de aquellos artículos?

**R.:** Sí, seguramente ya se señalaba. Pero en aquellos años sin duda ya hay anotaciones evidentes de aquella pregunta gracias también a los frecuentes encuentros intelectuales con Guidano. Corrían los años 88 y 89, y recuerdo en aquellos paseos por las calles de Nueva York a un Vittorio que venía de ser conductista y prestaba una especial atención a la epistemología evolutiva, tema que estaba sujeto a posibles confrontaciones porque para mí había sido siempre... ¿Sabe?, Yo soy médico, pero un médico del alma que, a pesar de no dejar de prestar atención a la historia natural, también andaba por aquellos años en un momento de cambio importante. Junto a las reflexiones de Vittorio sobre la historia natural y la acción, me hallaba fascinado en aquella época por los temas de la intersubjetividad y la historicidad disertados en *Verdad y Método*. Esta obra de Gadamer supuso una especie de continuación de los cinco años de estudio previos sobre Heidegger y el problema del sí mismo. Además, junto al conocimiento del filósofo de la conciencia histórica y urbanizador del pensamiento heideggeriano, en mi estancia en Berkeley tuve la oportunidad de compartir con los filósofos que asistían a los seminarios de Dreyfus sobre *Ser y Tiempo*.

Tales circunstancias –las reflexiones junto a Vittorio, mi formación filosófica y la estancia en California– fueron razones de peso para un periodo de cambio. También reflejado en las ideas plasmadas en aquellos artículos, donde se podría decir que se anuncian temas fundamentales que se dirigían a comprender la acción del otro. Pero en realidad fueron artículos que significaron un primer intento de situarme con una vasta literatura donde a pesar de proporcionarme una primera dirección sobre determinados temas, unos han evolucionado y otros han cambiado.

**P.:** Siguiendo las consecuencias epistemológicas que se derivan del círculo hermenéutico entre comprensión e interpretación, cinco años más tarde comparte con el filósofo la función mediadora de la conversación<sup>13</sup>. ¿Qué le lleva a introducir el concepto de identidad narrativa –noción desarrollada por Ricoeur<sup>14</sup>– teniendo en cuenta que en *El sí mismo en proceso* tal referencia intelectual no consta?

**R.:** Como hice referencia antes, llego hasta ahí porque aunque compartiera una misma dirección con Vittorio, no significaba que ambos tuviéramos el mismo punto de vista y que yo no tuviera también otra dirección.

Me encontré con él, pero también a otros personajes que cimentaron mi curiosidad intelectual sobre determinados temas. Estando en Santa Bárbara con Mike Mahoney, conocí a un hombre con una inteligencia muy singular, Oscar

Gonçalves. Además de nacer ahí una afectuosa amistad de dos europeos que se encuentran en EEUU, él se hallaba centrado sobre la narrativa, que era el tema por antonomasia ligado a la hermenéutica. Pero la posición teórica que él defendía era próxima a la que posteriormente formaría parte del narrativismo –o sea, una primacía de la narración– y fue precisamente esto lo que me estimuló a explorar y profundizar en la narrativa.

Es ahí cómo habiendo conocido a Ricoeur desde la hermenéutica gadameriana, mi interés en profundizar en la narrativa producto de aquel encuentro me lleva a estudiar al autor francés desde sus propios escritos. Entre su amplio legado intelectual, hallo publicaciones sobre la narración, eso sí desde un punto de vista absolutamente filosófico, veinte años antes de que aquel tema emergiera en la psicología. Y lo que para mí fue más relevante, con él descubro desde la tradición fenomenológica hermenéutica una modalidad de fundar la teoría narrativa de una manera diferente de la psicología narrativista.

Más tarde, cuando Vittorio se hace eco de la narrativa para la Psicología con el florecimiento que tiene lugar en Europa a través de la figura de Jeromme Brunner, continuaba yo sobre los pasos del filósofo galo retomando nociones tales como identidad narrativa. En el intercambio intelectual entre dos amigos, Vittorio supo aprehender y comenzar a hablar en sus clases sobre un tema en el que yo desde hacía algún tiempo me hallaba sumergido: la narración como reconfiguración de la historia del sí mismo.

**P.:** Pero este tema de la narración inicialmente desde nuestro modelo se abordaba desde un punto de vista del hombre de la modernidad, es decir, explicando la permanencia desde la polaridad de la mismidad...

**R.:** Para Vittorio. Significaba que la historia se traducía en una explicación y utilizaba la visión narrativa para explicar la experiencia inmediata.

**P.:** Siguiendo con las actividades compartidas, una de las últimas entre Vittorio y usted fue escribir el artículo *Experiencia, Explicación y Búsqueda de Coherencia*<sup>15</sup>. Teniendo en cuenta que todo escrito elaborado por más de un autor puede estar sujeto al interrogante sobre la autoría de las ideas fijadas y que ambos procedían de dos orientaciones teóricas diversas al publicarlo, ¿quién contribuye a qué en este artículo?

**R.:** El artículo formaba parte de un libro de Neimeyer a través del cual quería mostrar diferentes temáticas cognitivas. Él pertenecía a la corriente construccionista haciendo interesantes aportaciones en esa línea, y escribió a Vittorio para plantearle la redacción de un artículo conmigo. En relación a diferentes temas que él nos proponía, intentamos el proyecto organizando y tratando de buscar un punto en

común.

Finalmente, el artículo lo escribo yo pero hay aspectos que son negociados. Si por un lado se reflejan temas concernientes a la psicología cognitiva, por otro se introducen en el seno de ella nuevos conceptos a través de un lenguaje contundente pero suficientemente mediador como para poder dialogar con aquella disciplina.

**P.:** Entre el cognitivismo y la hermenéutica, entre el encuentro y la separación, ¿Hacia dónde cree que se hubiera decantado la balanza después de aquel último artículo? ¿Significaría un punto de unión intelectual entre Vittorio y usted, o el inicio de un futuro desencuentro?

**R.:** Yo creo que lo primero. Mi amistad con Vittorio no era una servidumbre y era fuerte..., porque era parte de la vida de cada uno de nosotros. Para mí es la única respuesta posible y hubiera sido de esta manera..., y me gusta pensarla así.

**P.:** Posteriormente se publica su primer libro *Estudios y diálogos sobre la identidad personal*<sup>16</sup>. Con sus aportaciones de la escuela fenomenológica-hermenéutica aborda el problema de la identidad personal a través de la identidad narrativa, ¿Qué significado le da en la actualidad a esta obra, teniendo en cuenta que era la ampliación de las ideas principales esbozadas en su anterior artículo<sup>17</sup>, y que luego se va a exponer una nueva propuesta a la hora de comprender la identidad personal?

**R.:** Antes de la muerte de Vittorio, llevaba escrito de ese libro hasta el capítulo sobre el Desarrollo; después de ese episodio su elaboración se aceleró muchísimo. Y hubiera seguido los diálogos con él... En ese entonces mientras escribía el libro, leí las lecciones impartidas en su último año que se me hizo llegar Nicoletta Gentile.

Vittorio y yo nos veíamos dos o tres veces por semana y hablábamos por teléfono casi todos los días. Era una relación muy fuerte, y cuando él muere yo siento todo sobre mis espaldas, porque ese diálogo con él ya no iba a existir más. Ante la desaparición de él y su voz, tengo que continuar los cursos que había dejado. Entre mis escritos y sus lecciones en mano, yo continúo hablando con aquel hombre durante dos años después de su muerte. ¡Era parte integrante de mi familiaridad!

**P.:** Nosotros fuimos testigos también de aquella experiencia suya...

**R.:** Cierto. Y el libro “Estudios y diálogos...” fue el final de ese diálogo.

**P.:** Finalmente en sus cursos<sup>18</sup>, y antes de la aparición de su último libro, ya anunciaba abordar el problema de la identidad a través del sí mismo ante-predicativo, el ser-en-el-mundo heideggeriano, ¿cómo llega hasta ahí?

**R.:** El aspecto fundamental de este pasaje –entre el final de los *Diálogos* y el de la *Huellas*– sería el tema del cuerpo en relación a cómo uno vive la experiencia, convirtiéndose para mí en tema continuo de reflexión. Desde esta perspectiva y la corporeidad encuentro e integro a autores como Ricoeur, Merleau Ponty y Heidegger con el problema de la ipseidad.

Sin embargo, parte de las primeras reflexiones sobre el tema del cuerpo se las debo a Mike Mahoney cuando trabajaba con él en California. Mike era psicólogo del equipo olímpico de halterofilia y campeón del mundo de levantamiento de peso en la categoría de su edad; de hecho, antes de morir obtuvo un segundo puesto. En aquella etapa americana le llegué a escuchar conferencias bellísimas sobre psicología del deporte que, con una intuición absoluta, abordaba el problema del centro del cuerpo como una manera de estar situado. Junto a las contribuciones inestimables de aquel amigo, mi interés por el tema de la corporeidad me lleva a estudiar a Merleau Ponty, para luego continuar las reflexiones sobre el cuerpo y las emociones con Heidegger y Ricoeur.

De hecho recuerdo haber escrito por esa época el capítulo de un libro donde buscaba semejanzas o diferencias entre el modelo de los sistemas cerrados y Merleau-Ponty. Argumentando que estaba escrito con un lenguaje demasiado biologicista y técnico, me lo rechazaron.<sup>19</sup>

**P.:** Pero sus libros suelen estar sustentados por las voces de grandes pensadores, los pone en juego y logra sacar una idea: sobre el modo personal de emocionarnos, sobre el inconsciente... Sobre el cambio de una orientación cognitiva a una fenomenológica-hermenéutica para la psicoterapia, ¿Qué referencias documentales y autores ha conjugado para tal aportación?

**R.:** Es una pregunta muy difícil, pero si tengo que referirme a determinadas referencias bibliográficas diré que *Ser y Tiempo, Verdad y Método, y Sí mismo como otro*.

**P.:** Tomando también distancia crítica con el concepto de “sistemas auto-organizados”<sup>20</sup>, usted niega que tal noción establezca alguna diferencia para comprender el comportamiento entre “una ameba y Einstein”<sup>21</sup> o entre “un corte de digestión y un pensamiento poético”<sup>22</sup>. ¿Por qué en la búsqueda de resolver el problema de la identidad a través de la continuidad del sistema afirma que se pierde tener en cuenta el *quién* tiene la experiencia?

**R.:** Porque si se va a observar al sí mismo como una cosa, el problema va a ser el mantenimiento de su organización en el tiempo. Entonces, cada alteración o perturbación de la organización debe ser reabsorbida por el propio sistema para mantener su continuidad, sentido final de cada significado. Por eso afirmo que en

la aplicación de las mismas categorías de la cosa a la persona se obvia que ésta se caracteriza fundamentalmente por los modos de ser, diluyéndose la posibilidad de comprender quién es la persona.

Que la persona tenga una propia manera de ser es lo que caracteriza a la ontología de la persona. Cada uno de nosotros es en cada momento sí mismo, es exactamente esa la manera de ser, el quién de la persona. A esto nos referimos con ipseidad. Y esta manera de ser que inextricablemente lleva adelante un mundo—para quien pretende ocuparse de la experiencia humana— no puede ser reducible al funcionamiento interno de un sistema.

**P.:** Sin embargo, aunque en sus primeros trabajos<sup>23</sup> hereda el término de “organización de significado personal”<sup>24</sup>, ¿por qué en su primer libro “estilo de personalidad” seguido de “tendente a...”?

**R.:** Porque de esa manera quería también reafirmar el primado de la Psicología. A través del uso de una palabra perteneciente a esta disciplina, como era el término “personalidad” y no el de “organización”, nos alineábamos con la psicología, la psiquiatría, la teoría de la personalidad y la teoría de los sistemas.

Por ejemplo, a través de esta nueva nomenclatura para el modelo, en el libro *Selfhood, Identity and Personality Styles* discuto—desde el punto de vista de los sistemas complejos— con la teoría de la personalidad de Cloninger que está a la base del DSM-IV. De esta manera hacía efectivo mi interés de abrir un diálogo con la Psiquiatría.

Por otro lado, esta manera más psicológica y menos biológica de referirme a determinados conceptos sustituyendo en este caso “organización” por “estilo” era un intento de evitar cualquier visión de carácter determinista. Más allá de pensar en una O.S.P. determinada desde el apego, aposté por la salida de tal clausura del sistema partiendo desde el ser que somos y sus posibilidades de transformación.

**P.:** Pero, ¿por qué la utilización del modelo de personalidad de Cloninger y no otros?

**R.:** Porque es un modelo que conozco bien, incluso desde el contexto cultural que emerge. Cloninger indaga desde una perspectiva de los sistemas complejos cómo construir la personalidad de acuerdo con la biología, la genética, la organización del S.N.C. y de los neurotransmisores. Esta visión procede de la misma tradición de Warren McCulloch del 43, vinculada a la perspectiva del conexionismo y los sistemas abiertos, teniendo también este modelo representación en la psicología del desarrollo con Marc Lewis.

Utilizar este preciso y elegante modelo de Cloninger, construido desde mi punto de vista con una inteligencia exquisita, me permitía dialogar y discutir con los

psiquiatras que asumen esta visión. Es decir, sobre cómo ellos conciben la personalidad y, por consiguiente, qué perspectiva tienen de la persona.

**P.:** En aquel libro, en continuidad con documentos precedentes, el estilo de personalidad era la continuidad con la organización de apego<sup>25</sup>, estructurada ésta a través de uno o dos vínculos<sup>26</sup>. Sin embargo, en su último libro aclara<sup>27</sup>, y luego reitera entre paréntesis<sup>28</sup>, la importancia de pluralidad de los vínculos en las configuraciones emocionales de la personalidad. En su búsqueda por comprender la manera singular que cada uno tiene de emocionarse, ¿Se hace imprescindible para tal empresa atender a aquellas figuras significativas en la historia de una persona, desde la “niñera” hasta un “tutor afectivo”<sup>29</sup>?

**R.:** Si se piensa que son figuras que pueden permanecer en la vida del niño hasta más de ocho horas diarias, cómo no va a ser fundamental tenerlas en cuenta. Sería ver al niño no sólo con relación a los padres, sino también con relación a la niñera, a los amigos del colegio, a los abuelos, etc. como figuras significativas capaces de funcionar como reguladores e influyentes en el dominio emotivo del niño.

Esta ampliación del mundo y de la alteridad del niño proporciona una visión más integrada de su desarrollo emocional. He aquí, por ejemplo, que todo el tema de la educación se hace imprescindible, porque desde el vínculo del alumno con el profesor o con un “tutor afectivo” pueden ayudarlo a dar forma a su estructuración emocional. Todos los contextos y los vínculos afectivos con los que se desenvuelve el niño suponen potencialmente ambientes para el equilibrio y la armonización de su repertorio emocional y para el descubrimiento de sí mismo.

**P.:** Inicialmente se describían fundamentalmente cuatro O.S.P. básicas, advirtiéndose que pudieran no llegar a la decena<sup>30</sup>. Luego tal ampliación se hizo efectiva a través de las combinaciones posibles de las O.S.P., en correspondencia con la significatividad de una o dos figuras de apego<sup>31</sup>. Si los estilos de personalidad son la derivación óptica de la dialéctica entre el flujo unitario de Sí mismo y la Alteridad, como se ha disertado estos últimos cuatro años ¿a qué se debe para que se cuantifiquen en un número de cinco categorías<sup>32</sup>?

**R.:** Si el tema principal es el fenómeno que tenemos que comprender vamos a hablar de categorías como ideales-tipo, noción que retomo de Max Weber. Este término hace referencia a todos los posibles casos que puedan comprenderse bajo una categoría, aunque por ésta se entienda un tipo ideal que no existe como realidad.

Desde un punto de vista de los estilos de personalidad tenemos entonces que construir los suficientes estilos –ideales tipos sobre la normalidad– como para poder englobar y comprender la fenomenología psicopatológica. Es decir, si la primacía

debe ser puesta sobre la fenomenología psicopatológica que el paciente presente, tal experiencia debe correlacionar con uno de los ideales tipos construidos. Por ejemplo, el estilo que tiende al trastorno alimentario puede explicar—desde el perfil psicopatológico— la anorexia, la bulimia, el *binge eating* (trastorno por atracón), la dismorfofobia (trastorno dismórfico corporal), el uso de esteroides, etc. Es como de esta manera se hace viable crear una continuidad entre una posible psicopatología neurótica con una posible psicología de la personalidad.

Si se recuerda, las categorías construidas por Vittorio estaban en relación a las figuras de apego que habían determinado una modalidad de estructurar la O.S.P. Sin embargo, nosotros vamos a referirnos a estilo de personalidad no justificándolo a través de la teoría del apego, sino a cómo la persona se sitúa emotivamente en el mundo. Con relación a esta inclinación emocional en la historia de una persona vamos a releer toda la psicopatología, relacionándola a su vez con las categorías psiquiátricas del DSM-IV.

En base a cómo las personas nos situamos emotivamente en el mundo y a la fenomenología neurótica recogida hasta el momento por ahora podemos cuantificar cinco estilos de personalidad. Esta perentoria afirmación, lejos de corresponder a un movimiento anticientífico, trata de ceñirse a la seriedad que supone respetar la experiencia misma del paciente, en una relación continua entre la práctica psicoterapéutica y la teoría que la sustenta. En base a tal riguroso gesto, dos razones fundamentales obligan a no fijar definitivamente el número de estilos de personalidad. En primer lugar, tales ideales tipos no son exhaustivos del continuo *inward-outward*, sino son solamente puntos entre ambas polaridades. Lo cual significa, en segundo lugar, que pudiera ser necesario diseñar un nuevo ideal tipo para poder aprehender otras patologías, que dependerá de los nuevos fenómenos psicopatológicos que en un futuro pudieran aparecer.

**P.:** De los estilos de personalidad usted también comenta que son “lo impersonal de lo personal”<sup>33</sup> o que son “sólo herramientas para la terapia”<sup>34</sup>, ¿Qué quiere usted decir con tales afirmaciones?

**R.:** Quiero decir que en el momento mismo en el cual se va a percibir a una persona desde los *patterns*, se va a perder el quién de esa persona. De este modo, desde un mismo *pattern*, por ejemplo desde un estilo fóbico, se puede hablar de la misma manera de Luís, de Juan o de José sin tener en cuenta para ello la singularidad de las historias de cada uno de ellos. Por eso afirmo que cuanto más impersonal es la comprensión del paciente más se pierde el paciente como persona.

**P.:** Cuando propone las polaridades *inward-outward* como modos de constitución emocional del Sí Mismo, usted vuelve a servirse de la hermenéutica ontológica para recuperar nociones fenomenológicas tales como intencionalidad,

alteridad, significatividad y situacionalidad emotiva. Pero, ¿tiene algo que aportar la psicología constructivista a la corriente fenomenológica-hermenéutica y a la filosofía en general?

**R.:** Es una pregunta importante. Por un lado, la psicología es una ciencia cuyo objeto central de estudio es la psique del hombre y cómo ésta se articula; o lo que es lo mismo, cómo el sí mismo toma forma en cada una de las personas. Y si nos disponemos a abordar esta tarea, sobre quién es el ser del sí mismo, no nos queda otra opción sino referirnos a la historia real de la persona, la de carne y hueso.

Es por esta razón que defiendo, desde una perspectiva post-racionalista, una psicología personológica: una psicología del sí mismo que atienda al mundo de sentido que cada persona tiene en su devenir histórico, donde la psique no puede ser separada de su constitución corpórea.

En mi opinión esta temática, es decir el estudio de la persona –no como concepto abstracto sino en su singularidad, en su ser encarnado y en su historicidad– debiera ser la meta que toda psicología tiene que plantearse. También para aquella psicología de la percepción, de la emoción, de la cognición..., donde tales nociones no debieran estudiarse como hechos abstractos, sino en la facticidad que supondría indagarlos en cada persona de carne y hueso. Por ejemplo, hablar de la emoción como esencia supondría primero partir de análisis individuales sobre la manera en que cada persona singular se emociona, desarrollando a partir de ahí un dominio de estudio de la psicología de la emoción como ideal tipo.

Por otro lado, el problema fundamental de la filosofía es construir y sostener conceptos generales, y para ello no puede detenerse en lo particular. Lo singular tiene que ser comprendido como fundamentación de lo general. Claro que los filósofos hablan de la historia de la persona como única, pero la abordan planteándose a la persona como esencia o desde un punto de vista ético. Pero, ¿se plantean realmente la unicidad de Pablo, de Juan, de la de usted, de la él, de la mía...?

Por ser una demanda que todo psicólogo en su trabajo tiene que plantearse, el filósofo pudiera hacerse eco también de ella. Son muchas las ocasiones que la filosofía habla del hombre sin el hombre. Y es aquí donde pienso que una psicología que tenga como centro a la persona en su singularidad pudiera tener un efecto favorable para la filosofía, de humanizarse algo más. Se diserta filosóficamente de la persona sobre su esencia, sobre su respeto, sobre su unicidad, etc., pero esa persona se encuentra a distancia de la vida de cada uno de nosotros. En su aportación, la psicología podría contribuir a que la filosofía reduzca tal separación, concretizándose e impactando en la persona con nombre y apellido. Pero tal contribución se puede hacer extensiva también para aquellas ciencias de la tercera persona, como las neurociencias y la biología. Con la apertura de tales disciplinas hacia una ciencia psicológica de la primera persona surgiría un nuevo diálogo e inéditas preguntas.

**P.:** Pero esa psicología de la emoción, de la percepción, de la cognición, que usted antes proponía, ¿en qué se diferencia de la psicología fenomenológica?

**R.:** La psicología fenomenológica aferra la esencia a través de un proceso reflexivo sobre ella. Aquel acto eidético husserliano por el cual a través de un proceso reflexivo sobre la experiencia como esencia se intenta captar lo común de todas las personas en distintos actos, como por ejemplo cuando se emocionan.

Dado que dicho acto reflexivo conlleva la merma de la propia experiencia vivida, nosotros intentamos evitar dicha pérdida a través de un proceso diferente. Éste consiste en poner como centro de investigación la experiencia real de cada persona. A través de ir a la propia experiencia –en su situacionalidad, en su ser-ahí– se configura la esencia como ideales tipos que, pareciendo corresponderse con lo eidético, aquellos tienen una base más empírica.

Esta diferencia no sólo sucede con la psicología fenomenológica sino también con la manera en que se llevan a cabo los análisis factoriales. En este proceso la experiencia vivida va a ser reducida a una estructura matemática, dando contenido numérico a los conceptos a priori planteados por el investigador. Esta manera de analizar al ser humano plegándolo a la luz del concepto va a dinamitar la posibilidad de estudiarlo en su experiencia real. Este hecho sucede, por ejemplo, cuando vamos a investigar la autoestima como si fuera una sustancia en sí misma y medible a través de una cinta métrica. Como si fuera un *a priori*, se define el concepto como la evaluación de uno mismo o el convencimiento del propio valor personal, y se medirá en relación a la manera en que se ha inventado y descrito, independientemente de que tal definición tenga o no que ver con la persona. El mismo ejemplo puede servir para cualquier trastorno, donde en base a unas indicaciones que el terapeuta tiene en su cabeza le permite diagnosticarlo.

Este procedimiento se aleja de construir tales nociones a partir de la experiencia vivida e íntegra del paciente. De lo contrario, significaría que se intentaría comprender la manera en que cada uno tiene de evaluarse a sí mismo, estableciendo diferencias cualitativas entre la autoestima de ese paciente, de usted, la de él o la mía. Después de haber contemplado la autoestima dentro del mundo y del sentido de cada cual y registrado las diferencias que nos separan, se podrá referir a la autoestima como ideales tipo. De esta manera se puede desarrollar investigaciones correlacionando los ideales tipo de la autoestima con determinadas áreas cerebrales, evaluando en concreto si hay un sustrato determinado que se activa en función de la modalidad de percibir y evaluar la experiencia.

**P.:** Siguiendo con el continuo *inward-outward*, usted se opone a todo intento de cualquier teoría biológica o ecológica sobre las emociones que lleve a homogeneizar la experiencia emocional de quien la vive<sup>35</sup>. ¿Para los terapeutas significa que hay que tener en cuenta pasiones corporales que a veces no atienden a razones<sup>36</sup>

como dejar de torturar a los pacientes hetero-dirigidos<sup>37</sup> para que sientan visceralmente las emociones básicas<sup>38</sup>?

**R.:** Para la intervención en los extremos de ambas polaridades hay que tener en cuenta primero que la manera de estar situados en el mundo y cómo este cobra sentido es anterior a toda razón. La posibilidad de comprenderse, de soportarse y de narrar la experiencia vivida para construir una identidad posible es posterior a una determinada inclinación e intensidad emocional en nuestro encuentro inseparable con el mundo; génesis de nuestro sentido antes de ser pensado.

En la polaridad *outward*, antes de la razón se encuentra un ser-en-el-mundo que se siente situado a través de la co-percepción del otro. Esta inclinación estructural en la cual la alteridad es constitutiva del sí mismo debe tener unas consecuencias directas sobre la Psicoterapia. La primera, tal percepción de sí mismo contemporánea a la focalización de los otros, no se puede cambiar como acto terapéutico. La segunda, si se piensa que constitutivamente esta polaridad está conformada por una serie de emociones no básicas –denominadas anteriormente cognitivas– que se incluyen también dentro del rango de las emociones biológicas, se debe reflexionar bien si cabe ese empeño por parte del terapeuta para que sus pacientes sientan interoceptivamente determinadas emociones.

En la polaridad *inward*, antes de razonar se encuentra un ser-en-el-mundo cuya percepción de sí mismo corresponde a una focalización centrada más sobre su cuerpo. A partir de este profundo e inmediato conocimiento del espacio interoceptivo, de esta manera de sentirse en el encuentro con el mundo y con los demás emerge todo sentido.

Se hace evidente entonces que esta afirmación es diametralmente opuesta a aquellas posiciones cognitivistas que parten de la creencia como la manera de dar sentido a la experiencia. Crítica que se articula bien en el libro *Selfhood, Identity and Personality Styles*, donde se cuestiona toda aquella psicología que defienda el primado de la reflexión, de la explicación o de la metarrepresentación, desde el cognitivismo clásico hasta la propia posición de Guidano. Por ejemplo, el primado que le dan los cognitivistas clásicos a la creencia y a la anticipación catastrófica para explicar el trastorno fóbico y los ataques de pánico. De esta manera se comprende cómo el terapeuta va a intentar modificar las creencias erróneas del paciente a través de un razonamiento lógico para lograr su mejoría.

Pero quizás habría que preguntarse antes, ¿por qué el paciente tiene esa creencia? Al contrario de lo disertado por la perspectiva cognitivista, las creencias que se van a desarrollar emergen de una condición particular que se produce en la experiencia misma que el paciente siente. La intensidad emocional de su miedo padecido va a corresponder a la superación de un umbral de estabilidad interoceptiva, percibido de manera inmediata como un estado de alteración y de peligro. Luego, a partir de esta condición el paciente anticipa que puede acontecer algo catastrófico,

entrando en un círculo donde lógicamente pensamiento y emoción se alimentan de manera recíproca.

Si se parte del primado de la significación en sí misma de la experiencia, el paciente no tiene por qué explicarla para darle un sentido. La experiencia del paciente ya está significada, y en todo caso podemos ayudarlo a que la reconozca y la identifique dentro de unas coordenadas situacionales e históricas.

**P.:** Pasemos a hablar de la terapia, manteniendo como telón de fondo las ideas esgrimidas en su último libro, ¿A qué se refiere cuando en sus cursos dice que este cambio permite un procedimiento terapéutico metodológicamente “rigurosísimo”, equiparable a la propia metodología de las ciencias naturales<sup>39</sup>?

**R.:** Metodológicamente rigurosísimo aquí significa hermenéutico, pero pienso que no se puede hablar de método cuando hablamos de hermenéutica. Es decir, el sentido con que uno utiliza la palabra método es característico de la ciencia natural, refiriéndonos a ésta como que tiene una metodología y que lleva inserta un determinado procedimiento.

Sin embargo, la hermenéutica es una ontología que nos revela una visión de cómo el hombre “funciona”: de cómo está en la vida, de cómo existe, de cómo genera significado... Precisamente en relación a esta visión sobre cómo el hombre genera significado y cómo reconfigura su experiencia nosotros vamos a considerar al otro. Pero para poder tener acceso a esta determinada visión del mundo del otro y de su experiencia exige utilizar métodos que aprehendan lo histórico. Por esta razón y como si estuviéramos en el papel de un historiador, debemos utilizar instrumentos pertenecientes a las ciencias históricas.

Por ejemplo, tal es el caso cuando se utiliza el juego de escalas para la indagación de los contextos en los diferentes momentos significativos en la vida del paciente. A través de la ampliación o reducción de la escala, con la cual ponemos en perspectiva los contextos que nos ayuden a entender la emergencia de los textos, damos la posibilidad al paciente de releer la experiencia vivida. Así, en este nuevo acto narrativo no sólo va a conectar históricamente en una totalidad diferentes experiencias que ha vivido, sino que además reconocerá e identificará tales experiencias como suyas. El paciente aprehende e identifica el tiempo con su experiencia, que revelándola en la dimensión lingüística construye una identidad narrativa: el quién de la persona en el tiempo.

Por esta razón afirmo que para rastrear y profundizar la identidad de la persona no podemos eludir su carácter histórico, obligándonos a hacer uso en la Psicoterapia de instrumentos empleados por historiadores que se interesen en las microhistorias, tales como Ginzburg, Revel o Lepetit.

**P.:** ¿Tiene que decir algo a aquellos científicos que rechazan el método

hermenéutico por su escasa rigurosidad?

**R.:** Lo primero que habría que saber es que la hermenéutica se define de manera primordial como una ontología. Me refiero a este término para significar que el ser del hombre se encuentra en su existencia en un proceso constante de autointerpretación; tema por excelencia de la ontología heideggeriana.

En segundo lugar, además de este fundamento ontológico de la hermenéutica, también existe como ciencia encargada de la interpretación de la Biblia, de textos jurídicos, etc., donde cada campo de estudio requiere de sus instrumentos determinados de interpretación.

Pero también debiera saber el científico anti-hermeneuta que se proclame como tal que la hermenéutica es un presupuesto y no una metodología. Sea consciente o no, el cognitivista o neurocientífico que va a analizar los datos o la neuroimagen tiene que interpretarlos. Todo aquel que hace ciencia hace también interpretación. No es casualidad que uno de los más grandes filósofos de la ciencia –que también era un físico– Thomas Kuhn en *La estructura de las revoluciones científicas* habla de la interpretación como el corazón de la ciencia.

**P.:** En la anterior manera de trabajar se podría decir de forma resumida que se trataba de ayudar al paciente a integrar el acontecimiento discrepante en un sentido de continuidad personal a través de la identidad narrativa<sup>40</sup>; ¿Y ahora?

**R.:** Y lo sigo manteniendo exactamente así. Porque esa misma frase usted la puede leer desde dos puntos de vista; cómo aquella figura del cuerpo de una mujer –hago alusión aquí a la gestalt– que cambia y que puede verse de distinta forma en relación a diferentes perspectivas. Así, desde un punto de vista se podría decir que la narración es la OSP, y de esa manera se va a explicar la experiencia para mantener la continuidad de la organización. O, desde otro punto de vista se puede entender que la identidad narrativa es una manera de integrar la experiencia mediante su reconfiguración y no de su explicación, a través del ejercicio interpretativo y reflexivo para mantener la continuidad o discontinuidad de una historia.

**P.:** Entonces, ¿La dimensión pre-reflexiva plenamente realizada del Sí mismo sería un contra-argumento indispensable cuando se trata de afirmar que cualquier narración puede ser viable para la estabilidad del paciente con tal de que guarde cierta coherencia interna?

**R.:** Es una pregunta difícil, porque aunque sea para mí cierto que la experiencia es fundacional –es decir, que tiene un significado en sí mismo y que tener experiencia implica que se está generando ya un significado– tal hecho puede estar centrado sobre el otro. Luego, una persona centrada sobre la alteridad –representada

desde un otro corporeizado hasta una historia mítica o religiosa— se puede regular en relación a esas coordenadas externas. Es decir, una prevalencia de la narración sobre la experiencia. En esta modalidad de ser de la persona, donde el mundo cobra una primacía en su manera de sentirse, tal co-sentirse puede variar con mayor fluidez. Tanto como para comprender aquellas radicales afirmaciones desde posiciones narrativistas cuando afirman que “cuéntate las cosas de una manera y podrás sentirte diferente”.

Si partimos del hecho fundamental de que la alteridad es parte constitutiva de la experiencia y que existen personas que se anclan en un marco de referencia externo a la luz del cual interpretan esa experiencia, la teoría narrativista puede ser viable. Pero tal aseveración tiene un límite. Desde la perspectiva de los estilos de personalidad se hace difícil pensar que los “*inward*” —donde el peso de la génesis del significado toma forma a nivel corpóreo— puedan variar su manera de sentirse a través de cualquier narración.

**P.:** En los últimos tiempos usted está brindando la posibilidad de supervisar su trabajo psicoterapéutico a través de la exposición de videos de sesiones con pacientes. De ellos afirma que “ser consciente del problema y del modo de ser va aparejado de un cambio; si no es una conciencia absolutamente vacía”<sup>41</sup>; ¿Qué tipo de conciencia es la generadora de un cambio?

**R.:** Esto tiene que ver con el problema de la conciencia, que se recoge también en la introducción de mi libro, en el denominado manifiesto: si el significado emerge con la conciencia o es la experiencia misma generadora del significado.

Desde mi punto de vista tomar conciencia significa hablar de apropiar-se, que conlleva a su vez la transformación de mí mismo y el asumir ciertas responsabilidades con relación al problema que padezco.

Permítame una pequeña aclaración. Prefiero hablar en este caso de transformación de mí mismo y no de cambio, porque ésta última expresión parece referirse a la extracción de alguna cosa de mí mismo para sustituirla por alguna otra. Como no puedes cambiar la organización cambias las piezas, similar al acto de sustituir las piezas de un automóvil para ser reparado.

Sin embargo, la transformación implica una manera nueva de percibirme, tan cerca de mí y tan personal que demanda apropiármelo. Aspectos de mí mismo tan cercanos que me eran invisibles y que han formado parte del resultado de mi historia. En ese acto de apropiación por el cual cambio la perspectiva en la cual me sitúo, no sólo implica una reelaboración del espacio de la experiencia sino también el horizonte de la esperanza.

Pongamos un ejemplo. Si yo me apropio de la sensibilidad a mi activación corpórea, que superado un cierto nivel la advertía como una enfermedad que me limitaba a hacer cosas en el mundo, significa que ahora esa activación soy capaz de

soportarla. Esta nueva manera de situarme donde siento que puedo superar situaciones de alto contenido emocional sin percibir las como un peligro me abre al mismo tiempo otras posibilidades de proyectar el futuro. Aquella carga que me limitaba y me hacía sentir como un enfermo ya no me limita, me apodero de ella, transformándola en una nueva materia generadora de otras posibilidades.

**P.:** Entonces, ¿Los actos suponen la materialización del cambio y el indicador tangible de que el paciente verdaderamente ha comprendido?

**R.:** En muchas patologías sí. Pero me gustaría hacer una serie de apuntes sobre los actos, la comprensión y la relación entre ambos.

Si los actos son la materialización de nuestra posibilidad de realizarnos en el mundo implica que a través de ellos generamos maneras de ser. Por esta razón me atrevo a afirmar que, aunque no seamos conscientes de ello, nuestra manera de ser es ya una elección.

La relación entre los actos y la comprensión no deja de ser compleja. Suele ser común aquellos pacientes que afirman taxativamente: “sí, sí, lo entiendo, entiendo lo que me pasa”, y observemos a lo largo de las sesiones que sus actos parecen no indicar lo mismo. Es más, siguen haciendo lo de siempre. Pongamos un ejemplo. Si el paciente siente un latido cardiaco muy fuerte y finalmente logramos que lo relacione con una determinada situación emotiva, no puede luego referir aquella alteración física a una enfermedad cardiaca. Entonces, si a la afirmación de haber comprendido su problema el paciente sigue dándole la misma significación a su activación corpórea podemos, en principio, hacer dos lecturas. Una de ellas pudiera ser, en efecto, que el paciente no ha comprendido nada: la experiencia es advertida de la misma manera que antes, bloqueando nuevas posibilidades de ser.

Otra lectura posible es aquella en la cual el paciente, aun comprendiendo su manera de ser, elija seguir manejándose de esa manera no haciendo nada. Puede ser que en este caso explicitar la elección de no querer hacer nada para cambiar pueda ayudarlo a quedarse en paz consigo mismo. O podría incluso explicitar que quiere cambiar y que lo desee con toda su alma, pero cuando sale de la consulta no hace absolutamente nada para ello. También ésta es una manera de posicionarse, de reconocerse a sí mismo, pero que no lo exime de la responsabilidad personal de que está decidiendo su situación.

Finalmente, la comprensión puede darle al paciente la posibilidad de situarse de forma distinta con él mismo. Además de producirse una transformación acerca de cómo su misma experiencia ahora es leída de diferente manera y de comprender profundamente que su manera de ser es su elección, se dispone también a generar nuevos modos de ser. Este tipo de transformación implica siempre una exposición del paciente a la posibilidad, mediante las acciones que sea capaz de llevar a cabo y teniendo como horizonte el reconocimiento de sus propias peculiaridades. Es

decir, si el paciente sólo se siente capaz o no tiene ganas de recorrer 50 metros, tendrá que aceptar esa limitación dentro de su propia manera de ser antes de decir que quiere recorrer 100 metros. Implica por tanto que cada paciente tiene que hacerse a su medida, construyendo una vida en función de quién es, reconociendo sus posibilidades pero también sus límites.

Esta apropiación de sí mismo, de lo bueno y de lo malo, para una llamada a una responsabilidad de cada uno para consigo mismo es a su vez una proclamación a la diversidad de la identidad personal. Hacer-se a la medida tomando conciencia de la singularidad que a uno le caracteriza es una especie de idea límite donde el quién del sí mismo no se puede medir.

**P.:** Pero, ¿no puede existir la posibilidad de que verdaderamente el paciente se comprenda a sí mismo y su problema, y que a su vez encuentre verdaderamente dificultades personales y/o contextuales para hacer efectivo tal cambio a través de las acciones desplegadas en el mundo?

**R.:** Me gustaría reformular su pregunta planteándola de la siguiente manera: ¿cuánto puedo soportar el sufrimiento con relación a unas condiciones que no quiero cambiar? Cuando usted habla de las dificultades personales y/o impedimentos del contexto en que me encuentro insertado se está refiriendo en realidad a la voluntad de que quiero cambiar pero a su vez encuentro un límite que no puedo modificar. En estos casos, la transformación se halla en el equilibrio entre el sufrimiento que yo puedo soportar y la voluntad de cambiar mi vida, incluyendo la de mi contexto. Por ejemplo, cuántas veces hemos atendido a pacientes reconociendo que su relación de pareja no funciona desde hace largo tiempo pero al mismo tiempo expresan la imposibilidad de separarse porque tienen hijos. Permanecer en una relación de pareja que mantiene su sufrimiento podrá ser argumentado por el paciente a través de mil razones –incluida la de tener hijos– pero no por ello deja de ser su elección. Luego, se va a dar una situación de cierto equilibrio entre un determinado contexto en la vida del paciente, con su mujer y sus hijos, y una condición de sufrimiento, por la cual no va a generarse ninguna transformación. No obstante, cada caso debe analizarse de manera específica.

**P.:** Sus palabras me llevan a traer a colación un tema de enorme trascendencia filosófica y que recorre todo el ensayo III, “Personalidad y carácter”<sup>42</sup>. Me refiero a la dialéctica querer-poder, voluntario-involuntario, libertad-naturaleza. Cuando los poderes limitan mi querer, desde la incapacidad de rastrear mis propias huellas hasta la im-potencia que siento para ejecutar aquellas acciones que me llevarían a lograr cambiar, ¿Se encuentra el límite de un modelo psicológico que trate de ayudar al paciente a través de la experiencia en primera persona?

**R.:** Yo creo que sí. Nuestra modalidad de psicoterapia se limita precisamente a lo que usted apunta en la introducción de su pregunta. Y en ese confín nuestro se encuentra la apertura a otras perspectivas de intervención que puedan ayudar a pacientes en el límite de sus capacidades personales. Desde otras alternativas psicoterapéuticas y/o la psicofarmacología, abogo por la confluencia de caminos diferentes en la intervención, donde no hay perspectiva terapéutica absoluta que pueda acaparar la multitud de demandas que llevan a cabo los pacientes para el alivio de su sufrimiento.

**P.:** ¿También sería posible para usted ayudar al paciente a través de la intervención al mismo tiempo de psicoterapias diversas?

**R.:** Yo no lo aconsejo. Siguiendo la misma línea de toda la entrevista diré que psicoterapias diferentes implican ontologías diferentes. Luego, previo a la utilización de cualquier perspectiva psicoterapeuta sería conveniente revisar la concepción ontológica que la funda.

Si revisamos en este caso los parámetros en que se mueve la psicología conductual nos daremos cuenta de que la concepción que está a la base de dicha perspectiva es la de entender al ser humano en términos mecánicos y causales. Las mismas categorías que se utilizan para estudiar las cosas, no estableciendo así ninguna diferencia con respecto a lo que significa ser persona.

Esta visión está en coherencia con la manera de intervenir. Reforzar positivamente o negativamente una conducta significa que la experiencia del paciente existe sólo en relación a la modificación que se pueda hacer de ella a través de refuerzos o castigos. De esta manera no existen diferencias entre que la experiencia pertenezca a usted, a mí o a la de un ratón. Sin que no sintamos agraviados por ello es bueno saberlo, pero mejor aún si también lo saben más profesionales.

Las diferencias ontológicas que nos separan de otras perspectivas psicológicas no quiere decir que desechemos los recursos que ellas mismas han sido capaces de elaborar. Fundamentado por una ontología de la persona donde la preocupación máxima es considerar al paciente siempre en su unicidad, las técnicas cognitivas-conductuales o de otra índole pueden ser útiles para nuestra intervención. Precisamente por tomar en consideración quién es la persona deberemos reflexionar sobre cuál será la manera más adecuada para abordarla, humilde ejercicio del terapeuta por el cual paciente y técnica se verán potenciados. Me gustaría exponer dos casos en los cuales la posibilidad de comprenderse el paciente resulta menoscabada, colocando al terapeuta en una posición de tener que hacer uso de otros recursos para poder ayudarlo.

Pensemos por ejemplo en un supuesto caso de discapacidad mental, cuyas posibilidades de aprehenderse pudieran estar limitadas por el propio déficit de sus capacidades reflexivas. Si nuestras palabras no son recibidas lo suficiente como

para tocar su carne, en la legitimidad de su manera de ser y de recibir ayuda quizás pensemos de qué otra manera se pueda cumplir su demanda. Al mismo tiempo que echemos mano de otros recursos o técnicas, no por ello debemos prescindir de la consideración de lo que para nosotros es una persona. Su unicidad, su historia y su experiencia personal deben ser la máxima argumentación por la cual decidimos emplear una técnica u otra. La mayor eficacia de tales recursos se deberá posiblemente a que se insertarán en el corazón mismo del paciente.

Una personalización de la intervención en la vida concreta de cada paciente se hace extensiva al segundo de los casos. Si nos detenemos en los informes sociales y psicológicos de niños y adolescentes comprobaremos que muchos de los programas de intervención aplicados a estos menores apenas se aprecian diferencias entre ellos. Como si se hubiera diseñado un programa de intervención estándar para que cada niño o adolescente lo cumpliera. Y no digamos si además ya le han adjudicado un diagnóstico por el cual divisar y explicar su comportamiento. La evaluación de dicho diagnóstico así como el programa de intervención correlativo a aplicar pudieran salir del anonimato si en ambas operaciones terapéuticas tuviéramos como centro de coordenadas al menor. Primero, porque nos ayudaría comprender el diagnóstico desde quién es el menor o el adolescente; es decir, en lugar de aunar una serie de indicadores que reúne el menor para cumplir los criterios necesarios para diagnosticarlo de una u otra manera, comprenderemos desde su experiencia vivida la fenomenología psicopatológica. Segundo, con relación a esta manera de trabajar se intentará integrar el programa de intervención adaptado a la experiencia personal del menor. Es decir, si tenemos un grupo de 30 niños con trastornos de conducta se les puede aplicar, siguiendo el propio diagnóstico efectuado, un programa de autocontrol para mejorar su inserción dentro del contexto escolar. O también, podemos llevar a cabo el arduo trabajo, pero no por ello más largo, de entender el problema en primera persona, siendo éste el criterio imprescindible por el cual se ajustará el bienvenido programa de intervención a la unicidad del niño o adolescente.

**P.:** Si cada psicopatología usted la define como una ruptura de identidad<sup>43</sup>, ¿Qué rupturas son abordables por su método terapéutico?

**R.:** Muchas, incluso sin fármacos. Como también a través de la utilización de estos en un trabajo multidisciplinar con los psiquiatras. Se pueden intervenir con nuestro método todo el espectro neurótico, situaciones de psicosis aguda, condiciones ciclotímicas –dando la posibilidad en estos últimos casos de comprender cuáles son los detonantes emocionales para lograr cierta estabilidad anímica–. Con relación a estas patologías se debe valorar de manera individual y dependiendo de las circunstancias del paciente la conveniencia o no del uso de fármacos. Tales condiciones incluyen también los trastornos de personalidad, pese a que estos trastornos requieren de la implicación de un contexto más amplio de intervención.

**P.:** En primera persona, poniendo en juego naturaleza y libertad, usted habla de la contingencia de la vida en forma de una involuntaria pérdida que exige asumirse: “Paradigma del desgarró, icono de la existencia doliente es la experiencia de separación padecida como iniciativa del otro: el final atormentado de un amor”<sup>44</sup>. ¿Hace falta encontrarse entre los senderos del bosque de la Selva Negra para escribir con serenidad un ensayo de manera tan bella?

**R.:** Sobre todo es un ensayo que se refleja y se requería de mi experiencia personal más que ningún otro ensayo del libro, impregnado este tercero de fuertes emociones.

**P.:** Más adelante sigue escribiendo: “En cuanto persona, yo soy la tensión nunca resuelta entre la vida que me vive, las situaciones de mi existir y cómo me observo, me pienso y me digo; y a veces, cómo reflexiono sobre mí”<sup>45</sup>. ¿Se puede seguir diciendo aquello que demasiada autoconciencia puede ser perjudicial para la salud?

**R.:** Sí, siempre y cuando la conciencia sea entendida como conciencia reflexiva. Desde la terapia cognitiva, por ejemplo, tiene sentido hablar de demasiada auto-conciencia cuando por ello se entienda reflexionar, ya que siempre lo reflexionado puede ser objeto de una nueva reflexión. Es el mismo problema que ya presentara Kant, donde una meta-representación requería de otra meta-representación, y así sucesivamente. Y con esta modalidad hiper-reflexiva se corre el riesgo de que haya una mayor distancia con respecto a la experiencia misma.

Sin embargo, desde la posición ontológica que partimos diferimos de esta conciencia intelectual donadora de sentido, para referirnos más bien a una conciencia que es vivida, que está ya en la experiencia misma. De esta manera concebimos la reflexión como Heidegger ya distinguía. A la reflexión intelectual que el autor la caracterizaba como secundaria y *a posteriori* de la experiencia, hablaba de otro tipo de reflexión como la luz que se refleja en el mundo a medida que vamos teniendo la experiencia. Esa luz es al mismo tiempo mundo, porque éste nos da el apoyo para que aquella se refleje.

Si esta reflexión se halla en la experiencia vivida misma y no a través de un acto cognitivo a posteriori, no tiene sentido hablar en términos cuantitativos de la autoconciencia. Para nosotros auto-conciencia no significa reflexión, sino apropiarse de uno mismo a través de los hechos de la vida.

**P.:** En el desvelamiento de las críticas se encuentra una oportunidad para la réplica; ¿Tiene algo que decir cuando se le cuestiona en el modo de proceder terapéuticamente, argumentando que resulta usted ser demasiado directo, contundente y establecer una relación terapéutica exigente con el paciente?

**R.:** Sí. Estas críticas para mí tienen que ver con el presupuesto de que la figura del terapeuta tuviera que ser estratégico o lo más parecido a una figura de apego. O sea, una visión donde la relación terapéutica se encuentra ya preestablecida o fijada. Lejos de tener que estar determinada, en realidad para mí con cada paciente emerge una relación; ésta es constitutivamente caracterizada por el hecho de que la persona viene al despacho porque sufre y el terapeuta tiene la tarea que le ha atribuido aquel para la curación de su sufrimiento. Esto implica que el terapeuta organiza bien la información y que pueda curar al otro. Tal demanda es obviamente para aquel que hace una terapia a través de la palabra. Ésta tiene y necesita de un peso, que por ser compartida implica una responsabilidad.

Desde este punto de vista se hace evidente que si la relación con el paciente tiene como objetivo fundamental reconstruir la manera en cómo se produjo la fractura de la identidad, entonces se tendrá que discutir esto. Se tendrá que revisar con el paciente desde la propia lectura que pudiera tener sobre su historia hasta cómo asumir la responsabilidad de sus hechos como propios. Que el terapeuta proceda con mayor o menor énfasis, ánimo o gracia depende de la propia relación que emerja con cada uno de los pacientes.

Me gustaría añadir un breve apunte más que tiene que ver con el concepto de empatía, y que con la nueva ola de las neuronas espejo se ha puesto en boga. En muchas ocasiones pareciera que la empatía tuviera ciertas connotaciones mágicas –a través ahora de las neuronas espejo– vinculada a una cierta capacidad de ver al otro tal como se siente o percibe. Esta especie de intuición virtuosa o *new-age* por el cual muchos profesionales se sitúan frente al paciente como si tuvieran que sintonizarse continuamente con sus emociones y percepciones dista bastante de la concepción que tenemos nosotros. Entendemos la empatía como la capacidad de comprender el mundo de sentido del paciente, obligándonos para ello a llevar a cabo una operación hermenéutica. En este complejo ejercicio comprendemos al otro en su mundo reconstruyendo dentro de unas coordenadas históricas su hacer y su sentir, y cómo ello es reconfigurado a través de un lenguaje común.

**P.:** Continuando con el procedimiento en terapia, en los últimos tiempos usted ha hecho un símil de la figura de un psicoterapeuta con un abogado: debe devolver al “usuario” en una primera consulta si hay caso o no, y cuáles son las posibles condiciones para su resolución<sup>46</sup>. Detrás de tal paralelismo, ¿Se encuentra una apuesta por llevar a cabo una psicoterapia relativamente más rápida, capaz de adaptarse al mundo veloz en que vivimos actualmente las personas?

**R.:** Depende, si el objetivo de la terapia es la reapropiación de la propia experiencia del paciente, su duración dependerá de la rapidez con que se cumpla tal posibilidad. No obstante, este adjetivo tiene un sentido relativo cuando se refiere a una intervención psicoterapéutica. ¿Y si nos encontramos con un paciente golpeado

por un acontecimiento que rompe una historia de veinte años, hasta entonces mantenida estable? Existen condiciones personales que inicialmente parecen ser sólo sintomáticas pero que, como si se tratara de un rollo de hilo, al tirar de ellas se abre un mundo que reclama ser modificado. Son tiempos donde se exige atender determinadas cuestiones, pero también hay asuntos que necesitan de un tiempo para ser resueltos.

Pero si el tema fundamental para nosotros es el sufrimiento del otro, el nivel de profundidad de reconstrucción de su historia es relativo a ese padecer. Otra cuestión diferente es la curiosidad del paciente por ahondar sobre sí mismo, el deseo despierto de explorar y excavar como un espeleólogo en los orígenes de su historia.

**P.:** ¿Podría ser posible con estos argumentos que la duración de los cursos para la formación de psicoterapeutas que actualmente está ofreciendo IPRA se reduzcan a menos de 4 años? ¿Ha afectado esto también a los contenidos formativos?

**R.:** En Italia no es posible esta reducción. Exigida por la ley europea, la formación tiene que ser de cuatro años, como si fuera una escuela de especialización. Pero más allá de esta razón legal, existen argumentos de otra índole.

Al cabo de cuatro años yo tengo la seguridad de haber formado bien a los alumnos para hacer psicoterapia, tanto como para tener la suficiente confianza de enviarles pacientes. Esta seguridad comienza a fundamentarse antes y durante el periodo de formación. Previo al curso de especialización hay una selección de los alumnos que se admitan, no sólo porque deben reunir unas mínimas condiciones para esta formación sino también porque el número de alumnos por curso no debe ser alto. Ya en el transcurso de los cuatro años se intenta integrar una formación teórica y un saber reflexivo centrado en el estudio, con un saber práctico. Además del vasto planteamiento teórico clínico, se imparten lecciones de neurociencias, psiquiatría, psicofarmacología y fenomenología. Pero como la finalidad real de los alumnos es poder trabajar haciendo psicoterapia, también hacen terapia con pacientes, supervisan casos y realizan un trabajo personal.

Y desde luego que los contenidos impartidos en los últimos años han variado. No por la posibilidad de reducir el número de años de formación de los cursos, sino porque una formación que pretenda ser seria y avanzada no puede eludir la revolución enorme que ha acontecido a finales del siglo pasado y principios de éste. El estudio del cerebro a través de nuevas tecnologías ha afectado directamente a todas aquellas ciencias que tengan que ver con ese órgano. En primera fila, la psicología y la psiquiatría –junto al DSM-V– están sufriendo una transformación debido a este acontecimiento, implicando que los profesionales de estas disciplinas estén necesitando una nueva formación. No fue casualidad que se llevara a cabo ya hace unos años aquel congreso en Bari titulado “Neuroimagen, constructivismo y fenomenología”, donde la emergencia de un nuevo discurso ha afectado a todas

estas disciplinas.

**P.:** Siguiendo con los cursos de formación, ¿Cómo van? ¿Interesan a los jóvenes psiquiatras y psicólogos italianos el modelo post-racionalista?

**R.:** Existen muchas cosas en Italia bajo el nombre de post-racionalismo, tanto como que no sé lo que son ni a qué se refieren con dicha denominación. De la única formación post-racionalista de la cual soy responsable es aquella que se imparte en mi Instituto, siendo ajeno a las actividades que se llevan a cabo en otros institutos como a las de la Sociedad, a la cual ya tampoco pertenezco.

El interés de los psicólogos y de los psiquiatras pasa primero por la visibilidad que puedas tener, que en nuestro caso se aleja de las instituciones oficiales del Estado. Luego, se requiere un mayor esfuerzo para hacerte presente entre los nuevos profesionales que, de “boca en boca”, pueda llegar a sus oídos que en nuestro instituto se trabaja de manera seria. Y la realidad es que los cursos se llenan cada año, incluso en crisis. Este año tenemos un curso de 18 alumnos de un máximo de 20, excluyendo en el periodo de selección a 4 alumnos.

Tal riguroso empeño en estos años se ha centrado sobre todo en crear en nuestro Instituto ciencia y pensamiento. Se cumplen 10 años desde que soy director del Instituto, y como mencioné anteriormente hemos organizado un Congreso Internacional, publicado tres libros –el último de ellos en Estados Unidos–, realizado investigaciones neurocientíficas a través de la resonancia magnética funcional en nuestro centro y estamos colaborando en Ginebra, Parma, Bari...

**P.:** Sin embargo, usted ahora propone un salto de paradigma y una nueva forma de obrar en psicoterapia. Dígame, me gustaría saber su impresión, ¿Cómo suele ser recibido este cambio, sobre todo en aquellos alumnos que han sido formados en la “vieja escuela”?

**R.:** Con mucha dificultad. La utilización de las categorías, buscando la confirmación o no del diagnóstico en los pacientes para luego trabajar con ellos los temas básicos, daba mucha seguridad a los profesionales; y ponerse en una condición de apertura a lo otro desconocido implica todo un esfuerzo.

Sin embargo, estas categorías no debían ni pueden ser exhaustivas para la comprensión del otro: son herramientas que utilizamos para la terapia, nos permite construir una psicopatología sobre unos nuevos cimientos y nos facilita entrar en contacto con la psiquiatría y las neurociencias.

Y en lo que concierne a la psicoterapia es una modalidad de llevarla a cabo completamente nueva y no conmensurable a todo el discurso del pasado. Implica siempre un ejercicio hermenéutico, situando como tema central de interpretación al otro y su historia personal. Esta estrella polar que nos debe guiar en nuestro ejercicio

terapéutico requiere también de un respeto por la singularidad de cada paciente.

Como aquel lector que se dispone a comprender un texto que, sin reducirlo a él mismo, necesita del esfuerzo humilde de plegarse a su contenido. Tal sentimiento hermenéutico estriba en una nueva manera de situarse, por el cual el texto está siempre primero que el lector y el posible mundo a compartir tiene que ser creado a partir del mundo desplegado por aquel texto. El permitir dejar ver los horizontes por cual el texto se muestra, al mismo tiempo que conlleva un esfuerzo, supone también la satisfacción de divisar los mundos singulares que cada texto es capaz de revelar. Esta misma satisfacción que siente el lector al leer un libro, también la siento yo en la terapia en la actualidad. Al menos me resulta mucho más enriquecedora e interesante que la terapia aplicada en antaño.

**P.:** Cambiando de tema, hace ya algunos años, recuerdo que expresaba con gran entusiasmo el descubrimiento de un nuevo horizonte intelectual con el que investigar: las Neurociencias<sup>47</sup>. Tal interés ha cobrado una forma: symposiums, congresos, másteres y capítulos de sus libros ya comienzan a estar empapados de aquella materia. Pero ¿por qué su empeño en que los post-racionalistas dialoguemos con los neurocientíficos?

**R.:** Porque abre el diálogo con un área que se ocupa del cerebro de una manera extraordinaria; lo ven en su biología viviente. Los profesionales que se ocupan de la psicología del hombre, y que comparten que la psicología estudia la manera corporeizada de ser no pueden ser esquivos a dialogar con aquellos otros profesionales que se ocupan –aunque sea desde un punto de vista diferente– del hombre de carne y hueso que cambia su configuración cerebral con relación a la experiencia que tiene. Este diálogo entre profesionales es para mí fundamental.

**P.:** De las implicaciones neurocientíficas relevantes para la psicoterapia quisiera comentar con usted fundamentalmente tres. En primer lugar, que las investigaciones más actuales hablen de un mecanismo automático, inconsciente y pre-reflexivo para la comprensión de las acciones humanas<sup>48</sup> ¿supondrían una prueba empírica que tiende a refutar la visión dicotómica del Sí mismo?

**R.:** Cierto. La visión dicotómica del sí mismo implica un sí mismo como objeto, y la reflexión en todo caso es la que da sentido a la experiencia. Sin embargo, el mecanismo pre-reflexivo marca ya una significatividad, sin reflexión.

Este es un tema central de las neuronas espejo, de las neuronas canónicas y de las eco-neuronas. Por ejemplo, si alguien lleva a cabo una acción, automáticamente (sin conciencia). resuena la acción por mí observada en mis neuronas espejo. Significa entonces que la comprensión del significado de la acción –también de la emoción, aunque no tenga que ver las neuronas espejo– pasa directamente de uno

a otro a través de un mecanismo cerebral. De esta manera se construye un espacio que Gallese lo viene a llamar *we-centered*; un espacio pre-reflexivo centrado en nosotros que, no siendo exhaustivo del sentido personal, viene a ser una manera por la cual vamos a compartir un sentido común.

A partir de ese espacio común que emerge cuando “actuamos juntos”, se construye también, y de manera progresiva a lo largo del desarrollo, el propio lenguaje. La adquisición de esta dimensión implica una doble operación. Por un lado, adquirir un sonido que el otro me da cuando comparto una acción. Por otro, configurar con ese sonido el sentido de la acción en curso. Es así como se puede decir entonces que participar en el lenguaje me da la posibilidad de comprenderme, entendiendo con este acto poner palabras a mi propio hacer y padecer.

**P.:** En segundo lugar, los resultados de tales investigaciones parecen entonces hacer justicia a aquellos adelantados filósofos que ya afirmaban que la carne conserva un sentido que existe sin ser consciente. Además, los recientes descubrimientos del sustrato neuronal que pone en conexión el dominio de la acción y del lenguaje<sup>49</sup> ¿apuntan hacia la visión de la identidad personal que usted propone?

**R.:** Seguramente. Todos los estudios llevados a cabo sobre estas neuronas se convierten en el punto de contacto más profundo que tenemos con el grupo de Parma. Nos permite comprender dos problemas fundamentales: primero, la comprensión del sentido—en el lenguaje—y, segundo, la comprensión del lenguaje como reconfiguración de la experiencia. De la cual tal estructura neuronal supone su sustrato.

Esta característica consensual del lenguaje también desempeña un papel primordial dentro del ámbito psiquiátrico. Junto al grupo de Parma, estamos llevando a cabo dos investigaciones sobre el primer episodio esquizofrénico y sobre el esquizofrénico crónico, respectivamente. Haciéndonos eco de la ausencia de sentido común que caracteriza a la fenomenología esquizofrénica, y que a partir sobre todo de las obras de Jasper lo habían considerado como una característica fundamental de tal condición, estas investigaciones tratan de averiguar si éste déficit tiene alguna relación con una alteración del *we-space*. Es decir, si la denominada ausencia de *evidencia natural* en los esquizofrénicos se debe a una anomalía en los circuitos neuronales e incapacidad de resonancia con los demás. Pero por ahora es sólo una hipótesis de trabajo.

**P.:** Por último, en el intento de su grupo de investigación para humanizar los experimentos neurocientíficos, se encuentra el interés por indagar cómo influye en la comprensión de una acción observada si tanto el que hace como el que comprende se encuentran teñidos de ciertas tonalidades emotivas; ¿la posibilidad de una activación selectiva en las neuronas espejos del observador podría suponer una

constatación empírica de la relación entre la pre-comprensión y *befindlichkeit* heideggeriana?

**R.:** La pre-comprensión y la *befindlichkeit* significan lo mismo: hay siempre una comprensión afectiva, un ser situado emotivamente. La demostración de la *befindlichkeit* se relaciona con los experimentos neurocientíficos que estamos llevando a cabo en la actualidad. En ellos asumimos que la *befindlichkeit* se sedimenta en el cuerpo de un hombre, que lo inclina a responder a la exposición de una tarea de manera determinada. Este presupuesto va a ser fundamental a la hora de observar cómo funciona el cerebro, investigando desde la perspectiva de las categorías *inward-outward*.

Por esta razón vamos a administrar una tarea a los sujetos antes de introducirlos en la máquina para establecer grupos diferentes con respecto a la modalidad de emocionarse. En relación a esa manera diferente en que los grupos se encuentran situados emotivamente procesarán una determinada acción observada también de manera distinta. Por ejemplo, en continuidad con los artículos ya publicados, el próximo demuestra que el dolor experimentado por los sujetos va a activar en sus respectivas parejas, que observan dicho dolor, circuitos cerebrales diferentes en función de si pertenecen al grupo centrado en emociones básicas o al grupo de emociones no básicas.

Siendo éste un resultado que nos parece relevante, implica también llevar las categorías como ideales-tipo al corazón de las neurociencias. O sea, es importante que esta disciplina tenga en cuenta que los sujetos no son todos iguales y que ya en la manera estructural que se emocionan hay significativas diferencias. ¿Y quién sabe? Puede ser que algún día hagamos prevención estudiando y comprendiendo a aquellas personas que tengan una mayor vulnerabilidad a enfermarse.

Pero es importante decir que pese a esta mayor discriminación en pro a individualizar las investigaciones neurocientíficas, la experiencia integral de una persona nunca puede ser reducida a su sustrato neuronal. Aún si se pensara partiendo desde una perspectiva determinada que para explicar aquella experiencia se haga imprescindible tener en cuenta dicha materia.

**P.:** ¿Se podría llegar algún día a correlacionar la historia de cada persona con su configuración cerebral activada y mostrada en RMf?

**R.:** Seguramente correlacionará, pero quién sabe cómo; ¿en 20 años quizás? Cuando llevamos a cabo los análisis individuales en nuestras investigaciones, no todos los sujetos que calificamos como *inward*, por ejemplo, tienen la misma reacción cerebral. Sí, en todos se activan la ínsula, pero no sucede lo mismo con otras áreas cerebrales. Unos activan la corteza pre-frontal, otros el cíngulo, y así con el resto de los sujetos experimentales. Se muestra con estas observaciones que

el cerebro no es sólo la ínsula, sino una configuración particular para cada uno de nosotros. Pero de momento estamos en la demostración de los ideales-tipo.

**P.:** Recuerdo haberle escuchado que hay dolores que ante “el *pathos* de la carne pide ser narrado”, y “existen narraciones sobre tal dolor capaces de tocar la carne” para su alivio<sup>50</sup>. ¿Existen en la actualidad constataciones científicas para que tales afirmaciones no sean sólo un juego de palabras?

**R.:** Lo que yo he querido significar con esas frases es que la palabra puede impactar emotivamente con tal intensidad que puede tocar la carne. O que ésta puede sentirse de manera tan intensa que necesita de la palabra. Pero es quizás en la experiencia de cada uno de nosotros donde tales afirmaciones se hacen más evidente...

En lo referido a su demostración científica, habría que aclarar primero los límites primero de por qué las Neurociencias son y serán Neurociencias, y por qué la Psicología es y será Psicología. Lo que quiero decir es que las disciplinas tienen límites que la definen, exigiendo entre ellas un diálogo y no una invasión. Este acaparamiento entre disciplinas no se debe producir tampoco cuando hablamos de la experiencia humana, ni en ninguna visión neurocientífica que pretenda ser exhaustiva de significarla. Siendo entonces sólo la configuración del Sistema Nervioso una parte de la experiencia humana, la integridad de ésta debe ser preservada. Hay situaciones en que los experimentos no son la vida.

**P.:** Esta apertura de un campo de discurso multidisciplinar significa afrontar el cisma histórico que ha habido dentro de las propias ciencias humanas; en nuestro ámbito, entre una psicología comprensiva y una psicología explicativa, ¿Qué posibilidades existen que este diálogo pueda crear un lenguaje común, tanto para trabajar de manera compenetrada entre profesiones que aborden al ser humano desde diferentes perspectivas?

**R.:** El lenguaje común se puede crear desde el respeto recíproco, no hay otra posibilidad. Tal acto quiere decir que si yo quiero hablar con los psicólogos experimentales tengo que comprender el punto de vista de la psicología experimental. De la misma manera que si un psicólogo experimental quiere hablar conmigo tiene que hacer el mismo esfuerzo, considerando mi punto de vista tan legítimo como el suyo. No se puede hablar de la lengua del otro sin entenderla. Yo digo que el desconocimiento del otro no ayuda a poder darse posibilidades recíprocas. En el diálogo –esa es la característica principal del hombre– usted puede también aprender algo sin tener la experiencia, porque el otro que sí ha tenido una puede comunicarla y puede abrirle un mundo. Esto es fundamental en el diálogo, que debe estar fundamentado en el respeto de la posición recíproca.

**P.:** Voy a utilizar una serie de afirmaciones tuyas para introducir la pregunta: usted es médico psiquiatra, conoce de neurociencias y de filosofía –sobre todo de fenomenología<sup>51</sup>–, pero se autodefine como un existencialista hermeneuta<sup>52</sup>; labor exegética ampliada por su interés en conocer dos mil años de historia con sus estudios bíblicos<sup>53</sup>. Pero tal saber le interesa que sea fundamentalmente práctico<sup>54</sup>, desde una psicoterapia post-racionalista y personalista<sup>55</sup> trabajando con el padecimiento del otro: “este es mi problema”<sup>56</sup>. Tomando forma por lo descrito cuando dice ser algo así como un iconoclasta<sup>57</sup>, le pregunto ahora: ¿Hay moldes que un psicólogo y un psiquiatra debieran romper para encontrar mejores soluciones al problema común?

**R.:** Fenomenólogo hermeneuta sería mejor. Pero haciendo referencia al problema común, pienso que debe emerger otro problema que también tiene que ser común: la experiencia pertenece siempre a una persona. Esta afirmación debiera ser el punto de partida para aquellos profesionales incluso que trabajen con categorías.

Aún trabajando desde esa modalidad, no sé cuánto de implícito o explícito se encuentra planteada para el psiquiatra o el psicólogo la idea de lo que para él es una persona. En general, desde mi punto de vista ambos profesionales debieran romper y cambiar el punto de vista de quién es el paciente. En su modalidad de ejercer profesionalmente, consciente o no, el paciente es tratado como una cosa. No es una cuestión tan siquiera de cómo lo ayudamos, sino cualquiera que sea la modalidad que decidamos intervenir no debería obviarse su singularidad. Por un lado, el hecho de que sea psiquiatra y decida prescribir fármacos, no es antitético para preguntarme quién es el paciente: si lo reduzco sólo a la genética, si yo he comprendido su experiencia y la narración que hace de ella, si él se ha aprehendido, y si no hay otras posibilidades de tocarle la carne más que con la biología. Por otro, el hecho de que sea psicoterapeuta y utilice las palabras para curar, no implica la verborrea y la falta de rigurosidad de mi lenguaje ante la propia unicidad del paciente, como suelen incurrir desde mi punto de vista muchos psicólogos.

**P.:** Hace más de un año, otro de sus compañeros de viaje ha dejado de caminar con usted, me refiero a Michael Mahoney. Él fue una figura fundamental para la evolución y el desarrollo del constructivismo americano. Tras su desaparición, ¿En qué estado de salud se encuentra en la actualidad el movimiento?

**R.:** Yo no sé si ya existe ese movimiento, puede ser que nunca más. Y si existe, yo no me identifico como un constructivista. Si nosotros apostamos por una Psicología que tiene como tema central el quién y si el constructivismo en la actualidad se identifica con la visión de Maturana, tales hechos nos sitúan fuera de este esquema. Además, la cuestión que más me interesa hoy en día es formar la mayor cantidad de profesionales posibles que piensen y curen al otro, desde un

método psicoterapéutico que implique siempre un respeto por la alteridad.

**P.:** Por cierto, ¿hay algo de verdad que está en su intención de modificar el nombre del modelo “constructivista post-racionalista” por algún otro, tanto como califica de “poco afortunada” la expresión de este último término<sup>58</sup>?

**R.:** Poco afortunada es decir poco. Me parece como definición cuanto menos esotérica. Es evidente que tal expresión hace alusión al racionalismo como una manera de pensar la filosofía, y como consecuencia de esta vinculación logra al mismo tiempo colocarse completamente fuera de la tradición psicológica. En realidad, el tema era el sentido que se hallaba detrás de esta definición.

No obstante, no encuentro aún ningún nombre adecuado para el modelo. Hay que pensarlo, pero sin que esta vez tal expresión se desvincule y no tenga ninguna referencia dentro de la Psicología.

**P.:** Volvamos a retomar el futuro. Ha hecho varias referencias a su tercer libro *Selfhood, Identity and Personality Styles*, que se publicará en el mundo anglosajón los próximos meses, ¿Nos podría adelantar algo más?

**R.:** Es más o menos la construcción sólida de esta entrevista. Sólo que mi libro está construido de manera estructurada, desde la ontología hasta la clínica.

Con relación a la psicopatología pienso que en esta obra se abre un concienzudo diálogo con el mundo psiquiátrico; es decir, relaciono la manera en la cual los psiquiatras conceptualizan las enfermedades psiquiátricas con la historia de la persona y su inclinación emotiva. Por ejemplo, la posibilidad de releer la psicopatología neurótica introduciendo la génesis de esa modalidad dentro del dominio emocional. Este diálogo, además, se funda sobre un análisis de la literatura neurocientífica sobre los trastornos. Y a pesar de que no se llega a abordar la terapia, se deja ver aspectos de ella. Pero esto será el tema central que espero escribir en mi próximo libro.

**P.:** “*Constructivismo, Fenomenología y Brain Imaging*”, fue la “mezcla” de aquel congreso organizado por su equipo en Bari en el 2003. ¿Habrà una segunda parte o sumará una nueva disciplina para el próximo?

**R.:** Este fue el último congreso de la Sociedad Constructivista, al cual –y esto habría que subrayarlo– se inscribieron solamente dos personas de la Sociedad Italiana de Terapia Cognitiva Comportamental, de la cual uno de los fundadores había sido Guidano. Esto para mí fue un signo interesante de la sensibilidad científica y el nivel político de aquella sociedad y fue también la ocasión para dar por finalizada mi relación con ella y con la mayoría de los cognitivistas italianos.

Después de este congreso fue el de Suecia en el que, siguiendo una idea de Mike, el constructivismo confluyó con el movimiento cognitivista (el de Beck). Y la decisión de no ir y participar fue mi resultado.

En realidad no sé si voy a llevar a cabo una segunda parte de aquel congreso de Bari; no lo sé. Por el momento espero organizar cosas más pequeñas para ponerme en contacto sobre todo con los estudiantes, con gente que tiene la pasión de investigar y de pensar. Por ejemplo, se está organizando cada año las *Guidano-Mahoney Memorial Lectures*, que son conferencias impartidas por determinado pensador de nivel internacional durante dos días.

Aquel congreso fue un esfuerzo muy grande, pero no tuvo repercusión. Era avanzadísimo, y aún se habla de él, pero... Fue interesante porque las cosas que se proponían en ese congreso se han desarrollado después en el curso de los años, quizás en los últimos cinco o seis años. También las personas que se encontraron en ese congreso se han vuelto a reunir luego y han llevado a cabo cosas juntas. Por ejemplo, profesionales de Copenhague, de Parma, de Ginebra, de EEUU, de Heidelberg, Londres... Pero yo podía haber empleado esos dos años de organización del congreso para haber escrito otro libro, por el tiempo y el esfuerzo...

**P.:** ¿Para cuándo un libro íntegramente dedicado a la Psicoterapia, un manual que fije de la manera más sistemática posible cómo hacer terapia desde este modelo?

**R.:** Yo espero que en los próximos cinco o seis años, sin congresos. No tengo así que dedicarme a la política, al movimiento, ni a nada... Escribir es mi vida, porque se va...

**P.:** ¿Qué espera del ejercicio de conjugar la historia personal de cada ser humano con las investigaciones empíricas de las neurociencias<sup>59</sup>?

**R.:** Desde el estudio conjunto de dos o tres disciplinas persigo el objetivo que más me interesa: encontrar nuevas posibilidades de curar. Para ello es necesario abrir nuevas vías de encuentro con la Psicofarmacología y con la Medicina, utilizando como medio para ello las nuevas posibilidades que se ofrecen desde las Neurociencias para estudiar el cerebro.

Si su funcionamiento es comprendido dentro de nuestra propia manera de ser corpórea, este órgano se vuelve el ámbito donde las investigaciones llevadas a cabo desde diferentes disciplinas pueden confluír. Es decir, a través del estudio del funcionamiento cerebral se ha podido abrir todo un campo de estudio de patología médica relacionándola con la experiencia del paciente y su propia historia. Así, se puede ver el cerebro de personas que padecen enfermedades psicosomáticas, u otras –como la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la hernia de disco, el infarto, el ictus, la hipertensión, la alteración de la tiroides, el asma, etc.– para ver qué

correlación tiene con determinadas áreas. Por ejemplo, una alteración en el sistema nervioso autónomo puede estar representada con una activación en la ínsula. Pero sabemos también que la visceralidad experimentada de las emociones corresponde con la misma área cerebral. Luego, se hace posible indagar y demostrar si la manera en que las personas experimentamos y regulamos nuestras emociones puede generar y/o contribuir a padecer determinadas enfermedades médicas.

**P.:** Con sus estudios tengo siempre la impresión que apunta a horizontes intelectuales que intenta aprehender, pero que para su mayor goce tiene la certeza que nunca los podrá acaparar. ¿Qué recibimiento ha tenido en usted “el decir del lenguaje” de las escrituras sagradas?

**R.:** Con pasión y con placer. Cada vez que practico la exégesis bíblica intento hacerlo de manera rigurosa, pero esta modalidad no me permite ejercerla con la constancia que quisiera. Las Escrituras Sagradas son un patrimonio donde se encuentra conservada la experiencia de la humanidad, y las personas que conozco y que practican la exégesis bíblica seria se empeñan de manera extraordinaria toda su vida. Es un legado del cual podemos recoger y descubrir aspectos profundos relacionados con el hombre y con su mundo espiritual, que no sólo pueden ser interpretados desde la fe.

**P.:** El poder ir siempre *más allá*, esta vez a través de sus estudios bíblicos, le lleva afrontar lo trascendente. Pero usted, siguiendo los pasos de Levinas, le pone un rostro: “Mirar al otro a la cara, haciendo sitio a su libertad –libertad que aúna y que separa– funda la relación con lo trascendente que es antes que nada, antes de cada dios, es la experiencia del otro, comprendido como irreductible alteridad”<sup>60</sup>. Sin embargo ¿por qué la frecuente práctica –desde el psicólogo más ilustrado hasta el vecino de al lado– de “reducir” la experiencia del otro?

**R.:** Porque el respeto del otro es un ejercicio que se tiene que practicar y no un formato que se puede aplicar, un esfuerzo que no es sencillo para ninguno de nosotros. Porque hacer espacio al otro implica encontrar un confín en tu propio espacio. Este empeño posibilita el diálogo, que es en sí mismo la celebración de la diferencia de la experiencia de dos seres distintos unidos por la palabra.

**P.:** Sin embargo, yo sí tengo la esperanza de reducir el tiempo que transcurra para la próxima entrevista. Los documentos que va dejando a su paso son un buen motivo para ello, y seguramente ese día volveré a apelar a su memoria para recobrar el tiempo pasado. Con relación a esto, a la recuperación de los vestigios, usted nos indica cuando es necesario recordar<sup>61</sup>, pero ¿hay momentos en la vida que también se hace necesario olvidar?

**R.:** El problema del olvido... creo que es necesario olvidar, pero también existen acontecimientos que deben ser recordados. Me refiero sobre todo a la historia de la humanidad. Incluso diría que hay acontecimientos que difícilmente pueden ser perdonados, como el holocausto.

Sin embargo, la memoria no puede volverse una justificación para que las personas nos detengamos y dejemos de andar. Es necesario avanzar asumiendo nuestra responsabilidad, con hechos de nuestra vida que jamás tienen que ser olvidados.

Pensemos en el testimonio que podamos dejar a las generaciones venideras para que puedan tener confianza en nosotros. Significa que tenemos la responsabilidad de poner bien de manifiesto el respeto por la humanidad del prójimo, debiendo ser pasado de generación en generación. En esa tarea es imprescindible seguir avanzando asumiendo las responsabilidades de nuestros propios hechos, incluso de aquellos que jamás podrán ser olvidados.

No obstante, la dificultad de su pregunta da mucho que pensar porque implica toda una reflexión sobre el problema de la memoria, el recuerdo y el olvido.

**P.:** Una última cuestión. Si nos empeñáramos en dar título a esta entrevista, apoyados incluso en su sagaz atrevimiento de cómo trata el mítico inconsciente<sup>62</sup> ¿podría asemejarse a aquel memorable título de “Mueren los...-ismos, vuelve la persona”<sup>63</sup>?

**R.:** Sí, es una buena conclusión. Me gusta mucho.

**P.:** Muchas gracias.

---

*Transcurridos más de diez años de la desaparición de Vittorio Guidano, el modelo post-racionalista ha seguido evolucionando. Su legado intelectual ha supuesto fuente de inspiración para generar nuevos avances. Siendo uno de sus máximos precursores actuales Giampiero Arciero, hemos tratado de llevar a cabo una revisión histórica del modelo y así desvelar las premisas teóricas en que se fundamenta sus nuevas propuestas.*

Las cuestiones planteadas en esta entrevista –iniciada en Santa Cruz de Tenerife y finalizada en Roma– se nutren de una revisión exhaustiva de artículos, cursos y libros del entrevistado pero también del diálogo de otras voces que han contribuido a enriquecer las conversaciones reflejadas en este trabajo.

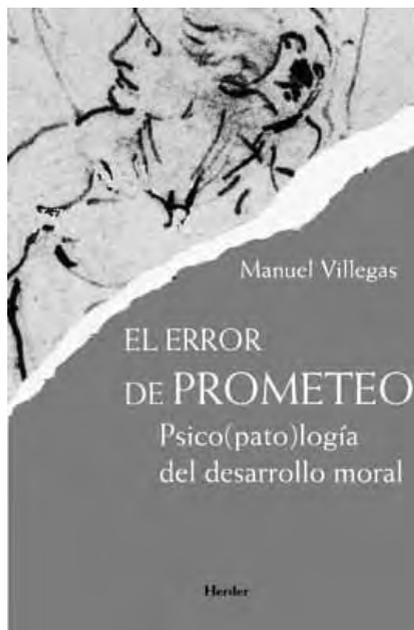
Palabras clave: *Post-racionalismo, Fenomenología, Hermenéutica, Neurociencias, Psicoterapia, Historia de la Psicología.*

## Notas y referencias bibliográficas:

1. Trujillo, S.D. (2004). *Entrevista a Giampiero Arciero*, [www.ipra.it](http://www.ipra.it) Santa Cruz de Tenerife.
2. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
3. Arciero, G. & Bondolfi, G. (en prensa). *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Wiley & Sons.
4. Guidano, V.F. (1994). *El sí mismo en proceso*, Editorial Paidós, Barcelona.
5. Guidano, V.F. (2006). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales*, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
6. James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9. 188-205
7. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*, pp. 117 y 144
8. Arciero G. (2006). *Sulle tracce di sé*, pp. 116-117
9. Arciero, G. (1989). *Evolutionary epistemology and scientific psychology: from epistemology to ontology*, [www.ipra.it](http://www.ipra.it); Arciero, G. (1989). *Understanding and psychotherapy*, Manuscrito inédito, Santa Bárbara: University of California.
10. Arciero, G. (1989). *Evolutionary epistemology and scientific psychology: from epistemology to ontology*, p. 7; Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*, p. 163.
11. Arciero, G. (1989). *Evolutionary epistemology and scientific psychology: from epistemology to ontology*, p. 8.
12. Pregunta sobre el sentido y el significado del hacer planteada a lo largo del ensayo IV con el objetivo de dilucidar qué perspectiva teórica alcanza a comprender la experiencia subjetiva del otro (Arciero, 2006).
13. “Con Ricoeur comparto la convicción que la conversación no existe como un fin en sí, para su propia gloria, sino que en toda su forma busca llevar al lenguaje una experiencia, un modo de vivir en el mundo, que precede y que requiere de ser dicho. Para mí el espacio entre experiencia y lenguaje, el espacio del modo referencial, es el dominio de mi práctica”. (Arciero, 1993 *Tu ed io: Appunti per una fenomenologia*, En D’Errico, Menoni y Sacco, p.122).
14. Ricoeur, R. (1995). *Crítica y convicción*, Editorial Síntesis, Madrid, p. 125.
15. Arciero, G. y Guidano V. (2000). Experience, explanation and the quest for coherence, en R.A. Neymeyer y J.D. Raskin, (eds.). *Constructions of disorder*, Washington, DC: American Psychological Association.
16. Arciero, G. (2005). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
17. *Ibid.*, p. 13.
18. *II Curso de Formación Psicoterapeutas Post-racionalistas*, Santa Cruz de Tenerife, mayo 2005; *Constitución emocional e identidad personal*, Santiago de Chile, noviembre 2005; *Actualizaciones sobre el modelo constructivista post-racionalista: el Sí Mismo*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2006.
19. *Body Image and body experience*. Manuscrito inédito. Universidad de California, Santa Bárbara.
20. A pesar de que el autor de los primeros escritos trate de aclarar los presupuestos que guían la comprensión del fenómeno psicoterapéutico a través de la base biológica de la cognición y, en concreto, del principio de auto-organización. (Arciero, 1989 *Evolutionary epistemology and scientific psychology: from epistemology to ontology*, [www.ipra.it](http://www.ipra.it); Arciero, 1989 *Understanding and psychotherapy*, Manuscrito inédito, Santa Bárbara: University of California).
21. *Curso avanzado en neurociencias, fenomenología y constructivismo*, Milán, marzo 2007.
22. *I Symposium internacional sobre neurociencias y psicopatología: “Neuronas Espejo”*, junio 2007.
23. Hasta *Experience, explanation and the quest for coherence*, op. cit.
24. En adelante O.S.P.
25. Arciero, G. (2005). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal*, p. 15.
26. *Ibid.*, p. 16.; *Ibid.*, cap. 3.

27. Arciero, G. (2006). *Sulle la trace de sè*, p. 102.
28. *Ibíd.*, p. 132.
29. Con este nombre se hace referencia a la creación de una figura entre el profesado escolar con el objetivo de crear y estabilizar una relación significativa con aquellos alumnos que presenten mayores dificultades de comportamiento dentro del centro. Este proyecto se viene realizando desde hace varios años en distintos colegios de primaria y secundaria de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria. Para una profundización sobre el proyecto remitimos a Cabrera, E.; Trujillo, D.; De León, C.; De León, C.; Ferrer, D.; García, E. (2006). Tutorías Afektivas. El papel del profesorado en la estabilidad emocional del alumnado. *Revista de Pedagogía*, nº 360, pp. 36-39.
30. Guidano, V. (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford Press, pp. 210
31. *I Curso de Formación de Psicoterapeutas Post-racionalistas*, Santa Cruz de Tenerife, 1998-2002; *Lezioni di V.F. Guidano*, [www.ipra.it](http://www.ipra.it) enero 1999.
32. *II Curso de Formación Psicoterapeutas Post-racionalistas*, Santa Cruz de Tenerife, mayo 2005, junio 2006.
33. *Actualizaciones sobre el modelo constructivista post-racionalista: el Sí Mismo*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2006; Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*, p. 163
34. *Actualizaciones sobre el modelo constructivista post-racionalista: el Sí Mismo*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2006.
35. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sè*, p. 95
36. Como así se pusiera de manifiesto cuando la princesa expresa su dificultad en asumir los lógicos consejos del filósofo: “Pero nunca he sabido hacer tal cosa sino después de que la pasión hubiese intervenido. Hay en las desventuras algo que siempre me sorprende, aunque las haya previsto de antemano, y que no consigo dominar más que cuando ha pasado algún tiempo, durante el cual padece mi cuerpo desórdenes tales que precisa de varios meses para reponerse, aunque pocas veces trascurren esos meses sin que suceda algún otro acontecimiento perturbador” (Descartes, R., 1999, *Cartas con Isabel de Bohemia y otras cartas*, Alba Editorial, Barcelona, p. 74).
37. Hacemos mención aquí a la distinción establecida entre auto-dirigidos y hetero-dirigidos (Riesman, D., 1964 *La muchedumbre solitaria*, Editorial Paidós, Buenos Aires).
38. “En el modelo de trabajo anterior, en terapia tú tenías que extraer a través de la situación inmediata el sentido de la emoción, que eran emociones siempre básicas. Para un *outward* se insistía en cómo se sentía repetidamente en cada situación, para encontrar la emoción básica. Esto era una modalidad de reducir una manera de ser de estar enfocado sobre lo externo a una manera de ser de estar enfocado sobre lo interno. Ésta modalidad era la clásica del Sí Mismo moderno. Esto ahora va a cambiar totalmente” *Constitución emocional e identidad personal*, Santiago de Chile, noviembre 2005.
39. *II Curso de Formación Psicoterapeutas Post-racionalistas*, Santa Cruz de Tenerife, abril 2005; mayo 2007; I *Symposium internacional sobre neurociencias y psicopatología: “Neuronas Espejo”*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2007.
40. Arciero, G. y Guidano V. (2000), Experience, explanation and the quest for coherence, en R.A. Neymeyer y J.D. Raskin, eds. *Constructions of disorder*, Washington, DC: American Psychological Association.
41. Taller práctico de psicoterapia. Principios del modelo constructivista post-racionalista. Transcripción de la exposición del caso *Una sesión interesante*, Santa Cruz de Tenerife, noviembre 2008.
42. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sè*.
43. “¿Por qué identidad? Porque la historia que vamos a contar, nuestra narración tiene que ser idéntica a la experiencia vivida. Entonces, el paciente trae a un problema en terapia reconfigurando la experiencia de una manera que no es congruente con su experiencia misma. Es una ruptura de la identidad y continua a generar el mismo problema porque no hay solución” (*Actualizaciones sobre el modelo constructivista post-racionalista: el Sí Mismo*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2006).

44. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sè*, p. 117.
45. Op. cit., p. 143.
46. *II Curso de Formación Psicoterapeutas Post-racionalistas*, Santa Cruz de Tenerife, abril 2005; *Actualizaciones sobre el modelo constructivista post-racionalista: el Sí Mismo*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2006.
47. La diferencia evidente entre los prólogos de la primera edición en italiano y la segunda edición en castellano de la obra *Estudios y Diálogos sobre la Identidad Personal* pone de manifiesto, en el intervalo de tres años, la ampliación al ámbito neurocientífico las temáticas planteadas en aquel libro.
48. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sè*, p. 183; *Curso avanzado en neurociencias, fenomenología y constructivismo*, Milán, noviembre 2007.
49. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sè*, pp. 195-196; *Curso avanzado en neurociencias, fenomenología y constructivismo*, Milán, noviembre 2007.
50. *II Curso de Formación Psicoterapeutas Post-racionalistas*, Santa Cruz de Tenerife, abril 2005; *I Symposium internacional sobre neurociencias y psicopatología: "Neuronas Espejo"*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2007.
51. *Curso avanzado en neurociencias, fenomenología y constructivismo*, Milán, noviembre 2007.
52. *Ibid.*
53. Comunicación personal (2006).
54. *Curso avanzado en neurociencias, fenomenología y constructivismo*, Milán, noviembre 2007.
55. *Actualizaciones sobre el modelo constructivista post-racionalista: el Sí Mismo*, Santa Cruz de Tenerife, junio 2006.
56. *Curso avanzado en neurociencias, fenomenología y constructivismo*, Milán, noviembre 2007.
57. *II Curso de Formación Psicoterapeutas Post-racionalistas*, Santa Cruz de Tenerife, mayo 2007.
58. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sè*, p. 50 (nota 17 a pie de página).
59. "El hecho y la diferencia fundamental de nosotros es que antes de mirar el cerebro, miramos la historia sobre la persona. No es un cerebro, es mi cerebro, es mi experiencia, la *Jemeingkeit*" (*Curso avanzado en neurociencias, fenomenología y constructivismo*, Milán, noviembre 2007).
60. Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sè*, p. 155.
61. Son diversas las ocasiones a lo largo de su última obra en las cuales se pone en evidencia que tal ejercicio se hace imprescindible llevar a cabo para el autor: "Algo parecido ocurre en la vida real, sobre todo cuando una vida "reclama" ser examinada. Es decir, cuando emerge en el presente un cambio de perspectiva que no puede ser integrado con una operación de reajuste de la trama (del primer plano y de su contexto), sino que implica una recomposición del trasfondo y del mundo al cual ello alude" (Arciero, G. 2006 *Sulle tracce di sè*, p. 169; ver también pp. 34-35 y p. 143).
62. El autor desarrolla una visión del inconsciente alejada de aquella perspectiva freudiana por el cual tal dimensión era un lugar o un mecanismo donde se hallaba fijado el sentido del ser humano, pudiendo éste ser descifrado mediante la interpretación de la experiencia onírica. Así, toda vida consciente era puesta en sospecha y la responsabilidad de cada hombre resultaba socavada. Arciero -aún admitiendo que cada momento de conciencia se sustenta en contigüidad de una materia perceptiva, afectiva y memorial llamada inconsciente- se refiere a la persona como el agente y sufriente capaz de determinarse a sí mismo por lo que quiere, hace y consiente (Arciero, G. 2006 *Sulle tracce di sè*, pp. 166-170 y 193-199).
63. Hacemos alusión a un artículo de Paul Ricoeur "Muere el personalismo, vuelve la persona", donde intenta calificar la persona como el soporte de una actitud, de una perspectiva, de una aspiración, mostrando a la vez sus reticencias a la hora de utilizar un término para el movimiento finalizado en *-ismo* (Ricoeur, P., 2000 *Amor y justicia*, Editorial Caparrós, Madrid).



Manuel Villegas

## El error de Prometeo

Psico(pato)logía del desarrollo moral

486 páginas  
14,1 x 21,6 cms  
Rústica con solapas



ISBN: 978-84-254-2763-3

Precio s/ IVA: 28,65 €  
Precio c/ IVA: 29,80 €

Palabras clave

Ensayo: Psicopatología moral personalidad

Mayo 2011

### Síntesis

Prometeo consiguió arrebatar el fuego y la técnica a los dioses para dárselo a los hombres pero se le olvidó dotarlos de un sistema de regulación que les permitiera vivir en paz y armonía consigo mismos y sus semejantes. Tuvo que ser el propio Zeus -nos cuenta Platón en el Protágoras- quien subsanara este error, dotándoles de conciencia moral para el cumplimiento de esta función.

Hoy podemos afirmar que la aparición de la conciencia moral no es el resultado de un don divino sino que sigue un proceso evolutivo de construcción a través de las diferentes etapas del desarrollo psicológico. Este proceso implica un coste en términos psicológicos, dado que combinar los intereses propios con los de los demás no se hace sin generar una cierta tensión estructural en el sistema de regulación moral. El resultado pueden ser trastornos de personalidad o ansioso-depresivos. Este libro presenta las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral.

### Autor

**Manuel Villegas Besora** es doctor en psicología y profesor en la Universidad de Barcelona desde 1974. Su actividad docente ha estado dedicada a la formación y supervisión de terapeutas en universidades españolas, iberoamericanas e italianas. Director de la *Revista de Psicoterapia* desde 1990 ha convertido esta publicación en un referente en el ámbito nacional e internacional en su género. Desde el punto de vista profesional tiene una larga experiencia como terapeuta individual, de grupos y de pareja. Es miembro de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas de la que fue socio fundador y presidente durante más de una década.

### Otros títulos relacionados

Salomón Resnik *Tiempos de glaciaciones*

A.P. Morrison, J.C. Renton, P. French y R.P. Bentall

*¿Crees que estás loco?*

Antoni Talarn (ed.) *Globalización y salud mental*

Irvin D. Yalom *Psicoterapia existencial*

# ENTREVISTA CON MANUEL VILLEGAS SOBRE “EL ERROR DE PROMETEO. PSICO(PATO)LOGÍA DEL DESARROLLO MORAL”

Guillem Feixas  
Universitat de Barcelona  
gfeixas@ub.edu

---

Guillem Feixas: Quisiera empezar destacando la defensa que haces en tu libro de una visión del ser humano centrada en la libertad, en la posibilidad de decidir, cosa que es algo muy nuclear en lo que yo sé de tu carrera intelectual, que te llevó hacia el existencialismo, y es el tema que se halla en la base de tu tesis doctoral sobre “La psicoterapia existencial”. El estudio de la libertad humana, y de cómo hacemos uso de ella, ha sido el eje vertebrador de toda tu evolución psicológica, teórica y clínica, y ha madurado en esta obra que tiene grandes implicaciones tanto evolutivas como de comprensión de la psicopatología. Constituye, además, un proyecto de una fuerte reivindicación de todo lo psicológico que hay en el ser humano y de todo el interés que tiene la psicoterapia en el campo de la salud y en lo más estrictamente humano. Me parece una aportación muy sustancial y que ayuda a entender aquello que los psicopatólogos consideran enfermedad, como parte de una crisis y un conflicto básicamente en el uso de la propia libertad individual, de la conciliación de la posición entre uno mismo y los demás y con el mundo. Por todo ello tu obra “El error de Prometeo” me parece una aportación muy sustancial.

Manuel Villegas: Gracias, Guillem por tus comentarios tan generosos. Has hecho un resumen muy válido, muy nuclear y acertado en cuanto a señalar por dónde va la inserción del modelo en el ámbito de la psico(pato)logía y la psicoterapia, en general.

Guillem Feixas: Me gustaría empezar con el tema de la existencia que postulas de subestructuras de regulación moral y considerar si son independientes o no lo son. La referencia al auriga que utilizas en tu libro, al hablar del papel de la autonomía, es una metáfora didáctica muy útil, pero que da a entender la independencia de los cuatro caballos de la cuadriga entre sí y la del auriga. Y si son independientes ¿cómo se integran o se subsumen evolutivamente?

Manuel Villegas: Podríamos decir que la metáfora del auriga resulta particularmente apropiada para explicar la entidad propia de cada una de las subestructuras, representadas por los distintos caballos de la cuadriga, las cuales pueden estar integradas entre sí y funcionar armónicamente, o no. Nos es útil, especialmente, además, para explicar las crisis como resultado de un conflicto entre las partes, cuando no se da integración, sino disgregación entre ellas, y para explicar el papel de la autonomía, que como auriga tiene que conseguir llegar a una integración de la fuerza de todos y cada uno de los caballos en la misma dirección. A veces puede darse que, temporalmente, funcione la integración entre los diversos subsistemas, pero que ante una situación de conflicto no se sepa cómo integrarlos: una de las subestructuras puede intentar dominar sobre las demás o tirar del carro hacia un lado o hacia el otro. En este sentido la metáfora del auriga nos sirve más para entender la conflictividad o la falta de integración en el sistema y, en cambio, la de las matrioshkas rusas podría servir para referirse a la evolución integrada o armónica de cada una de las etapas del desarrollo en que se incluyen o subsumen las demás.

Guillem Feixas: La dificultad que me genera esta cuestión es que al principio el modelo se plantea como que van apareciendo y se van integrando sucesivamente unas subestructuras en las otras; una vez se ha pasado a la anomía, la prenomía ha quedado como archivada o incluida en la anomía, o, al menos, puede dar esta impresión, y en cambio en un momento determinado pueden entrar varias subestructuras simultáneamente en conflicto. El modelo quiere ser al mismo tiempo evolutivo y estructural, pero es difícil de congeniar. Esto es lo que me resulta difícil de entender.

Manuel Villegas: Ciertamente. El modelo es evolutivo y estructural al mismo tiempo. Es evolutivo, porque la formación de las diferentes estructuras de regulación experimenta ciertas pautas críticas en su proceso evolutivo, siguiendo un orden en teoría predeterminado, por lo que las tareas adscritas a ciertos momentos se presentan específicamente en unos momentos y no en otros, aunque no se trata de compartimentos estancos. Por ejemplo, la oblatividad o la complacencia son estrategias específicas de la socionomía, aunque son conceptos transversales, que, como las emociones, pueden aparecer ocasionalmente en otras fases como la anómica (por ejemplo complaciendo o seduciendo) o la heteronómica (haciéndose

cargo de otros por necesidad u obligación), pero que críticamente se consideran específicas de un momento evolutivo posterior, la socionomía; del mismo modo que la culpabilidad o la vergüenza lo son de la heteronomía, aunque pueden darse también en la socionomía o incluso anticiparse en la anomía. Evidentemente un niño puede estar parentalizado a los siete años y puede empezar a desarrollar una regulación oblativa para proteger, en el contexto de un triángulo dramático, a la madre víctima de un padre perseguidor o a un hermano pequeño, desamparado. Este niño, que evolutivamente debería estar desarrollando la heteronomía, se ve forzado a hacerse cargo de una situación prematura. Sin embargo, no podemos hablar propiamente de socionomía vinculante oblativa, puesto que el vínculo filial o fraternal ya existe desde el nacimiento, mientras que en la socionomía se trata de desarrollar vínculos nuevos con relaciones no preexistentes. Se trataría más bien, en este caso, de una heteronomía inversa, en la que el niño asume por obligación o necesidad las responsabilidades de los padres, desde una posición oblativa prematura.

Guillem Feixas: Una cosa es el modelo canónico y otra los cursos atípicos, que pueden seguir determinadas personas según las circunstancias.

Manuel Villegas: Exactamente. El modelo lo que intenta es explicar la ontogénesis de las estructuras de regulación moral, que va siguiendo unas fases que tienen momentos críticos. El modelo es evolutivo, hemos dicho, pero también estructural, como lo es el cerebro que reproduce en su estructura la evolución filogenética, dando lugar a una estructura evolutivamente diferenciada, paleo-, meso- y neo-cortical, pero integrada funcionalmente, aunque esta integración puede sufrir alteraciones más o menos graves, atribuibles a traumas de naturaleza física o psicológica. No podría haber conflictos estructurales, si esa estructura de regulación moral no fuera innata o, por el contrario, desarrollada evolutivamente, como es el caso. Al igual que una persona adulta que está en una posición prenómica, totalmente dependiendo de los demás, victimista, por dificultades, por conflictos o por inmadurez evolutiva, se está regulando de forma disfuncional en relación a su momento evolutivo.

Guillem Feixas: Tú planteas que la metáfora del auriga sirve para explicar cómo en un momento determinado alguien que está relativamente integrado ante una situación discrepante que lo pone en juego, se puede desestabilizar, pero que antes podía estar bien. El funcionamiento habitual de una persona que no tiene crisis ¿puede regularse de forma predominantemente heteronómica o socionómica y no tener conflicto? ¿Una persona que tiene una relación extramarital con un amante (me refiero a uno de los casos del libro) y hasta que no se descubre, no tiene ningún problema? ¿Está integrado o algo no andaba ya bien? Si no, parece que se establece

una igualdad entre crisis y falta de integración. Por ejemplo un niño de 12 años que no tiene una autonomía desarrollada puede ser muy feliz, y a lo mejor es puramente anómico ¿Cómo es eso?

Manuel Villegas: Integración significa aquí ausencia de discrepancia entre los distintos sistemas de regulación. Esta cuestión se puede comparar al estado de salud del organismo. Cuando el organismo funciona de forma integrada, no hay síntoma o malestar, hasta que se presenta una disfunción por enfermedad o accidente traumático. Del mismo modo el organismo del bebé no es igual al del adulto, y sin embargo, aunque no haya realizado todo su desarrollo, podemos decir que funciona de forma integrada en relación a su momento evolutivo. Por eso, un niño de doce años, o uno de cuatro, puede estar bien, aunque no sea autónomo. En el ejemplo del amante, la vivencia subjetiva que en términos tradicionales podríamos llamar egosintónica, no presenta discrepancia hasta que no aparece algún elemento perturbador del sistema, como que la relación se haga pública; entonces surgen amenazas de culpa, vergüenza o ruptura, que son las que activan la regulación heteronómica o socionómica, que hasta aquel momento estaban acalladas o subsumidas en la anómica. No se ha de confundir aquí la palabra moral como sustantivo, sino como adjetivo, no se trata de un criterio de juicio ético, sino un criterio de regulación de las estructuras

Guillem Feixas: De cómo se regula moralmente, no de si está bien o mal, desde luego; está fuera de lugar discutir si es correcto o no. Pero la pregunta es si antes de que esto pasara, si las personas que están contentas con su vida, están bien integradas, o puede que haya quienes son heteronómicas o bien oblativas. Lo digo porque tal como lo escribes parece que si no hay conflicto, la persona está integrada. ¿La persona que funciona heteronómicamente y la cosas le van bien ¿es autónoma, o no?

Manuel Villegas: No; es diferente. Una cosa es la integración y otra la autonomía. La integración es un estado del sistema. Por ejemplo, desde el punto de vista evolutivo, no se puede decir que un niño o un adolescente no estén integrados, por el hecho de que les falte desarrollar todavía una, dos o más subestructuras de regulación; pero tampoco significa que sea ya autónoma, porque si está funcionando heteronómicamente, en base a criterios externos e impersonales, no puede todavía decidir por sí mismo. Pero eso no significa que haya discrepancia entre los sistemas de regulación que estén activos en aquel momento, a no ser que haya un elemento que los distorsione. Y si lo hay, a lo mejor no se entera o lo somatiza. Por ejemplo un niño puede sentirse muy feliz, obedeciendo las normas de sus padres que le cubren bien sus necesidades y regulan de una forma razonable sus deseos e impulsos. Esto tiene que ver también con la demanda terapéutica. Se produce una

demanda o se percibe un malestar cuando hay una percepción interna de discrepancia. Tal vez habría que hablar en estos casos más de discrepancia o disgregación del sistema, por ejemplo cuando un niño o un adolescente manifiestan problemas adaptativos

Guillem Feixas: Lo digo porque en el libro parece que haya una especie de identidad entre integración y autonomía, dado que el auriga es el jinete autónomo que lleva los cuatro caballos.

Manuel Villegas: No existe una correspondencia biunívoca: La autonomía supone integración, pero la integración no supone, necesariamente, autonomía. La función de la autonomía es solicitada cuando se hallan presentes los cuatro subsistemas en juego y, aunque sea momentáneamente, no están integrados entre ellos, en cuyo caso sólo es posible una integración de orden superior, a través de una regulación sintética, resultado de la relación dialéctica entre tesis (por ejemplo regulación anómica: deseo de estar con el amante) y antítesis (por ejemplo, regulación socionómica: miedo a perder la relación con la esposa y los hijos), porque la síntesis no se ha producido de forma evolutiva, espontánea o funcional. La autonomía es una función sintética entre los cuatro subsistemas de regulación. Esta síntesis no se produce de forma automática, no corresponde a ningún estadio evolutivo, propiamente dicho, y por tanto es inevitable replantearse continuamente la necesidad de esta función sintética, en particular cuando existe un conflicto entre los diversos sistemas de regulación.

Guillem Feixas: ¿Podrías desarrollar más este tema?

Manuel Villegas: Una anécdota relativa a la biografía de Victor Frankl, el fundador de la Logoterapia, permite explicarlo dramáticamente. A finales de 1941, le fue concedido a Frankl un visado para emigrar a los Estados Unidos, lo que le permitía escapar del peligro de deportación o internamiento en un campo de concentración, dada su condición de judío, y le abría la posibilidad de desarrollar su modelo terapéutico en el país de acogida. Sin embargo, enseguida aparecieron las dudas. El visado era estrictamente personal, lo cual impedía que ninguno de sus familiares pudiera viajar con él. “¿Debería dejar solos a mis padres ante la amenaza de ser deportados? ¿Debería arriesgar mi vida, mi futuro y mi obra por brindar a mis padres una dudosa protección y un auxilio posiblemente ineficaz? ¿Tengo alguna responsabilidad en este caso? ¿Debería sacrificar a mi familia –se preguntaba finalmente angustiado- por el desarrollo de una obra a la que he dedicado toda mi vida?”. Todas estas preguntas, le planteaban a Frankl un dilema que antes no existía. Por lo tanto hasta este momento el sistema no estaba en discrepancia interna, las partes estaban integradas entre sí, no estaba en cuestión un problema nuclear, se

puede decir que estaba funcionando de forma autónoma, porque podía tomar sus decisiones sin conflicto. Hasta aquel momento los distintos sistemas de regulación moral estaban integrados entre sí: tenía cubiertas sus necesidades (había sido nombrado recientemente director del departamento de neurología del hospital judío Rotschild), estaba cumpliendo con sus deberes y trabajando, como buen adleriano, en pro de la sociedad. Había escrito ya su primera obra, que era la gran ilusión de su vida por aquel entonces, aunque no le había sido posible publicarla todavía en aquellas circunstancias. En Estados Unidos se le abría la posibilidad de hacerlo, tal vez de conseguir una cátedra en alguna universidad o un puesto como neurólogo en alguna clínica psiquiátrica. Incluso sus padres le animaron a irse, puesto que querían verle seguro y a salvo, con un brillante porvenir. Sin embargo, para Frankl el visado representaba una fuga, un abandono o una traición. Una duda terrible le invadía y no era capaz de tomar una decisión para la que necesitaba de una regulación externa o, en sus palabras, de “una señal del cielo”. En este estado de agitación interna salió a dar una vuelta y en su caminar errante pasó por delante de la catedral de Viena, entró en su interior donde estaba sonando el órgano; se quedó meditando un rato, con lo que se calmó momentáneamente. Continuó su paseo hasta llegar a casa de sus padres. Una vez allí, le llamó la atención un trozo de mármol blanco en el escritorio de su padre, que nunca antes había visto. Llevado por la curiosidad, le preguntó al padre qué era aquella piedra, el cual le respondió que la había recogido de los restos de la Sinagoga Mayor de Viena, que había sido derruida por los nazis la *noche de los cristales rotos* (noviembre de 1938). En ella se podía leer una inscripción referente al cuarto mandamiento de la ley mosaica, que reza así. “Honra a tu padre y tu madre para que tus días se prolonguen sobre la tierra”. “Y así fue –escribirá más adelante en su autobiografía– cómo me quedé *sobre la tierra*, junto a mis padres, y dejé que caducara el visado”. Sus padres murieron luego en el campo de concentración, pero él milagrosamente se salvó. En ese momento necesitaba una regulación externa, no podía tomar una decisión autónoma, lo veía como un exceso de responsabilidad, y el trozo de mármol de la sinagoga se convirtió en una señal divina (heteronomía, en forma de mandamiento), en virtud de la cual tomó su decisión... Este ejemplo nos indica que la integración de un sistema de regulación moral no es nunca definitiva, puesto que, en el momento menos pensado, un acontecimiento externo o interno que supongan un conflicto, pueden desestabilizarlo gravemente, haciendo necesario un nuevo proceso de síntesis.

Guillem Feixas: Bueno este es otro elemento que me gusta mucho del modelo: el enfoque en los conflictos y dilemas con que nos encontramos los humanos, que están a la base de la psicopatología. Pero el fondo de toda esta cuestión entre las dos metáforas (el auriga y la matrioshka) es que hay una cosa que me preocupa que es saber si en el modelo hay tipologías de personas o no; por ejemplo: personas “anómicas” o “sacionómicas”, como en el modelo de Vittorio Guidano que

contiene cuatro organizaciones de significado. De alguna manera el modelo de Guidano se supone que una persona con un tipo de organización determinado, estructural, puede ser muy feliz y continuar muy bien hasta que un día se desestabiliza frente a una situación crítica, dando lugar a una sintomatología patológica y no otra. En el modelo del desarrollo moral también se produce una sintomatología u otra en función de qué caballos entran en juego. Está implícito que hay un tipo de estructura. Por ejemplo: ¿podemos decir de alguien que es “hiperheteronómico”? Esto es una categorización, ¿el modelo sirve para categorizar?

Manuel Villegas: Yo repito en mis clases a los alumnos que eviten decir que tal persona “es heteronómica o socionómica”, sino que digan que “se regula heteronómica o socionómicamente”, que la regulación dominante puede ser una u otra, si no la persona no podría cambiar. Porque una de las cosas que tiene el modelo de Guidano es que teóricamente la organización no cambia. La gente no cambia de sistema de organización. Y esto es algo precisamente que yo quería evitar. A la gente, hablando, le resulta más cómodo decir que “es”, que no que se regula, pero el modelo quiere evitar la identificación entre regularse y ser, porque además, evolutivamente, una persona en una época sería una cosa y después otra, o lo sería para siempre. Cuando alguien hubiera conseguido la autonomía lo sería ya para siempre y no es cierto, puesto que el sistema puede estar sometido a constantes tensiones que la pongan en juego. Uno puede regularse en un momento determinado o en función de contextos variantes, de una manera u otra, pero no cambiar de ser, de un momento para otro. De ahí vienen las oscilaciones en el sistema y precisamente la patología suele estar relacionada con la rigidez o falta de flexibilidad de alguno de los sistemas de regulación que impide la autonomía. Cuando se producen oscilaciones en el sistema, como en el ejemplo de Víctor Frankl, significa que, al menos en aquel caso, no se ha llegado a una síntesis integradora, la cual es función de la autonomía.

Guillem Feixas: Ya veo. Sin embargo, creo que hay esta confusión entre ausencia de conflicto igual a autonomía y autonomía como igual a integración. Puesto que esta persona que está descrita que se regula en relación a los demás, esta persona que en su conjunto no está bien, en ciertos momentos puede sentirse satisfecha en sí misma o de acuerdo consigo misma, aunque luego pueda estar en conflicto. Esta persona que en conjunto no está bien, ¿puede estar regulándose de forma autónoma?

Manuel Villegas: La pregunta es muy pertinente porque, efectivamente, es fácil confundir. La idea es no confundir estar satisfecho o de acuerdo consigo mismo, con regularse de forma autónoma. La idea es que la regulación autónoma, entendida como capacidad de decidir en el ámbito personal, relacional y social,

requiere el desarrollo de los sistemas de regulación anteriores. Un niño puede estar haciéndose cargo funcionalmente de un hermano pequeño, pero no puede, ni siquiera legalmente, asumir su custodia. Los niños en edades anteriores a conseguir la capacidad de regulación autónoma o las personas que se regulan de una forma predominantemente anómica, heteronómica o socionómica, pueden estar igualmente integradas, mientras no entren en conflicto, pero eso no significa que sean capaces de regularse de forma autónoma.

Guillem Feixas: Avanzando en estos temas me gustaría plantearte ¿cómo influye el tema de la familia y del apego en la formación de los sistemas de regulación moral?

Manuel Villegas: Evidentemente que la familia, la cultura, en sentido antropológico, la sociedad, la escuela, las amistades influyen en el proceso evolutivo, pero el modelo pone el enfoque en la constitución de los sistemas de regulación moral, lo demás pasa a ser contexto, figura y fondo. El modelo está focalizado sobre la ontogénesis de los sistemas de regulación, no sobre la etiogénesis que, más allá de los factores evolutivos, es multicausal. Por ejemplo, en la etapa prenómica, si los padres son nutritivos, favorecerán una resolución positiva, si no, dejarán muchos temas por resolver. Si dan lugar a un apego inseguro, por ejemplo, generarán una actitud más reticente a la socialización y a la vinculación adulta. Esto está totalmente admitido. Son muchos los modelos que consideran aspectos contextuales respecto a la etiogénesis de una estructura psicológica y todos son bienvenidos, pero es imposible dar merecida cuenta de todos y cada uno de ellos.

Guillem Feixas: Yo pensaba, por ejemplo en el caso de la triangulación, como cuando una niña de siete años se halla con que su madre le explica cosas que no le tiene que explicar, las malas jugadas que le hace el padre a la madre, que la triangulan, siente que la tiene que defender y toma como proyecto vital proteger y cuidar a esta madre y atacar al padre y entonces se pelea con el padre por cosas que no tienen nada que ver. Esto afecta enormemente al desarrollo de un niño. Es un ejemplo que me queda desdibujado en el libro. No me queda claro, por un lado, cómo afecta la estructuración familiar y si la regulación socionómica, como en este caso, no está presente y es muy importante mucho antes de la adolescencia, sobre todo en relación a los padres.

Manuel Villegas: Cuando hablas de socionomía estás pensando en complacencia o en oblatividad, que son actitudes o estrategias transversales. En cambio, la palabra socionomía hace referencia a la socialización extrafamiliar. En el modelo se introduce el término socionomía para referirse al pasaje del núcleo familiar a la sociedad.

Guillem Feixas: Este niño que quiere complacer a la madre, sin embargo, no lo veo recogido. Si lo socionómico tiene que ver con lo extrafamiliar, ¿cómo se explica que haya gente que toda la vida está intentando complacer a los padres o haciendo la carrera que ellos desearían? Lo que me parece que es muy importante ya en el ámbito familiar y, en consecuencia, me lo pone más difícil de entender.

Manuel Villegas: Lo ves más complicado, porque la primera vez que aparecen en la descripción del modelo, la complacencia y la oblatividad, es a propósito de la socionomía, y puede parecer que sean términos equivalente o inherentes a ella. Pero no es así: estas dos modalidades sirven para distinguir dos momentos evolutivos del sistema de regulación socionómico, pero la complacencia, o la oblatividad, al igual que la rebeldía o la sumisión, el negativismo o la empatía, la culpa o la vergüenza son transversales y pueden darse indistintamente, casi en cualquier sistema de regulación moral. Algunos niños que en su infancia asumen una posición complaciente u oblativa con sus padres, o hermanos, han generado un tipo de vinculación complaciente u oblativa, que luego se arrastra toda la vida o gran parte de ella. Por ejemplo, en el libro se hace referencia con bastante detalle al caso Miguel, que es una muestra de ello, explicando toda su historia de triangulación familiar y la asunción del rol de cuidador y protector de la madre y los hermanos, frente a un padre ausente y violento.

Guillem Feixas: Ya, entonces, ¿cómo debemos denominar a este tipo de regulación en la infancia?

Manuel Villegas: Evolutivamente hablando, es prematuro que los niños asuman en su infancia una función complaciente u oblativa hacia los padres, cuiden de ellos o de los hermanos, como también lo es la sexualidad genital en la infancia, no sólo por la inmadurez anatómica, sino por la hormonal y psicológica. De modo que constituye un abuso para el que el niño o la niña no están preparados, no les corresponde. Que no les corresponda una actitud oblativa, sin embargo, no significa que no suceda, en muchos casos. Yo no le pondría el nombre de socionomía, dado que ésta constituye una regulación determinada por la necesidad de integrarse en el mundo de los iguales, de las relaciones simétricas, lo que corresponde a la adolescencia y de la juventud en adelante, a través de la creación de nuevos vínculos, en los que el enamoramiento (con toda su carga hormonal) o la paternidad, por ejemplo, los roles sociales y la identidad sexual, juegan un papel esencial. La complacencia o la oblatividad en la infancia tiene que ver más bien con el mantenimiento del vínculo parental, que en la relación de los niños con sus padres debería ser asimétrico, de autoridad de los padres hacia los hijos, en su sentido etimológico, que es de “ayudar a crecer”, del verbo “*augere*” (en latín “aumentar”), basada en criterios impersonales de conveniencia, cuidado personal y bienestar

colectivo. Y esta tarea ya tiene que ser suficientemente gratificante para los padres. En una relación sana entre padres e hijos, de amor y aceptación incondicional, no se supone que los hijos tengan que desarrollar sistemáticamente actitudes complacientes u oblativas. Puede suceder eventual o puntualmente, lo mismo que se dan actitudes sumisas o rebeldes hacia los padres, pero en ningún caso constituyen una fase evolutivamente diferenciada de la anomía o de la heteronomía, como en cambio sí, si se consideran fases específicas de la sacionomía. Es inadecuado que durante la infancia las relaciones entre padres e hijos sean simétricas, como si fueran amigos, colegas o compañeros, como también lo es que lo sean inversamente asimétricas, los hijos haciendo de padres. Las relaciones entre padres e hijos deben estar fundamentadas en la regulación prenómica, anómica y heteronómica (necesidades, juegos y deberes), no sacionómica. El niño tiene que crecer despreocupado del cuidado de sus padres. Cuando esta inversión de roles se da de forma sistemática, cuando los hijos tienen que cuidar de sus padres o hermanos más pequeños, estamos ante una grave disfunción de los roles parentales, se rompe la asimetría o se invierten los papeles, dando origen a posibles déficits evolutivos de gravedad variable. En este sentido la triangulación sería una desviación.

Guillem Feixas: De acuerdo, pero me parece que complacer a los padres no es una desviación. Para todos es un elemento muy constituyente, me parece que la complacencia en la edad en que sitúas la anomía es muy importante. Es verdad que la triangulación sería una variante desviada, pero no la complacencia. “Termino la sopa para que mi madre esté contenta”. Creo que el elemento de complacencia es normativo para todos y constituye un elemento presente ya desde los dos años hasta la salida de la familia y aun después, que ya sería asumida en la sacionomía. Me parece que la complacencia en la edad en que sitúas la anomía es también muy importante.

Manuel Villegas: Es una buena observación, que hay que matizar. El niño, desde el principio, está expuesto a un tipo de interacción con el mundo, que prácticamente será la misma a través de las distintas fases evolutivas, aunque construida diversamente, por más que en las edades más tempranas se hagan adaptaciones a niveles más primarios, como en el lenguaje infantil, el llamado “*baby talk*”. A veces, los padres cometen el error de pretender que el niño se comporte como un adulto, por ejemplo cuando empieza a hacer garabatos con un lápiz sobre el papel y los padres le exigen que “pinte bien”. Al niño no se le puede tratar igual que si fuera un adulto, ni a nivel cognitivo, ni a nivel moral, social o sexual. Evidentemente que el niño de tres años está en contacto con la heteronomía, pero todavía no la tiene interiorizada, de modo que ésta se va introduciendo de forma progresiva y dialéctica, no aparece de un día para otro. El niño va encontrando los límites, sobre todo en la fase anómica, a través de aquello que hace enfadar a papá

o a mamá; durante la heteronómica va confrontándose gradualmente con lo que está bien o está mal, con las normas o criterios sociales, bajo la mediación de los padres. Pero, andando el tiempo, el niño debería comprender que se debe comer la sopa “porque la necesita” y a regular con ello sus apetitos, no para que su madre esté contenta o se calle de una vez y de deje ir a jugar. Esta dialéctica evolutiva puede hacer que el niño sea más sumiso o complaciente, para mantener el vínculo, conquistar o reconquistar el amor de los padres. En esto estamos de acuerdo. Pero esto es transversal. He reservado los nombres de complacencia y oblatividad para señalar el pasaje de un vínculo natural a otro social. En este pasaje puede haber alegría, tristeza, seducción sumisión, culpa.

Guillem Feixas: Parece pues que estableces una distinción en función de la naturaleza del vínculo familiar o extrafamiliar.

Manuel Villegas: Efectivamente. En este contexto he querido distinguir el vínculo natural del vínculo interpersonal, el vínculo intrafamiliar del extrafamiliar. La prueba también está en que muchas personas se pasan toda la vida en función de los padres, persiguiendo su aprobación, o contradiciéndolos o definiéndose por oposición a ellos. Pero generalmente, el tipo de problemática que presentan estas personas es más evolutiva que estructural. Por ejemplo, la agorafobia, una afección de carácter estructural, suele desencadenarse en el contexto social, cuando personas con vinculación dependiente entran en una relación extrafamiliar, no familiar, como si el vínculo natural no fuese tan perceptible y no fuese tan limitador de la libertad como el social, por considerarse natural, como si hubiesen nacido en aquella relación. Muchas mujeres, por ejemplo, explican que se casaron para independizarse de casa y se encuentran con una relación de mayor dependencia o sumisión.

Guillem Feixas: Lo típico que explicaba Guidano, observación común por otra parte, que los ataques de pánico ocurren después de casarse o en el viaje de novios. Muchos casos de estas características lo confirman.

Manuel Villegas: Esta observación es interesante. La idea es que dentro de la vinculación familiar estas dependencias se dan por supuestas, como si hubiéramos nacido en esta vinculación, mientras que en las vinculaciones externas (“a ti te encontré en la calle”) se juegan de una forma más consciente y son más estratégicas. Voy a complacer para obtener un reconocimiento, una aceptación o un amor. Es una moneda de cambio, mientras que en el clima familiar resulta connatural la complacencia, la oblatividad, la seducción, la sumisión o la rebelión, según lo favorezca el clima familiar.

Guillem Feixas: De acuerdo, tenía la impresión que estaba poco explicitado en

el libro. Porque tengo la convicción que la complacencia es más importante en el ámbito afectivo, ya sea la familia de origen o la de procreación. Desde el punto de vista del modelo sistémico la distinción no es entre la familia de origen y lo que viene después, puesto que familia hace referencia a los vínculos que son esenciales para el sostén afectivo y se distinguen de los que no lo son, como amistades u otros familiares externos.

Manuel Villegas: Es aquí donde se plantea el pasaje de los vínculos familiares a la generación de nuevos vínculos interpersonales en el ámbito social, que se caracteriza muchas veces por un intento de ruptura con los vínculos de origen, para poder establecer otros. Protesta o rebelión son un intento de romper unos vínculos para generar otros. Se considera de este modo que la socionomía aparece en función de estas nuevas relaciones que podrán constituir una nueva vinculación, pero que de entrada no tiene esta vinculación natural, la familiar.

Guillem Feixas: Tengo la sensación que la complacencia en el seno de la familia es más importante que la que se le puede dar después en el grupo de pares.

Manuel Villegas: Es probable, pero aquí está puesta para destacar cuando se utiliza como sistema de regulación, podríamos decir estratégicamente, la problemática aparece a través de nuevos vínculos que pueden derivarse de ella.

Guillem Feixas: Para terminar, la idea de que la resolución de la crisis para la autonomía necesitaba de un terapeuta me parece estar muy presente en el libro, donde se recurre a numerosos ejemplos de sesiones terapéuticas y me preguntaba si esto es tan importante, o si hay otras personas o el sujeto mismo que pueda hacer esta función.

Manuel Villegas: El último capítulo del libro sobre la autonomía, constituye un puente hacia la terapia, que es el tema del que debe tratar el próximo libro. La autonomía, sin embargo, desde el punto de vista evolutivo, no requiere la intervención del terapeuta, ni mucho menos. La intervención del terapeuta está vista, dentro del planteamiento del desarrollo moral, como la figura externa en el modelo de Vygotsky de la zona de desarrollo proximal, que ayuda en el proceso cuando el sistema no puede conseguirlo por sí mismo. Muchas personas no tienen porqué hacer psicoterapia, en su proceso personal siguen una regulación de autonomía mayoritaria en su vida. Este efecto de supeditación de la autonomía a la psicoterapia, tal vez sea un efecto óptico, resultado de considerar la psicoterapia enfocada a la autonomía y como un factor coadyuvante a ella. Evidentemente está ligado a la psicoterapia cuando el sistema está en conflicto y no halla la solución por si mismo y busca ayuda profesional. La “zona de desarrollo proximal” se pone en juego

cuando el sistema por sí mismo no puede dar el paso, al menos en aquel momento, y la intervención externa puede facilitar el proceso. Parece que la autonomía vaya ligada a la psicoterapia, pero no es así necesariamente, porque precisamente el proceso de autonomía requiere no depender de la psicoterapia y el resultado de la terapia tiene que ser también su finalización. La autonomía va ligada en el libro a la práctica de la psicoterapia como posible instrumento facilitador de cambio, pero es más bien la psicoterapia la que va ligada a la autonomía como objetivo final de cualquier proceso personal.

Guillem Feixas: Bueno, habría muchos más temas que tratar, pero tenemos que ir terminando. Gracias por tus aclaraciones que creo ayudarán a profundizar más en tu modelo.

Manuel Villegas: Gracias a ti, Guillem, por el interés que te has tomado en plantear estas cuestiones que son realmente cruciales para la comprensión de la obra.

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**Numancia, 52, 2º 2ª**

**08029 BARCELONA**

**Fax.: 933 217 532**

**e-mail: [mvillegas@ub.edu](mailto:mvillegas@ub.edu)**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITORIAL GRAÓ**

**c./ Hurtado, 29**

**08022 BARCELONA**

**Tel.: 934 080 464**

**Fax: 933 524 337**

**e-mail: [revista@grao.com](mailto:revista@grao.com)**